

VIRUS



Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 20

Herausgegeben von Elisabeth Dietrich-Daum, Marina Hilber,
Elisabeth Lobenwein, Carlos Watzka

4. Diverse Impfungen¹⁾

| Datum | Art der Impfung | Unterschrift des Arztes |
|----------|---|--|
| 28.2.59 | Kinderlähmung | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 31.3.59 | Kinderlähmung | |
| 19.10.59 | Kinderlähmung | |
| 8.5.61 | Diphtherie und Wundstarrkrampf | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 5.6.61 | Tetanol (= 1) | <i>[Handwritten Signature]</i> Dr. Grossschädel tsa |
| 5.4.71 | " | |
| 17.5.71 | " | |
| 21.4.72 | " | <i>[Handwritten Signature]</i> Dr. Grossschädel tsa |
| 20.2.76 | 76 | |
| 15.11.73 | Polio | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 20.4.79 | Kinderlähmung | <i>[Handwritten Signature]</i> Dr. Grossschädel tsa FELDMANN |
| 14.9.82 | Te-Anatoksische | |

¹⁾ cutan = cut
 intracutan = ic
 subcutan = sc

²⁾ Keine sichtbare Reaktion = neg.
 Rötung = R
 Knötchen = K
 Bläschen = B
 Pustel = P

³⁾ Jede Teilimpfung ist gesondert einzufügen.

Schwerpunkt:
Kulturgeschichte(n) der Impfung

VIRUS

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

20

Schwerpunkt: Kulturgeschichte(n) der Impfung

Herausgegeben von Elisabeth Dietrich-Daum, Marina Hilber,
Elisabeth Lobenwein, Carlos Watzka



Leipziger Universitätsverlag 2021

Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Die vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin herausgegebene Zeitschrift versteht sich als Forum für wissenschaftliche Publikationen mit empirischem Gehalt auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit sowie angrenzender Gebiete, vornehmlich solcher mit räumlichem Bezug zur Republik Österreich, ihren Nachbarregionen sowie den Ländern der ehemaligen Habsburgermonarchie. Zudem informiert sie über die Vereinstätigkeit. Der VIRUS wurde 1999 begründet und erscheint jährlich. Der VIRUS ist eine **peer-reviewte Zeitschrift** und steht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus allen Disziplinen offen. Die Zeitschrift erscheint hybrid und wird neben der Printversion auch im Open Access Format (www.austriaca.at) zur Verfügung gestellt. Nähere Informationen zur Abfassung von Beiträgen sowie aktuelle Informationen über die Vereinsaktivitäten finden Sie auf der Homepage des Vereins (www.sozialgeschichte-medizin.org). Gerne können Sie Ihre Anfragen per Mail an uns richten: verein@sozialgeschichte.medizin.org

The peer-reviewed journal „VIRUS. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“ is included in ERIH PLUS.
<http://erihplus.nsd.no>



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: Ausschnitt österreichische Impfkarte, Ende der 1950er Jahre, Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Klaus Eisterer.

Impressum: Leipziger Universitätsverlag GmbH 2021

Die Zeitschrift wird herausgegeben vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin, Georgstraße 37, 1210 Wien, Österreich.

Herausgeberinnen und Herausgeber dieses Schwerpunktheftes: Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Dietrich-Daum (Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie / Universität Innsbruck), Dr.ⁱⁿ Marina Hilber (Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie / Universität Innsbruck), Dr.ⁱⁿ Elisabeth Lobenwein (Institut für Geschichte / Alpen-Adria-Universität Klagenfurt), Assoz. Prof. Dr. Dr. Carlos Watzka (Department für Psychotherapiewissenschaft / Sigmund Freud PrivatUniversität Linz)

Book Reviews: Dr. Alois Unterkircher, E-Mail: alois_unterkircher@gmx.at

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Fakultät für Kulturwissenschaften der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, der Philosophisch-Historischen Fakultät, dem Center Interdisziplinäre Geschlechterforschung Innsbruck sowie dem Forschungszentrum Medical Humanities der Universität Innsbruck und der Sigmund Freud PrivatUniversität Linz.

ISBN 978-3-96023-429-6
ISSN 1605-7066

KUWI
@aau.at

**universität
innsbruck**



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|---|
| Elisabeth Dietrich-Daum / Marina Hilber / Elisabeth Lobenwein / Carlos Watzka Editorial | 9 |
|---|---|

Impuls – Schwerpunkt: Kulturgeschichte(n) der Impfung

Malte Thießen

| | |
|---|----|
| Immunität als soziale Sonde. Kultur- und sozialgeschichtliche Perspektiven auf das Impfen im 19. und 20. Jahrhundert | 19 |
|---|----|

Beiträge – Schwerpunkt: Kulturgeschichte(n) der Impfung

Karel Černý

| | |
|--|----|
| Protection from Smallpox before 1700: the “Buying of Pustules” in Early Modern Central Europe | 41 |
|--|----|

Andreas Golob

| | |
|---|----|
| Die präventive Blatternbekämpfung im Spiegel des Wiener Zeitungswesens. Sondierungen von 1722 bis 1812 | 55 |
|---|----|

Maren C. Biederbick

| | |
|--|----|
| Medaillen als Mittel der Impfpopularisierung | 79 |
|--|----|

Elke Hammer-Luza

| | |
|--|-----|
| „Lässt nicht impfen“. Widerstände gegen die Vakzination in der Steiermark in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts | 101 |
|--|-----|

Elena Taddei

| | |
|---|-----|
| Aspekte von indirektem Impfzwang im Rahmen der Pockenschutzimpfung im Tirol des 19. Jahrhunderts | 131 |
|---|-----|

Alois Unterkircher

| | |
|--|-----|
| Die Fotoserie aus der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ in München (ca. 1914): Potentiale einer visuellen „Kulturgeschichte des Impfens“ | 147 |
|--|-----|

Carlos Watzka

Pockensterblichkeit und Pockenimpfung in der Peripherie: Die Zurückdrängung der Blattern in der Bukowina während des 19. Jahrhunderts im Kontext der Gesundheitspolitik in der Habsburgermonarchie 167

Elisabeth Dietrich-Daum

Impfen erzwingen: Mündige Bürger*innen und säumige Landespolitiker in der Vorarlberger Poliomyelitis-Epidemie von 1958 189

Annette Hinz-Wessels

Entscheidungsprozesse der bundesdeutschen Gesundheitspolitik im Kalten Krieg – die Einführung der Schluckimpfung in der Bundesrepublik im Jahr des Mauerbaus 213

Marina Hilber

Austrian Vaccine Diplomacy. A Cold War Mission against Poliomyelitis 237

María-Isabel Porras Gallo / María-Victoria Caballero

Different Strategies of Vaccination against Poliomyelitis in the European Region of the World Health Organization 257

Teresa Weber

Grundrechtliche Schranken einer Impfpflicht 293

Projektberichte**Josef Hlade**

Theodor Hahns (1824–1883) medizinischer Ratgeber gegen Cholera von 1849: Parallelen zur aktuellen alternativmedizinischen Debatte? 307

Sophia Bauer

Von Lehrbüchern und Skalpellen. Die Geschichte des anatomischen Unterrichts an der Wiener Medizinischen Fakultät (1845–1945) 317

Rezensionen

Kay Peter JANKRIFT, Im Angesicht der „Pestilenz“. Seuchen in westfälischen und rheinischen Städten (1349–1600) (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 72, Stuttgart 2020: Franz Steiner Verlag) (*Sabine Veits-Falk*) 324

Michael STOLBERG, Gelehrte Medizin und ärztlicher Alltag in der Renaissance (Berlin–Boston 2021: DeGruyter Oldenbourg) (*Elena Taddei*) 328

| | |
|---|-----|
| Sabine SCHLEGELMILCH, Ärztliche Praxis und sozialer Raum im 17. Jahrhundert. Johannes Magirus (1615–1697) (Wien–Köln–Weimar: Böhlau 2018) (<i>Irmtraut Sahmland</i>) | 331 |
| Elke HAMMER-LUZA, Im Arrest. Zucht-, Arbeits- und Strafhäuser in Graz (1700–1850) (= Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung Ergänzungsband 63, Forschungen zur geschichtlichen Landeskunde der Steiermark Band 83, Wien–Köln–Weimar 2019: Böhlau) (<i>Christina Vanja</i>) | 335 |
| Christina VANJA / Heide WUNDER, Hg., Die Taunusbäder. Orte der Heilung und der Geselligkeit (= Quellen und Forschungen zur hessischen Geschichte 181, Darmstadt und Marburg 2019: Selbstverlag der Hessischen Historischen Kommission Darmstadt und der Historischen Kommission für Hessen) (<i>Elke Hammer-Luza</i>) | 338 |
| Franz X. EDER, Eros, Wollust, Sünde. Sexualität in Europa von der Antike bis in die Frühe Neuzeit (Frankfurt a.M. 2018: Campus) (<i>Carlos Watzka</i>) | 341 |
| Birgit NEMEC, Norm und Reform. Anatomische Körperbilder im Wien um 1925 (Göttingen 2020: Wallstein Verlag) (<i>Theresa Fehlner</i>) | 345 |
| Felicitas SÖHNER, Psychiatrie-Enquete: mit Zeitzeugen verstehen. Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD, hg. von Thomas Becker / Heiner Fangerau (Köln 2020: Psychiatrie Verlag) (<i>Uta Kanis-Seyfried</i>) | 349 |
| Jürgen MARTSCHUKAT, Das Zeitalter der Fitness. Wie der Körper zum Zeichen für Erfolg und Leistung wurde (Frankfurt a.M. 2019: S. Fischer) (<i>Christian Kaiser</i>) | 352 |
| Vereinsinformationen | 356 |

Editorial

Liebe Leser*innen des „Virus“!

Als im September 2019 der Call for Papers für die für Juni 2020 in Klagenfurt angesetzte Jahrestagung des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin zum Thema „Kein Kinderspiel. Kulturgeschichte(n) des Impfens“ im Netz platziert wurde,¹ hatte die WHO gerade erstmals das Phänomen der Impfvermeidung und Impfverzögerung („vaccine hesitancy“) in ihre Liste der zehn aktuellen Gefährdungen der globalen Gesundheit aufgenommen. Im europäischen Kontext traf die Kampagne der WHO auf eine durch regional wiederholte Masernausbrüche sensibilisierte Gesellschaft, Politik und (digitale) Medienlandschaft. Das Thema schien zunehmend kontrovers auch in der breiten Öffentlichkeit diskutiert zu werden.² Dieser Zwiespältigkeit und der offenbar auch kulturellen Gebundenheit des Themas „Impfen“ wollte die Tagung anhand von historischen, aber auch rezenteren Fallbeispielen nachspüren. Die zahlreichen Vortragsvorschläge versprachen denn auch einen produktiven Austausch, doch dann kam Corona. Hatten die Veranstalter*innen bereits die gesellschaftlichen Verwerfungen im Zuge der Einführung einer Impfpflicht für Kinder gegen Masern, Hirnhautentzündung, Mumps, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten und Windpocken im Nachbarland Italien als ein im höchsten Maße diskussionswürdiges und historisch zu kontextualisierendes Phänomen verstanden, so potenzierte sich die Relevanz des Themas durch die pandemische Situation, in der wir uns seit der globalen Verbreitung des SARS-Cov-2-Virus befinden noch zusätzlich. Die Frage des Impfens dominiert den aktuellen medizinischen, politischen und gesellschaftlichen Diskurs und wird in einer ungeahnten Intensität kontrovers, konfrontativ und emotional zwischen den unterschiedlichen Positionen ausgehandelt.

Dass die Impffrage seit dem Ende des 18. Jahrhunderts polarisiert, ist bekannt und so paradox dies auch erscheinen mag, es ist aus guten Gründen auch nicht anders zu erwarten. Zu viele Themen des menschlichen Daseins werden hier verhandelt und scheinen geradezu paradigmatisch aufeinander zu treffen. Eberhard Wolff hat in diesem Zusammenhang vom Impfen als einem „Kreuzungspunkt“ gesprochen, an dem „recht unterschiedlich[...]e Grundüberzeugungen und Denksysteme [...] hart wie sonst kaum“ aufeinanderprallen und die aufgeworfenen „Grundfragen der Medizin“ wie auch allgemeine Risikofragen hoch emotional und intensiv verhandelt werden.³ Das Thema rührt unmittelbar an unsere Konzeptionen von Gesundheit

-
- 1 „Kein Kinderspiel“. Kulturgeschichte(n) des Impfens, in: H-Soz-Kult, 08.09.2019, <https://www.hsozkult.de/event/id/event-90853> (letzter Zugriff: 11.11.2021).
 - 2 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Ten Threats to Global Health in 2019, <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (letzter Zugriff: 11.11.2021); Alexandre de FIGUEIREDO, Mapping Global Trends in Vaccine Confidence and Investigating Barriers to Vaccine Uptake. A Large-scale Retrospective Temporal Modelling Study, in: The Lancet 396/10255 (2020), 898–908, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0). Vgl. auch im Kontext von Covid-19: Maya J. GOLDENBERG, Vaccine Hesitancy. Public Trust, Expertise and the War on Science (Pittsburgh 2021).
 - 3 Eberhard WOLFF, Über das Impfen, in: Schweizerische Ärztezeitung 100/25 (2019), 868, <https://doi.org/10.4414/saez.2019.17882>.

und persönlicher Integrität, es erzeugt Druck und Konflikte und provoziert Ängste – damals wie heute. Wie sehr diese Analyse im Allgemeinen zutrifft, wird uns in der gegenwärtigen Corona-Pandemie in aller Deutlichkeit vor Augen geführt. In vielerlei Hinsicht zeigen sich stabile Kontinuitäten der Impfgeschichte. Malte Thießen wertet diese Kontinuitäten als „Spezifikum“ der Impfgeschichte.⁴ Wir können aber auch neue Phänomene in den Auseinandersetzungen um das Impfen beobachten, darunter etwa die Ausbildung von Wortschöpfungen wie „Impfegoismus“ oder „Impfnationalismus“ oder die noch nie in dieser Intensität erlebte mediale Orchestrierung des regionalen und nationalen Impfeschehens. Andere Phänomene werden wohl erst in der Reprise und in der Reflexion darüber sichtbar werden.

Die in diesem Themenheft versammelten Originalbeiträge greifen die Frage des Impfens in unterschiedlicher Richtung auf. Es mag sogleich ins Auge springen, dass die Beiträge um zwei Themenschwerpunkte kreisen und entweder die Pocken- oder die Poliomyelitischutzimpfung betreffen. Diese Ausrichtung war von den Herausgeber*innen nicht intendiert, der Call for Papers war bewusst offen formuliert worden. Die Gewichtung ist aus unserer Sicht aber auch nicht zufällig. So war die Pockenschutzimpfung um 1800 die erste öffentliche und breit implementierte Impfung in der inzwischen über 200-jährigen europäischen Impfgeschichte; sie war nicht nur epidemiologisch äußerst erfolgreich, sondern schlug auch die wesentlichen Schneisen in die damaligen und künftigen Impfdiskurse. Die frühen medizinischen und gesellschaftlichen Debatten im Zusammenhang mit der Pockenschutzimpfung sowie die staatlich-administrative Normierung, Implementierung und Überwachung des Impfeschehens hinterließen eine vergleichsweise dichte Quellenüberlieferung und ermöglichten damit eine differenzierte wissenschaftliche Beschäftigung.⁵ Neben der Pest dürfte wohl kaum eine Infektionskrankheit

-
- 4 Malte THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 225, Göttingen 2017), 10.
- 5 Für den deutschsprachigen Raum vgl. beispielsweise Ragnhild MÜNCH, Hg., *Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Begleitbuch zur Ausstellung* (Berlin 1994); Eberhard WOLFF, „Triumph! Getilgt ist des Scheusals lange Wuth“. Die Pocken und der hindernisreiche Weg ihrer Verdrängung durch die Pockenschutzimpfung, in: Hans Wilderotter, Hg., *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte* (Berlin 1995), 158–189; DERS., *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beihefte 10, Stuttgart 1998); Marcus SONNTAG, *Pockenimpfung und Aufklärung. Die Popularisierung der Inokulation und Vakzination. Impfkampagne im 18. und frühen 19. Jahrhundert* (= Presse und Geschichte, Neue Beiträge 79, zugleich Philanthropismus und populäre Aufklärung, Studien und Dokumente 8, Bremen 2014) und Wolfgang U. ECKART, Hg., *Jenner. Untersuchungen über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken* (Berlin 2016). Zu Österreich vgl. Sabine FALK / Alfred Stefan WEISS, „Hier sind die Blattern.“ Der Kampf von Staat und Kirche für die Durchsetzung der (Kinder-) Schutzpockenimpfung in Stadt und Land Salzburg (Ende des 18. Jahrhunderts bis ca. 1820), in: *Mitteilungen der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde* 131 (1991), 163–186; Michael PAMMER, *Vom Beichtzettel zum Impfzeugnis. Beamte, Ärzte, Priester und die Einführung der Vaccination*, in: *Österreich in Geschichte und Literatur mit Geographie* 39/1 (1995), 11–29; DERS., *Pocken I. Gesundheitspolitik unter Franz II./I.*, in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte* 22/Frühling (2003), 17–21; DERS., *Pocken II. Die Impfung im 19. Jahrhundert*, in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte* 22/Sommer (2003), 15–19; Friedrich KATSCHER, *Vor 200 Jahren. Die ersten Pockenschutzimpfungen in Wien*, in: *Wiener Klinische Wochenschrift* 111/8 (1999), 299–306; Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen“. Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Region / Storia e regione* 14 (2005), 42–69; Heinz FLAMM / Christian VUTUC, *Geschichte der Pocken-Bekämpfung in Österreich*, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 122/9–10 (2010), 265–275, <https://doi.org/10.1007/s00508-010-1379-0>; Diether KRAMER, *Die Blattern in der Steiermark. Verbreitung und Bekämpfung im 19. Jahrhundert*, in: *VIRUS. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 11 (2012), 75–90, doi: 10.1553/virus11s075; Sandra KUSCHNIG, *Epidemiologie und Seuchenbekämpfung im 19. Jahrhundert am Beispiel der Blattern im Herzogtum Kärnten*, in: *VIRUS. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 12 (2013),

dermaßen viel historische Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben wie die Pocken. Und wie der vorliegende Band zeigt, ist das Interesse an der Geschichte der Pocken und der Pockenschutzimpfung ungebrochen. Insgesamt sind es sieben Beiträge, die sich mit unterschiedlichen Facetten der Pockenbekämpfung bzw. der -schutzimpfung beschäftigen.

Eingeleitet werden die Originalbeiträge von einem Impuls von Malte Thießen zum Thema *Immunität als soziale Sonde. Kultur- und sozialgeschichtliche Perspektiven auf das Impfen im 19. und 20. Jahrhundert*. Dabei spürt Thießen den Sinnzusammenhängen der Immunität nach und sieht sie zunächst im Kontext der politischen Ordnung. Dass das Impfen aber viel mehr ist als eine obrigkeitlich verordnete Maßnahme zur Steigerung der öffentlichen Gesundheit, wird anhand von Beispielen klar, die das Impfen als eine soziale Praxis definieren. Ein weiteres Potential bietet die Impfgeschichte für sozial- und kulturwissenschaftliche Zugänge, sobald man das Impfen auch als Markt versteht und die ökonomischen Hintergründe ernst nimmt. Daraus ergeben sich schließlich auch globale Perspektiven, die Immunität im diplomatischen Feld von internationalen Konflikten und Kooperationen verorten. Mit dieser Perspektivierung skizziert Malte Thießen ein transdisziplinäres Forschungsfeld, das zukünftig wohl verstärkt Mikro- und Makroebenen zusammenführen wird.

Karel Černý eröffnet nach diesem inhaltlichen Einstieg in die Impfthematik den Reigen der Originalbeiträge mit seinem Aufsatz *Protection from Smallpox before 1700. The "Buying of Pustules" in Early Modern Central Europe* und widmet sich damit der Frühphase der Blatternbekämpfung in Europa. Zurückblickend bis ins 17. Jahrhundert kann er zeigen, dass es vor der Einführung der Variolation zumindest zwei unabhängige Traditionen der Pockenbekämpfung gab. Die eine stützte sich auf ein akademisches medizinisches Umfeld und kann nach Černý zum ersten Mal bei Franciscus de le Boë (1614–1672) nachgewiesen werden. Die andere Traditionslinie sieht der Autor im sogenannten „Pockenkaufen“, einer Praxis, die in Norditalien, auf den Britischen Inseln und im heutigen Polen nachgewiesen werden kann.

Ebenso der Frühphase der Pockenbekämpfung ist der Aufsatz von Andreas Golob zuzuordnen. Unter dem Titel *Die präventive Blatternbekämpfung im Spiegel des Wiener Zeitungswesens. Sondierungen von 1722 bis 1812* nimmt der Autor das *Wienerische Diarium* respektive die *Wiener Zeitung* in den Fokus und untersucht Funktion und Rolle der neuzeitlichen Medien in der präventiven Pockenabwehr des 18. Jahrhunderts. Es stellt sich heraus, dass bereits diese frühen Medien sich im Diskurs über Formen der Pockenabwehr, zunächst der Variolation und später der Schutzpockenimpfung, „als multifunktionale Instanzen eines integrativen öffentlichen Austauschs am Puls der Zeit“ erweisen und durch die Thematisierung der Impfung selbst öffentliche Bedeutung und Einfluss zu generieren vermochten.

Der Beitrag von Maren C. Biederbick mit dem Titel *Medaillen als Mittel der Impfpopularisierung* konzentriert sich auf eine besondere, materielle Form der Impfpropaganda im 18. und 19. Jahrhundert. Am Beispiel der *Variola in nummis*-Sammlung des Deutschen Medizinhistorischen Museums in Ingolstadt, einer Sammlung aus 42 Medaillen und Impffmarken, diskutiert die Autorin, inwieweit diese numismatischen Objekte zur zeitgenössischen Popularisierung, Verbreitung und Akzeptanz von Inokulation und Vakzination beigetragen haben könnten.

193–204, doi: 10.1553/virus12s193; Elke HAMMER-LUZA, „Ueber den Nutzen der Kuhpockenimpfung“. Die Vakzination in der Steiermark zu Beginn des 19. Jahrhunderts, in: Steirische Berichte (4/2020), 14–15 und Carlos WATZKA, Weak State-controlled Disease Prevention in Peripheral Border Regions. Austrian Bukovina and Dalmatia in late 19th century, in: Sevasti Trubeta / Christian Promitzer / Paul Weindling, Hg., *Medicalising Borders. Selection, Containment and Quarantine Since 1800* (Manchester 2021), 100–125.

Um Formen von Impfwiderstand und „Renitenz“ in der Steiermark der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts geht es im Aufsatz von Elke Hammer-Luza. *„Lässt nicht impfen“*. *Widerstände gegen die Vakzination in der Steiermark in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, so der sprechende Titel des Beitrages, versucht das Ausmaß von Impfwiderstand zahlenmäßig zu fassen und sozial und räumlich zu verorten. Besonders interessant sind die Hinweise der Autorin auf die Rolle der Mütter in der Entscheidungsfindung für oder gegen die Impfung. „Irrationale“ und antimodernistische Haltungen spielten offenbar eine geringere Rolle als dies von den damaligen Autoritäten behauptet wurde, wohingegen die Sorge um die Gesundheit bzw. die körperliche Unversehrtheit der Kinder als Entscheidungsgründe zu wenig ernstgenommen wurden. Diese Überlegungen schließen direkt an Eberhard Wolff an, der bereits 1998 die Motive der impfskeptischen Eltern in Württemberg analysiert hat.⁶

Wie sehr die obrigkeitlichen Behörden auch jenseits einer obligatorischen Impfpflicht um die Durchsetzung der Pockenschutzimpfung rangen, zeigt auch der Beitrag von Elena Taddei zu Tirol. In ihrem Aufsatz *Aspekte von indirektem Impfwang im Rahmen der Pockenschutzimpfung im Tirol des 19. Jahrhunderts* beschreibt sie die unterschiedlichen Versuche, die Akzeptanz der Impfung durch ein Anreiz-Bestrafungs-System zu erhöhen. Dieser Beitrag ist insofern auch interessant, als er die politische Dimension der Impffrage thematisiert: So war die Ablehnung der Pockenschutzimpfung in Tirol deshalb so massiv, weil sie in der Bevölkerung offenbar mit der bayerischen Fremdherrschaft assoziiert wurde. Sie wurde als „verhasstes Erbe“ gesehen. Taddei bestätigt hiermit Alois Unterkircher, der ähnliche Überlegungen dazu bereits 2005 formuliert hat.⁷ Das größte Hindernis für eine erfolgreiche Impfkampagne in Tirol aber dürfte nach Taddei die von Ärzten häufig kritisierte schlechte Verfügbarkeit und Qualität der „Impflymphe“ gewesen sein. Tatsächlich sollte es nicht nur in Tirol noch etwas dauern, bis den Impfärzten im Bedarfsfall auch ausreichend kontrollierter und wirksamer Impfstoff zur Verfügung stand.

Der Frage der Impfstoffproduktion, allerdings am Beispiel des Königreiches Bayern, geht Alois Unterkircher in seinem Beitrag *Die Fotoserie aus der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ in München (ca. 1914): Potentiale einer visuellen „Kulturgeschichte des Impfens“* nach. Am Beispiel eines bislang wenig beachteten Fotobestandes im Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt, der 38 Schwarz-Weiß-Fotografien aus den Jahren um 1914 umfasst, geht Unterkircher der Frage nach, was das Bildmaterial für eine Kulturgeschichte des Impfens zu leisten vermag. Die konkrete Einrichtung, die Königlich Bayerische Zentralimpfanstalt in München, war eine hochspezialisierte und zu ihrer Zeit hochmoderne Einrichtung, in der der Pockenimpfstoff für die gesamte Bevölkerung Bayerns hergestellt und von dort aus auch versendet wurde. Darüber hinaus konnten im Institut auch impfpflichtige Kinder vakziniert bzw. revakziniert werden.

Den letzten Beitrag zur Geschichte der Pocken und der Pockenschutzimpfung liefert Carlos Watzka mit dem Titel *Pockensterblichkeit und Pockenimpfung in der Peripherie. Die Zurückdrängung der Blattern in der Bukowina während des 19. Jahrhunderts im Kontext der Gesundheitspolitik in der Habsburgermonarchie*. Der epidemiologisch orientierte Beitrag konzentriert sich auf gesundheitliche Benachteiligungen in peripheren Regionen. Im Zentrum stehen der im habsburgischen Vergleich zögerlich verlaufende Rückgang der Infektionszahlen

6 WOLFF, Einschneidende Maßnahmen, wie Anm. 5, 411.

7 UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 5, 42–68.

sowie der Erfolg und Misserfolg sanitätspolitischer Maßnahmen in der östlichen Peripherie und die möglichen Ursachen für regionale Sonderentwicklungen.

Die hier vorgestellten sieben Aufsätze zur Geschichte der Pocken und der Pockenschutzimpfung auf dem Gebiet des ehemaligen österreichischen Kaiserstaats bilden den ersten Teil der peer-reviewten Originalbeiträge dieses Heftes. Im zweiten Teil sind die Beiträge zur Geschichte der Poliomyelitis und der in den 1950er Jahren entwickelten Schutzimpfungen zusammengefasst. Während die Pocken und ihre Bekämpfung durch Schutzimpfungen schon relativ lange das Interesse der Historiker*innen genießen, ist die medizinhistorische Aufmerksamkeit, die der Geschichte der Poliomyelitis und den gegen sie entwickelten Impfstoffen jüngeren Datums – und hat auch andere Gründe. Vorzugsweise im Vergleich zum anglo-amerikanischen Raum⁸ rückte diese primär als Kinderkrankheit wahrgenommene Infektionskrankheit erst spät in den Fokus der hiesigen Medizin- und Sozialhistoriker*innen. Dies trifft vor allem auf die österreichische Forschungssituation zu, für Deutschland sieht es seit einigen Jahren etwas besser aus. Hier hat die Beschäftigung mit dem Kalten Krieg und mit der deutschen Nachkriegsgeschichte das Interesse an der transnationalen Dimension staatlicher Impfprogramme befördert und damit den Blick u. a. auf die Massenimpfungen gegen Polio Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre gelenkt.⁹ Die Geschichte der Polioimpfprogramme bietet aber noch mehr: Sie kann uns viel über die politischen und gesellschaftlichen Machtverhältnisse, über politische Praxen, soziale Akteurskonstellationen und erfolgreiche Medialisierung verraten, aber auch über kollektive und/oder individuelle Vorstellungen von Gesundheit und Sicherheit. Insgesamt sind es vier Aufsätze in diesem Band, die sich der Einführung der Schutzimpfung bzw. den unterschiedlichen Impfstrategien gegen Polio auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene widmen. Auch diese vier Beiträge haben ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen.

Der erste Beitrag mit dem Titel *Impfen erzwingen. Mündige Bürger*innen und säumige Landespolitiker in der Vorarlberger Poliomyelitis-Epidemie von 1958* stammt von Elisabeth Dietrich-Daum und liefert ein eindrückliches Gegenbeispiel zum vielthematisierten Impfwiderstand. Die Mikrostudie verortet sich in der Initialphase der österreichischen Poliomyelitis-Impfkampagnen und greift den Fall einer regionalen Kinderlähmungsepidemie in Vorarlberg

-
- 8 Stellvertretend für die große Zahl an englischsprachigen Arbeiten seien hier die rezentesten genannt: David M. OSHINSKY, *Polio. An American Story* (Oxford–New York 2005); Daniel J. WILSON, *Living with Polio. The Epidemic and its Survivors* (Chicago 2006); Paul A. OFFIT, *The Cutter Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis* (New Haven–London 2007); Heather Green WOOTEN, *The Polio Years in Texas. Battling a Terrifying Unknown* (Austin/Texas 2009); Gareth WILLIAMS, *Paralysed with Fear. The Story of Polio* (Basingstoke 2013) und Richard J. ALTENBAUGH, *The Last Children's Plague. Poliomyelitis, Disability and Twentieth-Century American Culture* (New York 2015); Richard J. ALTENBAUGH, *Vaccination in America. Medical Science and Children's Welfare* (Cham 2018). Zu weiterer Literatur siehe die Beiträge in diesem Heft.
- 9 Ulrike LINDNER, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich* (München 2004), 221–231; DIES., *Der Umgang mit neuen Epidemien nach 1945. Nationale und regionale Unterschiede in Europa*, in: Malte Thießen, Hg., *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (= *Historische Zeitschrift, Beihefte N. F.* 64, München 2014), 115–135, bes. 123–129; DIES. / Stuart S. BLUME, *Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955–1965*, in: *Medical History* 50 (2006), 425–446; Malte THIESEN, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR*, in: *Zeithistorische Forschungen / Studies in Contemporary History* 10/3 (2013), 409–432; DERS., *Immunisierte Gesellschaft, wie Anm. 2.*; Annette HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung und Systemkonkurrenz im Kalten Krieg. Poliobekämpfung im geteilten Berlin*, in: *Medizinhistorisches Journal* 55/2 (2020), 132–171.

im Jahr 1958 auf. Anhand der Medienberichterstattung zeichnet Dietrich-Daum die Reaktionen der Bürger*innen nach, die mit ansteigender Opferzahl ihren Druck auf die Landesregierung erhöhten, um eine öffentliche Massenimpfung mit dem damals bereits erhältlichen Salk-Impfstoff durchzusetzen.

Während der Beitrag von Elisabeth Dietrich-Daum die Mikroebene anvisiert, fokussieren die drei daran anschließenden Beiträge die (trans-)nationale Perspektive. Zunächst beschäftigt sich Annette Hinz-Wessels in ihrem Beitrag mit dem Titel *Entscheidungsprozesse der bundesdeutschen Gesundheitspolitik im Kalten Krieg. Die Einführung der Schluckimpfung in der Bundesrepublik im Jahr des Mauerbaus* mit der zu Beginn der 1960er Jahre propagierten Schluckimpfung gegen Poliomyelitis. Sie analysiert die medizinischen und politischen Diskurse ebenso wie die Rolle der Medien in Westdeutschland und arbeitet dabei heraus, wie die Entscheidung für die Einführung des oralen Lebendvakzins, aber gleichzeitig gegen das Impfstoffangebot der DDR zustande kam. Vorrangig wurde dies in der BRD mit den höheren Standards westlicher Prüfinstitute gerechtfertigt. Ähnliche Argumente, die den russischen Polioimpfstoff aufgrund mangelnder Dokumentation und der fehlenden Offenlegung von Produktionsdaten als weniger zuverlässig einstufen, wurden Anfang der 1960er Jahre auch im Nachbarland Österreich bemüht.

Marina Hilber zeichnet in ihrem Beitrag *Austrian Vaccine Diplomacy. A Cold War Mission against Poliomyelitis* anhand von reichhaltigem Quellenmaterial des Obersten Sanitätsrats nach, wie sich die österreichischen Entscheidungsgremien in Sachen Lebendimpfung positionierten und wie man – schließlich ohne Erfolg – versuchte, sich durch seine guten Beziehungen mit der Sowjetunion einen Vorteil im Kampf gegen die heimtückische Krankheit zu sichern.

Während Deutschland und Österreich seit Beginn der 1960er Jahre auf den oralen Lebendimpfstoff umstiegen, wagten andere europäische Länder diesen Schritt nicht und blieben bei der Impfung mit Totimpfstoff. Maria-Isabel Porras-Gallo und María-Victoria Caballero untersuchen in ihrem Beitrag, wie sich die unterschiedlichen nationalen Strategien im Kampf gegen die Poliomyelitis auf deren Eradikation in Europa auswirkten. Dem auf der Makroebene angesiedelten Beitrag *Different Strategies of Vaccination against Poliomyelitis in the European Region of the World Health Organization* gelingt es anhand von großen Datenreihen sehr anschaulich herauszuarbeiten, dass beide Strategien – mit Nachdruck verfolgt – zum Ziel führten. Allerdings, so das Fazit der Autorinnen, seien jene Länder, die auf den Lebendimpfstoff gesetzt hatten, früher poliofrei geworden als andere. Die in manchen Ländern eingeführte Impfpflicht spielte dabei aber offenbar keine entscheidende Rolle.

Die hochpolitische Frage der *Grundrechtlichen Schranken einer Impfpflicht* wird im letzten Beitrag des peer-reviewten Teiles dieser Ausgabe diskutiert. Die Juristin Teresa Weber gibt in ihrem Aufsatz einen Überblick über Varianten von Impfpflichten in Europa sowie weltweit und zeigt anhand der jüngsten Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen für die Einführung einer Impfpflicht auf.

Wie bereits eingangs erwähnt wurde, erhebt der 20. Band des VIRUS keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zu viele Forschungsdesiderate zur Impftematik warten noch auf ihre Bearbeitung. Auch uns ist es mit dem vorliegenden Band nicht gelungen, diese Forschungslücken zu schließen. Doch wollen wir sie benennen und neue Forschungen anstoßen: Obwohl der Impfdiskurs derzeit von COVID-19 dominiert wird, wäre es hoch an der Zeit eine Sozial- und Kulturgeschichte der Prophylaxe der Masern, der Diphtherie, des Tetanus oder des Scharlachs

zu schreiben. Auch aktuellere Themen und Impfungen jüngeren Datums wie jene gegen die alljährlich wiederkehrenden Grippeviren, FSME oder HPV sollten zunehmend in den medizin-historischen Blick gerückt werden.

Die Herausgeber*innen

Elisabeth Dietrich-Daum / Marina Hilber / Elisabeth Lobenwein / Carlos Watzka

November 2021

**Impuls – Schwerpunkt:
Kulturgeschichte(n) der Impfung**

Malte Thießen

Immunität als soziale Sonde. Kultur- und sozialgeschichtliche Perspektiven auf das Impfen im 19. und 20. Jahrhundert

English Title

Immunity as a Social Probe. Cultural- and Social Historical Perspectives on Vaccination in the 19th and 20th Centuries

Summary

Vaccinations have always been political. They are as much about the relationship of the individual to society as they are about the relationship between the state and the citizen: Who determines the body? What must the individual do for the general good? I therefore understand vaccination as a kind of probe with which we can examine social change. My paper draws on recent historical research to present four perspectives on a history of vaccination. First, I focus on vaccination programmes in the context of state building, second, on social practices and the everyday history of vaccination. Third, I sketch out the rise of pharmaceutical companies and the economization of vaccination and fourth, I name the potential of vaccination campaigns for global history.

Keywords

Vaccines, Mandatory Vaccination, Pandemics, Epidemics, Smallpox, Diphtheria, Polio

Es geht nie nur um den Pieks für die oder den Einzelnen. Wir impfen uns immer auch für andere mit: für Menschen, die nicht geimpft werden können, für vulnerable Gruppen, die trotz Impfung ein höheres Erkrankungsrisiko tragen. Das Impfen wirft daher fundamentale Fragen auf. Was soll das Individuum für die Allgemeinheit leisten? Wer darf über den Körper bestimmen – der Mensch oder der Staat? Wer ist besonders bedroht, wer hingegen eine besondere Bedrohung? Impfungen sind somit eine Projektionsfläche, auf der um die Grundsätze der Gesellschaft gerungen wird.

Zuletzt machte die Coronapandemie dieses Ringen wie unter einem Brennglas sichtbar. In ganz Europa wurde seit 2021 um Impfprogramme gestritten. Die anfängliche Knappheit an

Impfstoffen stieß zunächst Debatten über die Priorisierung einzelner Gruppen an, die nachlassende Impfbereitschaft seit Herbst 2021 wiederum brachte die Impfpflicht auf die politische Agenda. Österreich ging mit dieser Maßnahme im November 2021 voraus, aber auch in anderen Ländern wie Deutschland stand die Impfpflicht auf einmal hoch im Kurs.¹

Impfprogramme als Sonde zur Gesellschaft

Als Historiker:in erlebte man angesichts solcher Debatten ein Déjà-vu. Schon im 19. Jahrhundert wurde in ganz Europa über das Impfen, über Impfpflicht oder Freiwilligkeit gestritten, über die Priorisierung in Zeiten knapper Impfstoffe und nicht zuletzt über die Risikoabwägung zwischen der Bedrohung durch Seuchen auf der einen Seite und potenziellen Nebenwirkungen der Impfung auf der anderen. Auch Impfskepsis und Impfkritik sind so alt wie das Impfen selbst. Schon die ersten Überzeugungsversuche für Impfungen klingen heute daher ungemein vertraut. Bereits im 19. Jahrhundert galt die Herdenimmunität, freilich noch unter anderem Namen, als schlagkräftiges Argument für die Pockenimpfung. Und selbst die Grundrechte, das Selbstbestimmungsrecht, die körperliche Unversehrtheit, bildeten bereits im 19. Jahrhundert den Ausgangspunkt intensiver Debatten. Impfungen sind daher ein Traum für jede:n Forscher:in. Sie spiegeln soziale Aushandlungsprozesse um den Körper und das Allgemeinwohl, um bedrohliche Gegenwart und sichere Zukünfte. Sie machen soziale Spannungsfelder und soziale Ordnungsversuche sichtbar. Impfprogramme lassen sich daher als soziale Sonden nutzen, um den Verfassungen und Verwerfungen von Gesellschaften nachzuspüren.

Angesichts dieser Potenziale ist es erstaunlich, dass die Geschichte des Impfens in der deutschsprachigen Forschung lange Zeit keine große Rolle spielte. In der allgemeinen Geschichtswissenschaft galten medizinische Themen ohnehin oft als randständig. Aber selbst in der Medizingeschichte blieb das Interesse lange Zeit überschaubar. Dieses Desinteresse halte ich für bemerkenswert. Denn englischsprachige Forschungen haben das Potenzial der Impfgeschichte schon lange gehoben. Sie begreifen ihren Untersuchungsgegenstand nicht als Medizingeschichte im engeren Sinne, etwa als Geschichte großer Innovationen oder Forscher:innen. Schon die frühen Arbeiten, v.a. von Ernst P. Hennock, Claudia Huerkamp, Dorothy und Roy Porter, haben hingegen die Gesellschaft in den Mittelpunkt gestellt und damit Impfprogramme in ihren soziokulturellen Kontext eingebettet.² Eine solche Sozial- und Kulturgeschichte kann Impfprogramme als Sonden des Sozialen nutzen, um der „Suche nach Sicherheit“ und damit dem gesellschaftlichen Wandel vom 19. Jahrhundert bis heute nachzuspüren. Auch darum wird es in meinen folgenden Überlegungen gehen.

1 Vgl. als Überblick Malte THIESEN, Immunity as Relativity. German Vaccination Campaigns and Debates in Times of COVID-19, in: *Historical Social Research* 41 (2021), 316–338, <https://doi.org/10.12759/hsr.46.2021.4.316-338>.

2 Claudia HUERKAMP, The History of Smallpox Vaccination in Germany. A First Step in the Medicalization of the General Public, in: *Journal of Contemporary History* 20 (1985), 617–635; Dorothy PORTER / Roy PORTER, The Politics of Prevention. Anti-Vaccination and Public Health in 19th Century England, in: *Medical History* 32 (1988), 231–252; Ernest P. HENNOCK, Vaccination Policy against Smallpox, 1835–1914. A Comparison of England with Prussia and Imperial Germany, in: *Social History of Medicine* 11 (1998), 49–71; vgl. auch James COLGROVE, The State of Immunity. The Politics of Vaccination in Twentieth-Century America (Berkeley 2006).

Insbesondere Impfprogramme und Proteste standen für frühe Forschungen im Fokus. Während ein Teil der Impfgegner:innen schon im 19. Jahrhundert Verschwörungstheorien anhing, brachten andere Kritiker:innen Argumente vor, die weniger schnell von der Hand zu weisen waren. Insbesondere potenzielle Nebenwirkungen von Impfungen provozierten Widerspruch.³ Das Impfen war also nicht nur eine besonders schlagkräftige Waffe der Gesundheitspolitik, sondern ein eigenes Politikfeld, auf dem soziale Normen und soziale Ordnungen verhandelt wurden.

Für den deutschsprachigen Raum haben die Arbeiten von Ulrike Lindner, Michael Memmer, Winfried Süß, Alois Unterkircher und Eberhard Wolff seit den späten 1990er Jahren wichtige Anstöße für eine Sozial- und Kulturgeschichte des Impfens gegeben.⁴ Im Gesamtüberblick über den Forschungsstand sind Deutschland und Österreich besonders ergiebige Untersuchungsfelder, weil beide Staaten im 20. Jahrhundert mehrere Systemwechsel durchliefen: vom Kaiserreich zur Republik über den Nationalsozialismus in die Demokratie bzw. in den Sozialismus, wenn man die Geschichte der DDR berücksichtigt. Für sozial- und kulturgeschichtliche Forschungen legen diese Systemwechsel eine perfekte Grundlage, schärfen sie doch den Blick für den Zusammenhang von Gesellschaftsordnungen und Gesundheitskonzepten. Aus diesem Grund lege ich mit meinen Überlegungen zu den Potenzialen einer Sozial- und Kulturgeschichte des Impfens einen Schwerpunkt auf Forschungen zu Deutschland und Österreich, wengleich auch Arbeiten zu den USA und Großbritannien sowie transnationale Perspektiven einbezogen werden.

Damit sind bereits die Schwerpunkte skizziert, die meinen Aufsatz gliedern. Im Kern geht es mir um einen Überblick über unterschiedliche Perspektiven, in denen sich eine Geschichte des Impfens schreiben lässt, sowie um ihre Potenziale für eine Sozial- und Kulturgeschichte der Moderne. Als erstes werde ich Immunität als Ordnung des Sozialen vorstellen und die Frage

-
- 3 Naomi WILLIAMS, *The Implementation of Compulsory Health Legislation. Infant Smallpox Vaccination in England and Wales, 1840–1890*, in: *Journal of Historical Geography* 20 (1994), 396–412; Nadja DURBACH, *Bodily Matters. The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907* (Durham 2005); Kurt LINK, *The Vaccine Controversy. The History, Use, and Safety of Vaccinations* (London 2005); Karen L. WALLOCH, „A hot bed of the anti-vaccine heresy”. *Opposition to Compulsory Vaccination in Boston and Cambridge, 1890–1905* (Ann Arbor 2007); Stanley WILLIAMSON, *The Vaccination Controversy. The Rise, Reign, and Fall of Compulsory Vaccination for Smallpox* (Liverpool 2007); Andrea KITTA, *Vaccinations and Public Concern in History. Legend, Rumor, and Risk Perception* (New York 2012).
- 4 HUERKAMP, *History, wie Anm. 2*; Eberhard WOLFF, *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (Stuttgart 1998); Winfried SÜSS, *Der „Volkkörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945* (München 2003); Ulrike LINDNER, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich* (München 2004); Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen“ – Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Region / Storia e regione* 14 (2005), 42–69; Michael MEMMER, *Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich. Eine rechtshistorische Analyse*, in: Gerhard Aigner u.a., Hg., *Schutzimpfungen – Rechtliche ethische und medizinische Aspekte* (Wien 2016), 7–36. Zur BCG-Impfung gegen Tuberkulose vgl. Christian BONAH, „As safe as milk or sugar water“. *Perceptions of the Risks and Benefits of the BCG Vaccine in the 1920s and 1930s in France and Germany*, in: Thomas Schlich / Ulrich Tröhler, Hg., *The Risks of Medical Innovation. Risk Perception and Assessment in Historical Context* (London–New York 2006), 71–92; Elisabeth DIETRICH-DAUM, *Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich* (Wien 2007), bes. 349–352; Flurin CONDRAU, *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert* (Göttingen 2000), bes. 104–118; vgl. ferner Ingomar MUTZ / Diether SPORK, *Geschichte der Impfempfehlungen in Österreich*, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 157/5 (2007), 94–97; Heinz FLAMM / Christian VUTUC, *Geschichte der Pocken-Bekämpfung in Österreich*, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 122 (2010), 265–275.

beantworten, warum Impfungen die politischsten aller Gesundheitsmaßnahmen waren und sind. Zweitens eröffne ich Einblicke in die Geschichte des Impfens in praxeologischer Perspektive, in der das Zusammenspiel von Körper- und Gesellschaftskonzepten greifbar werden. Anschließend spüre ich drittens der Vermarktlichung von Impfungen seit dem frühen 20. Jahrhundert nach sowie viertens der inter- und transnationalen Dimension des Impfens, aus der sich Potenziale für die Global- und Glokalisierungsgeschichte ergeben.

Immunität als Ordnungsversuch: Politik, Parlamente und Proteste

Impfungen waren ein Traum moderner Staaten. Die Einführung der Pockenschutzimpfung im frühen 19. Jahrhundert eröffnete der Gesundheitspolitik ganz neue Möglichkeiten. Die Bedeutung der Impfung ist sogar noch größer, wenn man sich zeitgenössische Gesundheitsverhältnisse vor Augen hält. Denn von einem staatlichen Gesundheitswesen konnte Anfang des 19. Jahrhunderts in ganz Europa noch nicht die Rede sein. Die Einführung der Pockenimpfung war insofern „a first step in the medicalization of the general public“⁵ und mehr noch: Der Auf- und Ausbau eines systematischen Impfprogramms war auch eine Art Statebuilding in dem Sinne, dass neue Infrastrukturen in der Fläche etabliert wurden und bis in die Provinz hinein mit Gesundheit Staat gemacht werden sollte. In Bayern zogen Impfpärzte beispielsweise Anfang des 19. Jahrhunderts Kirchenbücher heran, um Impflisten zu erstellen. Diese Listen waren nichts weniger als die ersten Einwohnerregister, mit denen sich „Staat machen“ ließ. So versteht Philipp Osten die Impflisten sogar als einen Impuls für die Einführung einer allgemeinen Wehrpflicht in Bayern.⁶

Das Impfen als Statebuilding macht nachvollziehbar, warum Impfprogramme bereits im 19. Jahrhundert erbittert diskutiert wurden. Als Lieblingsprojekt des Staats mutierte das Impfen umgehend zur Vertrauensfrage und Projektionsfläche, auf der sich das Verhältnis zwischen Staatsbürger und Staat, zwischen Peripherie und Zentrale abzeichnete. Das Konfliktpotenzial dieses Verhältnisses wurde besonders gut in Bayern sichtbar. Das Königreich führte als erstes deutsches Land 1807 eine Impfpflicht gegen Pocken ein und verstand diese auch als Vorzeigeprojekt des modernen Interventionsstaats. In der bayerischen Provinz stieß dieses Verständnis jedoch nicht immer auf Gegenliebe. Oft lehnte man das Impfen als Werkzeug einer Zentralisierung und Neuordnung traditioneller Lebensweisen ab. Besonders deutlich machte sich die Ablehnung im von Bayern besetzten Tirol bemerkbar. Der „Freiheitskampf“ Andreas Hofers speiste sich nicht zuletzt aus der Ablehnung des Impfens bzw. umgekehrt: Das Impfen avancierte in Tirol zum Symbol für die verhasste Fremdherrschaft der bayerischen Zentrale bzw. für das Eindringen „der Moderne“ in die heimische Lebenswelt.⁷ Davon abgesehen war die Einführung des Impfens stets von „kommunalen Machtinstanzen“⁸ abhängig, die mit ihrer ganz eigenen Agenda das Impfen vermittelten oder bekämpften.

5 HUERKAMP, History, wie Anm. 2.

6 Philipp OSTEN, Pockengift. Geschichte aus der Berliner Impfbibliothek, in: Kursbuch 206 (2021), 20–46, hier 35.

7 Vgl. Andreas OBERHOFER, Weltbild eines „Helden“. Andreas Hofers schriftliche Hinterlassenschaft (Innsbruck 2008), bes. 34–58.

8 UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 4, 61.

Auch innerhalb eines Staates brachte es das Impfen schnell zur Projektionsfläche. In England brachen politische Auseinandersetzungen besonders früh und besonders heftig auf. Schließlich wurde hier bereits 1853 mit dem „Vaccination Act“ eine nationale Impfpflicht eingeführt, die aus Sicht der Kritiker:innen an die Fundamente der Gesellschaftsordnung rührte.⁹ Unter den Kritikern fanden sich demnach keineswegs nur hartgesottene Gegner des Impfens oder Anhänger von Verschwörungstheorien. Politisch wirkmächtiger waren Liberale und Verteidiger von Grundrechten, die die Impfpflicht zur Nagelprobe eines modernen Staatsverständnisses erhöhten und damit letztlich sogar Erfolg hatten. In England wurde die Impfpflicht bereits Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend gelockert, endgültig fiel sie 1907 zugunsten einer „Conscience Clause“. Diese „Gewissensklausel“, die den Eltern und nicht dem Staat die Entscheidung über das Impfen zusprach, sollte fortan die Diskussion in ganz Europa befeuern.¹⁰

Auch die Einführung einer nationalen Impfpflicht gegen Pocken im Deutschen Reich 1874 ist ein Lehrstück dafür, wie sehr Prävention politisch ist. Anlass für die Auseinandersetzung war das „Reichsimpfgesetz“, das die Pockenimpfpflicht regelte und daher im höchsten deutschen Parlament, dem Reichstag, mehrere Sitzungen lang debattiert wurde. Die Intensität der Debatte erklärt sich nicht allein mit der Sorge um Nebenwirkungen und Sicherheitsstandards von Impfstoffen, mit denen sich die Abgeordneten herumschlugen. Wichtiger noch war die Debatte, weil sie weitere Fragen provozierte. Im Kern ging es bei der Impfdebatte nämlich um die Frage, wem der Körper gehörte, wer über Familie und Kinder zu bestimmen habe und wie weit der Staat zum Schutz des „Volkskörpers“ gehen dürfe. Abgeordnete wie Wilhelm Löwe von den Nationalliberalen erhöhten die Impfpflicht insofern zu einem Argument für die staatliche Fürsorgepflicht und die Interventionskompetenz: „denn der Staat hat die Pflicht, die Freiheit des Einzelnen soweit einzuschränken, als es das wohlkerannte Interesse der Gesamtheit [sic] verlangt.“¹¹ Gegen dieses Staatsverständnis wehrten sich wiederum Abgeordnete wie August Reichensperger (Zentrum), die an der Impfpflicht das Schreckbild eines übergriffigen Staatsapparats zeichneten:

„Es werden Gefängnisstrafen angedroht! Meine Herren, ich meine, wir hätten im deutschen Reiche schon mehr als hinreichende Gelegenheit, eingesperrt zu werden; (Heiterkeit) eine Mutter aber, welche von der Ueberzeugung ausgeht, [...] daß das Impfen schädlich ist, [...], deshalb ins Gefängnis zu schicken – eine solche Maßregel in einem Kulturstaate, worin wir uns doch vorzugsweise zu befinden glauben, – (Unruhe) [...], das meine Herren, entspricht in der That nicht demjenigen, was ich meinstheils mit dem Begriffe eines Kulturstaates verbinde.“¹²

Ganz ähnliche Debatten tobten zu dieser Zeit in Österreich. Michael Memmer hat an den Auseinandersetzungen seit den 1830er Jahren nachgewiesen, dass es auch in diesen Diskussionen selten um die Impfung an sich ging und viele Kritiker:innen der Impfpflicht durchaus Befürwor-

9 PORTER / PORTER, Politics, wie Anm.2.

10 DURBACH, Matters, wie Anm. 3, 199–207; zum Erfahrungsaustausch zwischen britischen, deutschen und österreichischen Kritiker:innen und Befürworter:innen des Impfens vgl. Malte THIESSEN, Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert (Göttingen 2017), bes. 37–38, 57–58.

11 Protokoll zur 7. Sitzung des Deutschen Reichstags, 18.02.1874, 104, online abrufbar unter: <https://www.reichstagsprotokolle.de> (letzter Zugriff: 30.10.2021).

12 Protokoll zur 14. Sitzung des Deutschen Reichstags, 09.03.1874, 234, online abrufbar unter: <https://www.reichstagsprotokolle.de> (letzter Zugriff: 30.10.2021).

ter:innen des Impfens waren. Insofern betonten die Kritiker „immer mehr die persönliche Freiheit, der Eingriff des Staates in diese Autonomie wurde abgelehnt.“¹³ Ähnlich wie in England waren solche Argumente auch in Österreich ausschlaggebend. Im Gegensatz zu Deutschland setzte man in Österreich bei der Pockenimpfung nicht auf die Pflicht, sondern auf Freiwilligkeit und Aufklärung. Erst Ende der 1930er Jahre kam mit der nationalsozialistischen Machtübernahme auch die Pockenimpfpflicht nach Österreich.

Immunität mutierte im 19. Jahrhundert also zu einer Projektionsfläche, auf der Staatsverständnisse und Gesellschaftsmodelle verhandelt wurden. Erst diese Projektionsfläche macht die Intensität und Kontinuität der politischen Debatten um das Impfen bis heute nachvollziehbar. Denn selbstverständlich wurde auch nach 1945 in Österreich und Deutschland erbittert um Impfungen, Staatsvorstellungen und Gesellschaftsmodelle gerungen. So stand noch 2021 bei der Auseinandersetzung um eine Impfpflicht gegen Covid-19 immer auch die Frage im Raum, in welcher Gesellschaft wir eigentlich leben wollen. Diese politische Projektionsfläche scheint mir das erste große Potenzial für sozial- und kulturgeschichtliche Forschungen zu sein. Immunität ist seit dem 19. Jahrhundert untrennbar verbunden mit dem Aufstieg moderner Sozialstaaten. Insofern können wir Immunität als Ordnung des Sozialen im doppelten Wortsinne verstehen und für Untersuchungen von Aushandlungsprozessen der Gesellschaft nutzen. Immunität war einerseits der Versuch, das Soziale neu zu ordnen. Impfungen gaben andererseits aber auch den Anlass, soziale Ordnungsvorstellungen zu hinterfragen und zu verändern.

Immunität als soziale Praxis: Körper und Settings

An einem Morgen im Mai 1906 machte sich in Berlin eine Mutter auf den Weg in ein Restaurant zum Termin einer öffentlichen Pockenimpfung. Obgleich sie dort relativ früh eintraf, fand sie sich bereits in Gesellschaft mit 50 weiteren Müttern und deren Kindern wieder, wie sie aufgebracht berichtete. An diesem Morgen sei das Gedränge durch den verspäteten Beginn der Impfungen noch schlimmer geworden. Da sich nicht wie angekündigt um 11 Uhr, sondern erst um Viertel vor zwölf die Türen des Impflokalts öffneten, war „die Zahl der Mütter mit Kindern meiner Schätzung nach auf ca. 200 angelaufen; diese alle drängten sich in den [...] Operationsaal“, wie die Mutter den Ort des Impfens mit feiner Ironie titulierte. Ihrer Wahrnehmung nach sei das Restaurant nämlich „dumpf, schmutzig, dunkel“ gewesen. Sorgen Ort und Zeitpunkt der Impfung bereits für Ärger, verschlechterte der Ablauf des Impfens die Stimmung noch einmal. Weder der Impfarzt noch sein Assistent oder die Krankenschwestern, ja nicht einmal der anwesende Polizist hätten Ordnung in die Menschenansammlung bringen können. Dass die Kinder sich dabei „ganz jammervoll“ fühlten, wie die Mutter berichtete, war das eine. Schwerer noch wog der Abfertigungscharakter, der Impflinge und Eltern zu einer bloßen „Masse“ degradierte, die sich den staatlichen Anordnungen zu fügen habe:

„Und nun kommt das Größte! Nach jeder Operation sagte der Herr [...]: ‚fünf Minuten warten‘. Das sollte wohl heißen: ich soll 5 Minuten warten, bis ich dem Kinde die Kleider wieder anziehen [dürfe]. Also – in einem stinkigen Saal, in dem 200 und mehr Menschen herumlaufen, die

13 MEMMER, Geschichte, wie Anm. 4, 21.

aber von der Straße [...] kommen und [...] Schmutz und Bakterien mit sich führen, soll die frische Wunde meines kleinen, zarten Menschen fünf Minuten lang dieser ganzen [unleserlich] ausgesetzt werden!“

Mit diesem Vorwurf brach sich die Empörung der Mutter Bahn. Sie markierte einen Widerspruch zwischen staatlichem Sicherheitsversprechen auf der einen Seite und den Mängeln der Impfpraxis auf der anderen, den sie am Ende ihres Briefes auf den Punkt brachte. „Das Impfen, das doch eine gesundheitliche Einrichtung sein soll, und noch dazu eine Zwangseinrichtung ist, müsste doch wohl m.E. mit [...] allen dafür zu Gebot stehenden Mitteln ausgeführt werden.“¹⁴

Entsprechende Berichte über Massenimpfungen finden sich für das gesamte 19. und auch noch für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts. Sehr viel knapper als die eben zitierte Mutter fasste beispielsweise 1897 ein Kreisarzt aus Leuna die Probleme der Impftermine aus eigener Anschauung zusammen:

„Wird nun die Impfung [...] in unzulänglichen, unbequemen und dumpfen Lokalen, ohne Warteraum vorgenommen, so ist es erklärlich, dass manche zartfühlende Mütter mit Unbehagen an den öffentlichen Impftermin zurückdenkt. [...] Unser Publikum ist selbst schon etwas antiseptisch gebildet, auch ungebildete Leute beobachten scharf.“¹⁵

Bis in die 1920er Jahre änderte sich an dieser Praxis wenig. Noch in den späten 1920er Jahren berichtete beispielsweise der Leiter einer Impfanstalt, dass Ärzten „die immer wieder heikle Frage des Händewaschens vor dem Beginn des Impfens“ gestellt werden müsse. Insofern entstehe unter Eltern der Eindruck, dass das Impfen „nebenher und so eilig wie möglich abgefertigt wird.“¹⁶ Dass viele Impfpärzte seit den 1920er Jahren in Deutschland einen Pauschalbetrag erhielten, mit denen die „Nachschau, Wegegebühren, Desinfektionsmittel und sonstige Nebenleistungen“¹⁷ abgegolten waren, dürfte die Hygienestandards und Praxis der Massenabfertigung kaum verbessert haben.¹⁸

Obgleich sich Hygiene im Laufe des 20. Jahrhunderts besserte, blieben Massenimpfungen bis in die 1960er Jahre verbreitet. Auch spätere Impfprogramme wie die gegen Diphtherie oder Kinderlähmung verliefen in ähnlichen Strukturen und Räumen wie die Pockenimpfung. Geimpft wurde in Stadt- und Turnhallen oder in der Aula von Schulen, Rathäusern, Restaurants und mitunter sogar in Kneipen. Erst seit den 1970er Jahren wurde das Impfen allmählich privat. Seither galten Impfungen in Deutschland als Krankenkassenleistung, die beim Haus- oder Kinderarzt erbracht wurde. In Großbritannien wiederum ebnete die Reform des *National Health System* seit Mitte der 1970er Jahre ebenfalls den Weg zu individuellen Impfterminen.

Ein weiteres Potenzial einer Sozial- und Kulturgeschichte liegt genau hier: in den Räumen des Impfens, die wiederum Einblicke in die soziale Praxis eröffnen. Denn die räumliche Konstellation und praktische Umsetzung des Impfens hatte gravierende Konsequenzen für den

14 Alle Zitate Bundesarchiv Berlin (= BArch), R 86, 4704, Bericht einer Mutter an das Kaiserliche Gesundheitsamt, o.D. [Mai 1906].

15 E. BRAUN, Zur Impffrage, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 10 (1897), 857.

16 BArch, R 86/1210, Jahresbericht Impfanstalt Königsberg, 20.02.1931, 8–9.

17 Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Rep. 45 D Luckau/156, Schreiben Kreisausschuss Luckau, 23.04.1924.

18 Vgl. BArch, R 86/1197, Ausschnitt Die Gartenlaube, Für Mütter. Nach der Impfung, Nr. 8/1877, o.S.

alltäglichen Umgang mit Immunität. Impftermine waren lange Zeit eine der wenigen Schnittstellen zwischen Mensch und Gesundheitswesen. Der Umgang mit Eltern und Kindern war daher nichts weniger als ein Spiegel für die Behandlung von Staatsbürger:innen. Es ging also auch beim Impfvorgang selbst nie nur ums Impfen, sondern ebenso um fundamentale Fragen nach der Privatsphäre, nach dem Schutz des Körpers, dem Verhältnis zwischen Staat, Eltern und Kindern oder des Einzelnen zur Allgemeinheit. In praxeologischer Perspektive sind Impfungen zwar kein Schlüssel zum Alltag in dem Sinne, dass wir an der Praxis „echte“ Reaktionen z.B. von Bürger:innen ablesen können. Vielmehr sind Berichte und Briefe über das Impfen Quellen für subjektive Zuschreibungen des Impfens, die mitunter ganz andere Themen verhandeln. Gerade deshalb ist eine Praxeologie des Impfens aber so ertragreich: Weil sie Auskunft gibt über subjektive Aushandlungen von Sicherheit und ihren Wandel.

Für solche Aushandlungsprozesse ist auch der Blick auf den Körper interessant. Im Kern geht es beim Impfen ja um das Einbringen eines Stoffes, damit der Körper Abwehrkräfte gegen das Virus entwickelt und fortan gegen die Infektionskrankheit immun ist. Dieser Vorgang war von Anfang an ein Problem. Zum einen mussten sich viele Menschen zunächst einmal an die Vorstellung gewöhnen, dass man etwas potenziell krank Machendes eingespritzt bekommt, um anschließend geschützt zu sein. Zum anderen war der Vorgang des Impfens lange Zeit relativ schmerzhaft. Der Pockenimpfstoff beispielsweise wurde bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts mit mehreren Schnitten in den Körper gebracht. Und selbst die später populäreren Spritzen, die seit der Diphtherieschutzimpfung der 1930er und dann noch einmal vermehrt seit den 1950er Jahren zum Einsatz kamen, waren wegen ihrer großen Kanülen lange Zeit ebenfalls unbeliebt.

Den Gegenbeweis trat ab den 1960er Jahren die Schluckimpfung gegen Polio an. Sie erreichte von Anfang an hohe Impfquoten, weil der Impfstoff eben nicht gespritzt, sondern meist mit einem Zuckerstück geschluckt wurde. Der Erfolg der Schluckimpfung war derart durchschlagend, dass das Verfahren auch für andere Impfungen erprobt wurde. Anfang der 1970er Jahre berichtete der Leiter der bayerischen Impfanstalt, Helmut Stickl, beispielsweise von Experimenten mit einer Schluckimpfung gegen Pocken.¹⁹ Viele begeisterte Reaktionen aus der Bevölkerung auf diese Meldung legen nahe, dass das Schlucken einen Nerv traf. So bat eine junge Mutter Bundesgesundheitsministerin Käte Strobel mit Nachdruck, die üblichen Schnittimpfungen gegen Pocken durch Schluckimpfungen zu ersetzen, um „allen Kindern die Angst und den Schmerz“²⁰ zu nehmen.

In praxeologischer und körpergeschichtlicher Perspektive macht das Impfen also sowohl die sozialen Zuschreibungen des Körpers deutlich als auch umgekehrt: der Körper war beim Impfen immer auch eine Projektionsfläche für das Soziale. Genau das ist ein weiteres Potenzial einer Sozial- und Kulturgeschichte des Impfens. Beim Schneiden, Spritzen oder Schlucken ging es immer auch um die Frage, wie rücksichtsvoll oder pragmatisch Staat und Medizin sein sollten bzw. was die oder der Einzelne für die Herdenimmunität in Kauf nehmen musste. Massenimpfungen galten so als Indikator für Sicherheit und Gründlichkeit. Während bis Anfang des 20. Jahrhunderts Massenimpfungen mit bis zu 100 Impfungen pro Stunde üblich waren,

19 Stadtarchiv München, Gesundheitsämter/5690, Stickl, Vortrag vor Medizinalbeamten Oberbayerns, 1972.

20 Bundesarchiv Koblenz, B 189/14106, Schreiben einer Husumerin an Käte Strobel, 07.12.1971.

nahm die Anzahl der Impfungen pro Stunde seither sukzessive ab, um mehr Zeit für gründlichere Untersuchungen des Körpers und Gespräche mit Eltern zu gewinnen. Die Geschichte des Impfens macht also nachvollziehbar, wie eng der individuelle Körper mit der Gesellschaft verkoppelt ist und als Anlass zur Aushandlung von Sicherheitsvorstellungen dient. Sie macht ebenso deutlich, dass Impfskepsis und Impfkritik nicht allein auf Vorbehalte gegen das Impfen zurückzuführen sind, sondern mitunter auf die Praxis und das Setting des Impfens.

Immunität als Markt: Pharmaunternehmen

Immunität ist immer beides, ein Sicherheitsversprechen und ein Geschäft. Auf der einen Seite schützen Impfstoffe die oder den Einzelnen vor Erkrankungen und die Allgemeinheit vor Epidemien. Auf der anderen Seite sind Impfstoffe eine Ware, die Pharmaunternehmen große Einnahmequellen eröffnet. Beim Impfen geht es daher ebenso um das Verhältnis zwischen Politik und Wirtschaft, zwischen Staat und Unternehmen, zwischen Sicherheitsbedürfnissen und Vermarktungsinteressen.

Zunächst einmal waren Impfungen lange Zeit ein Geschäft des Staates, nicht von Pharmaunternehmen. Mit der Einführung der Impfprogramme gegen Pocken im 19. Jahrhundert traten in ganz Europa staatliche Einrichtungen als Impfstoff-Produzenten und Vermarkter auf den Plan. Die Einführung von Impfpflichten verstärkte diesen Trend noch, ist eine Impfpflicht doch immer doppeldeutig: einerseits als Verpflichtung des Einzelnen, sich impfen zu lassen, andererseits als Verpflichtung des Staates, die Impfstoffversorgung in der Fläche und für alle sicherzustellen. Im Laufe des 19. Jahrhunderts schossen daher beispielsweise in ganz Deutschland staatliche Impfanstalten aus dem Boden. Sie verbesserten die Produktion, Standardisierung und Verteilung des Pockenimpfstoffs.²¹ Private Unternehmen spielten dagegen erst Anfang des 20. Jahrhunderts eine Rolle. Der allmähliche Aufstieg von Hoechst und Schering seit den 1890er-Jahren in Deutschland, Hoffmann-La Roche und Sandoz in der Schweiz, Merck & Co. sowie Bristol-Myers in den USA, verlieh einem Impfmarkt erste Konturen.²² Darüber hinaus veränderten Pharmaunternehmen das Antlitz von Gesundheitspolitik, die im Laufe des 20. Jahrhunderts auf neue Vermittlungsstrategien und Vertriebsstrukturen setzte.

Eines der am besten untersuchten Fallbeispiele für diesen gesundheitspolitischen Wandel stellen die Behringwerke in Marburg dar, bis in die 1990er Jahre der größte deutsche Impfstoffproduzent.²³ Die Erfolgsgeschichte des Unternehmens begann schleppend. Zwar hatte Nobelpreisträger Emil von Behring bereits vor dem Ersten Weltkrieg von den Farbwerken Meister, Lucius & Brüning – den späteren IG Farben – finanzielle Unterstützung erhalten und 1913 eine

21 Vgl. als Überblick THIESEN, Gesellschaft, wie Anm. 10, 100–103 sowie als überzeugende Fallstudie Felix BRAHM / Tatjana TIMOSCHENKO, „Weise du schufest die Wehr, die Hamburgs Pockenschutz gründet“. Die Geschichte des Hamburger Impfzentrums von den Anfängen der Pockenimpfung bis zur Gegenwart (Hamburg 2005).

22 Axel C. HÜNTELMANN, Pharmaceutical Markets in the German Empire. Profits between Risk, Altruism and Regulation, in: Historical Social Research 36 (2011), 182–201.

23 Einen Überblick bisheriger US-amerikanischer, britischer und deutschsprachiger Studien sowie neue Forschungen zur Geschichte der Behringwerke bietet der soeben erschienene Band von Christian KLEINSCHMIDT, Hg., Seuchenbekämpfung, Wissenschaft und Unternehmensstrategien. Die Behringwerke und die Philipps-Universität Marburg im 20. Jahrhundert (Darmstadt 2021).

aktive Schutzimpfung gegen die Diphtherie entdeckt.²⁴ Zum Masseneinsatz kam die Diphtherieschutzimpfung in Deutschland allerdings erst Mitte der 1930er Jahre. Während die US-amerikanische Rockefeller-Foundation oder das französische Pasteur-Institut den Diphtherie-Impfstoff bereits seit dem Ersten Weltkrieg für den globalen Markt weiterentwickelten, steckte der Erfinder der Impfung zunächst im kommerziellen Windschatten fest.²⁵ Erst Ende der 1920er Jahre verbesserte sich die Situation für die Behringwerke deutlich. Nach der Übernahme des Unternehmens durch die IG Farben konzentrierten diese ihre Impfstoffproduktion in Marburg, das so zum wichtigsten Produktionsstandort für das gesamte Deutsche Reich avancierte.²⁶ Mit der Übernahme gewann auch die Werbung an Bedeutung. Waren 1933 noch 686.000 Reichsmark (RM) für Werbemaßnahmen vorgesehen, stieg der Werbeetat bereits 1935 auf über eine Million, 1938 sogar bereits auf satte 2,3 Millionen RM.²⁷ Damit stand den Behringwerken ein Marketingarsenal zur Verfügung, das sich in ganz neuen Werbestrategien niederschlug. Immunität mutierte nun auch in Deutschland zu einem lukrativen Markt, auf dem sich die Marburger schnell die Spitzenstellung eroberten.

Erleichtert wurde die Eroberung von einem Rollenwechsel zwischen Staat und Unternehmen. Noch in den 1920er Jahren stand die Frage im Raum, ob die Produktion und Verteilung des Diphtherieimpfstoffs – wie beim Pockenimpfstoff – zur staatlichen Angelegenheit erklärt werden solle. Aus diesem Grund warnten die Behringwerke Behörden und Ministerien immer wieder vor einer „Überorganisation staatlicher Bevormundung“²⁸. Die Warnung hatte letztlich Erfolg. Anfang der 1930er Jahre einigten sich Pharmaunternehmen und Reichsgesundheitsamt (RGA) für die Einführung des neuen Diphtherie-Impfstoffs auf ein Kontrollsystem, das staatlichen Behörden zwar das Recht auf Prüfungen des Impfstoffs einräumte, dem Unternehmen allerdings eine eigenständige Impfstoffproduktion zusicherte.²⁹

Vor diesem Hintergrund mauserten sich die Behringwerke zum Vorreiter für die Vermarktung von Impfstoffen. Hatten zuvor allenfalls Zeitungen und Illustrierte die „Impffrage“ aufgegriffen, Wissen von Experten vermittelt oder Debatten über die Impfpflicht kommentiert, traten mit den ersten Diphtherieschutzimpfungen im Rheinland, Ruhrgebiet und in Westfalen Mitte der 1930er Jahre auch das Radio und Kino auf den Plan. Erste Radio- und Filmbeiträge über das Impfen waren zwar schon in den frühen 1920er Jahren zu hören bzw. zu sehen gewesen.³⁰ Doch erst im Laufe der späten 1920er Jahre erreichte das Radio seine Take-off-Phase

-
- 24 Vgl. Hans SCHADEWALDT, Emil von Behring und die Einführung der passiven und aktiven Schutzimpfung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift (= DMW) 100 (1975), 2172–2178; Ulrike ENKE / Nils HANSSON, Emil von Behring. Erster Nobelpreisträger für Medizin. Die Bekämpfung der Diphtherie, in: DMW 140 (2015), 1898–1902.
- 25 Behring-Archiv Marburg (im Folgenden: BAM), 1499, Protokoll Reichsgesundheitsrates über Sondersitzung des RGR, 01.03.1924 sowie Aktennotiz der Behringwerke zur Besprechung im RGA, 04.07.1929.
- 26 Angliederung der Behringwerke A.G., Marburg, an den Farbenkonzern, in: Frankfurter Zeitung (09. Juli 1929). Vgl. auch den Überblick zur Geschichte der Behringwerke in BAM/464, Schreiben A. Struss für die Werksleitungen Hoechst und Leverkusen an W. R. Mann, Behringwerke, 03.01.1949.
- 27 BAM/1534, Bericht über Entwicklung der Behringwerke, [Ende] 1943. In den Jahren 1939 bis 1941 blieb der Etat zwischen zwei und 2,3 Millionen RM, ab 1942 fiel er unter zwei Millionen.
- 28 BAM/1530, Tagesbericht der Behringwerke Nr. 338, 06.03.1924.
- 29 Hauptstaatsarchiv Stuttgart (= HStAS), E 130b/2767, Rundschreiben RMI an alle Landesregierungen, 11.06.1927.
- 30 Vgl. den Überblick über frühe Filme in BArch, R 1501/10658, Broschüre „Film-Verzeichnis für Unterricht und Volksbildung“ der UFA, 01.10.1920 sowie den Hinweis auf Rundfunk-Beiträge in BArch, R 86/4675, Zeitschrift die Impffrage 1/4 (1930), Artikel „Rundfunk und Impfung“; HStAS, E 130b/2766, Katalog des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung, o.Dt. [ca. 1925/26].

und damit ein großes Publikum.³¹ Das neue Medium erweiterte nicht nur den Adressatenkreis, sondern ebenso das Alltagswissen über Impfungen. Von Pharmaunternehmen produzierte Film- und Radiobeiträge erforderten einerseits eine Zuspitzung von Informationen. Sie ermöglichten andererseits aber auch eine Emotionalisierung und alltagsnahe Ansprache.

Kurz gesagt ermöglichten neue Medien eine niedrigschwellige Vermittlungsarbeit. Neben traditionelle Belehrungsvorträge traten nun neue Radioformate wie das „Zwiegespräch eines Arztes mit einer besorgten Mutter über die Impfung ihres Kindes“.³² Im „Dritten Reich“ nahmen solche Produktionen an Aufwand und Verbreitung noch einmal zu. So sendete der Deutsche Kurzwellensender 1937 im Umfeld öffentlicher Diphtherieschutzimpfungen Beiträge wie das immerhin 45-minütige Feature über „Emil von Behring – Ein Helfer der Menschheit“. Das von den Behringwerken koproduzierte Hörspiel bot einen lebendigen Einblick in die „Mikrobenjäger“, wie sie der Sprecher der Figur Emil von Behring in dem Hörspiel mit gewissem Pathos vortrug: „statt der Musen umstehen mich die Gestalten klagender Mütter, die mich anflehen: Rette unsere Kinder. [...] Und ich werde sie retten.“³³

Bewähren sollte sich zudem eine Art crossmediales Marketing, das von den Marburgern ebenfalls seit Mitte der 1930er Jahre erprobt wurde. Im Vorfeld der Impftermine wurden Eltern und Kinder über mehrere Medien zugleich angesprochen. Dabei kamen dieselben Bildmotive auf Plakaten, in Filmen und Broschüren zum Einsatz, um den Wiedererkennungseffekt zu erhöhen. Ein Paradebeispiel für diesen Ansatz boten die Behringwerke mit ihrem Film „Kampf gegen Diphtherie“ von 1938. Hier nutzte die Szenenausstattung nicht nur mehrfach die „üblichen Plakate“³⁴ der Behringwerke, die zu dieser Zeit in Ämtern, Schulen, Milchläden und Bäckereien aushingen. Das Ende des Films präsentierte zudem eine Mutter mit ihrem geimpften Sohn, die einander in einer „Stellung wie im Diphtherie-Plakat“ glücklich anlächeln und sich im Abspann durch Überblendung „in das Plakat verwandeln“.³⁵ All diese Filme wurden den Gesundheitsämtern vom Pharmaunternehmen „dankenswerter Weise [...] kostenlos“ zur Verfügung gestellt, wie der Münchener Oberbürgermeister Karl Fiehler 1942 schwärmte. Die neuen Medien brachten Sorgen und Schutzvorstellungen zudem „in anschaulicher Form“ unter das Volk, wie Fiehler hervorhob, zeigten sie doch „einen praktischen Diphtherie-Erkrankungsfall, [sic] sowie den Vorgang einer praktischen Diphtherieschutzimpfung“.³⁶ Aufklärungsfilme liefen im „eigentlichen Film-Programm“³⁷ der Kinos, die Plakate und Broschüren wurden beim Milchmann oder Bäcker verteilt, Vorträge in einfachere und packendere Hörspiele übersetzt.³⁸

31 Vgl. Inge MARSOLEK / Adelheid VON SALDERN, Mediale Durchdringung des deutschen Alltags. Radio in drei politischen Systemen (1930er bis 1960er Jahre), in: Ute Daniel / Axel Schildt, Hg., Massenmedien im Europa des 20. Jahrhunderts (Köln 2010), 84–120; Ursula BÜTTNER, Weimar. Die überforderte Republik 1918–1933 (Stuttgart 2008), 318–319.

32 BArch, R 86/4675, Zeitschrift die Impffrage, 1/4 (1930), Artikel „Rundfunk und Impfung“.

33 BAM/2331, Manuskript der Reichs-Rundfunk-Gesellschaft, „Emil von Behring – Ein Helfer der Menschheit“, Sendetermin: 23.09.1937, Zitate 4 und 9.

34 BAM/1963, Manuskript des „Kurz-Tonfilms“ „Kampf gegen Diphtherie“, 17.03.1938, 22, 20.

35 Ebd., 35.

36 BArch, R 36/1322, Bericht Münchener Oberbürgermeister über Diphtherieschutzimpfung, 14.08.1942; vgl. auch BArch, NS 18/663, Nationalsozialistischer Gaudienst, Folge 188, 13.08.1942, 1.

37 BArch, R 55/1221, Schreiben der Behringwerke/IG Farbenindustrie an RMVP, 10.07.1944.

38 Vgl. die Filmbeschreibung in BAM/124, Broschüre der Behringwerke, „Organisation und Technik der Diphtherieschutzimpfung“, o. J. [ca. 1941/42].

Ängste waren eine wichtige Ressource zur Erhöhung der Impfquote. Entsprechend stark wurden sie in Filmen der Behringwerke geschürt. „Eltern“, endete beispielsweise der Film „Kampf gegen Diphtherie“ mit einer eindringlichen Botschaft, „die Kinder sind Euer kostbarstes Gut.“³⁹ Der erhöhte Medieneinsatz sollte Schule machen, und zwar mitunter im eigentlich Wortsinn: Seit den 1940er Jahren verteilten die Behringwerke Vordrucke mit „Elternbriefen“, die an Schulen zum Diktat gegeben und anschließend zu Hause vorgelegt werden sollten. Lesen konnten die Eltern hier eine flehende Bitte ihres Kindes: „Millionen von Kindern in Deutschland und auch in anderen Ländern sind schon geimpft. Wollt Ihr mich nicht auch schützen, liebe Eltern? Ich bitte Euch darum!“⁴⁰ Mit ihrem Medienensemble operierte das Marketing auf allen Ebenen. Verwaltung, Partei und Ärzt:innen wurden mit Werbung versorgt. In einer Großstadt wie Hamburg konnten demnach mit den Filmen der Behringwerke mindestens „50–60 Kinos bespielt werden“.⁴¹ In München wurden Diphtheriefilme der Marburger allein im Jahr 1942 in immerhin 30 Kinos gezeigt⁴² und selbst in einer Stadt wie Hagen wurden Werbefilme noch in „6 Kino’s [sic] der Stadt je 8 Tage aufgeführt.“⁴³ Hinzu kam eine Flut an Presseartikeln, die nicht nur auf die Impfung selbst, sondern ebenso auf Informationsveranstaltungen und Aufklärungsmaterial hinwiesen.⁴⁴

Die Medienoffensive der 1930er Jahre markiert also zweierlei: eine quantitative und eine qualitative Veränderung der Vermittlungsarbeit. Zum einen erweiterten neue Medien den Adressatenkreis. Zum anderen schufen sie neue Vermittlungsformen, so dass sich die von der Pockenimpfung bekannten „Aufrufe“ und „Propaganda“ allmählich in „Werbung“ verwandelten. Diese Werbung arbeitete mit Verdichtung, mit Personalisierung, vor allem aber mit viel Gefühl – und brachte den Deutschen das Impfen somit näher als je zuvor. Letztlich waren die Pharmaunternehmen also Geburtshelfer des „präventiven Selbst“. Bewegte und bunte Bilder appellierten nicht nur an die Eigenverantwortung der Eltern für sich und ihre Kinder. Darüber hinaus verankerten sie Ängste vor dem Seuchentod sowie Sicherheitsversprechen der Impfung im Bewusstsein der Deutschen.

Die Werbearbeit der Behringwerke macht eine erstaunliche Entwicklung der 1930er Jahre nachvollziehbar: die Entdeckung der Freiwilligkeit. Ausgerechnet in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, die durch unmenschliche Praktiken wie Zwangssterilisationen und durch Verbrechen wie „Euthanasie“-Maßnahmen sowie Menschenversuche in Konzentrationslagern hervorstach, setzte man bei der Einführung der neuen Diphtherie-Schutzimpfung auf Freiwilligkeit. Die neuen Formate und Motive, die Adressierung von Ängsten und Hoffnungen waren schlichtweg überzeugender als staatlicher Druck. Außerdem war Freiwilligkeit unter den Vorzeichen einer Diktatur selbstverständlich ein relativer Begriff. So wurde Werbung für die Impfung von Pharmaunternehmen gern mit dem Hinweis ergänzt, dass der Schutz des Einzelnen

39 BAM/1963, Manuskript „Kampf gegen Diphtherie“, 34.

40 BAM/463, Vordruck Elternbrief, ca. 1941.

41 Staatsarchiv Hamburg (= StAHH), 135-1 I-IV/3080, Durchführungsplan Diphtherieschutzimpfung Haupt-Gesundheitsamt Hamburg, 11.12.1941.

42 BArch, R 36/1322, Bericht Oberbürgermeister München, 14.08.1942.

43 BArch, R 36/1322, Bericht Gesundheitsamt Hagen über Diphtherieschutzimpfung, 09.01.1942.

44 Eine Stichprobe aus Hamburg zeigt, dass sämtliche Tageszeitungen vor Massenimpfungen Artikel des Hauptgesundheitsamts veröffentlichten. Vgl. Pressesammlung in StAHH, 135-1 I-IV/3080 mit zahlreichen Zeitungsartikeln zur Diphtherieimpfung vom 10. und 11. Januar 1942, dem Beginn des Impfprogramms.

immer auch ein Dienst an der „Volksgemeinschaft“ sei. Appelle an Eigenverantwortung und sozialer Druck waren also zwei Seiten der Freiwilligkeit. Doch genau diese Verbindung unterstreicht noch einmal den Befund, dass Pharmaunternehmen mit der Werbung der 1930er Jahre das „präventive Selbst“ entwarfen.⁴⁵ Allen Ambivalenzen der Freiwilligkeit zum Trotz eröffnete die Werbung von Pharmaunternehmen der Gesundheitspolitik somit neue Wege. Impfverweigerer hatten keine amtlichen Kontrollen oder gar Sanktionen zu fürchten, geschweige denn Zwangsimpfungen unter Anwendung körperlicher Gewalt, wie sie noch in der Weimarer Republik gegen Verweigerer der Pockenimpfung durchgeführt worden waren.⁴⁶ Der Erfolg gab diesem Wandel recht. Schon die ersten Versuche mit der freiwilligen Diphtherieschutzimpfung Mitte der 1930er Jahre erbrachten bemerkenswerte Ergebnisse. Während bei der Pflichtimpfung gegen Pocken allenfalls eine Impfquote von 80 Prozent erreicht werden konnte, lag die Quote bei der freiwilligen Diphtherieschutzimpfung zwischen 90 und 98 Prozent. Eine Bilanz des Reichsinnenministeriums schrieb den Erfolg dieses Wandels im Rückblick offiziell fest: Da es der Propaganda gelinge, dass „bis zu 99% der Kinder [...] zu den Impfterminen erschienen“, erübrigten sich jegliche Pflichtmaßnahmen: „Weshalb also Zwang anwenden, wenn es freiwillig geht.“⁴⁷

Appelle an Selbstsorge, soziale Verantwortung und Ängste vor dem Kindertod gaben fortan einen Dreiklang der Impfwerbung in Deutschland vor, an dem sich auch die Vermittlungsarbeit für andere Impfungen ausrichtete. Zur Vermarktung der Scharlach-Schutzimpfung ab den 1940er Jahren beriefen sich die Behringwerke beispielsweise explizit auf frühere Erfolge, so dass man neue Werbungen „mit dem bei der Diphtherie bewährten Verfahren [...] verbinden“⁴⁸ wolle. Die Werbung der 1930er Jahre sollte im Übrigen auch nach 1945 Schule machen. Noch Anfang der 1970er Jahre erklärte eine medizinische Dissertation das Marketing der Behringwerke während der NS-Zeit zum Vorbild „moderner“ Werbung und zog entsprechende Schlussfolgerungen für eine zeitgemäße Impfwerbung in der Bundesrepublik, nun vor allem für das Impfprogramm gegen Polio.⁴⁹

Ein weiteres Potenzial einer Sozial- und Kulturgeschichte des Impfens ist also die Erweiterung um unternehmens- und wirtschaftsgeschichtliche Fragestellungen. Gesundheit ist nicht nur ein Arbeitsfeld für Ärzt:innen, Mediziner:innen und Gesundheitspolitiker:innen, sondern ebenso ein Markt, der von Unternehmer:innen und Konsument:innen bewirtschaftet wurde. Eine Geschichte des Impfens verbindet medizin- und wirtschaftsgeschichtliche Perspektiven, die unseren Blick für gesellschaftliche Aushandlungs- und Wandlungsprozesse von Ängsten und Hoffnungen weiten.⁵⁰ So haben Hartmut Berghoff und Jakob Vogel bereits 2004 eine

45 Martin LENGWILER / Jeanette MADARÁSZ, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, in: Dies., Hg., *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (Bielefeld 2010), 11–28.

46 THIESSEN, *Gesellschaft*, wie Anm. 10, 118–123.

47 Walter BIEBER, *Seuchenbekämpfung im Kriege*, in: *Der Öffentliche Gesundheitsdienst* 6 (1940/41), 65–70, hier 69–70. Vgl. BArch, R 1501/3686, RMI, *Lufterror und Seuchenverhütung*, [1944/1945], 5.

48 BArch, R 55/1221, *Schreiben der Behringwerke/IG Farbenindustrie an RMVP*, 10.07.1944.

49 Jochen AUMILLER, *Werbung in der Medizin. Unter besonderer Berücksichtigung der Impfkampagnen gegen die Poliomyelitis* (München 1970), 21.

50 Hans-Georg HOFER / Lutz SAUERTEIG, *Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin*, in: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), 105–141, hier 116; Thomas SCHLICH, *Zeitgeschichte der Medizin. Herangehensweise und Probleme*, in: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), 269–298; weitere Überlegungen zu einer Kulturgeschichte der Gesundheit bei Malte THIESSEN, *Medizingeschichte in der Erweiterung. Perspektiven für eine Sozial- und Kulturgeschichte der Moderne*, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 53 (2013), 535–599.

„Wirtschaftsgeschichte als Kulturgeschichte“ entworfen, die Weltbilder von Produzenten und konsumgeschichtliche Entwicklungen in den Blick nimmt, um „nach kulturellen Prägungen und Implikationen bestimmter Produkttypen, nach ihrer semantischen Aufladung und Bewertung“⁵¹ zu fragen. Christian Kleinschmidt wiederum hat diesen Ansatz am Wandel von Konsumgesellschaften verfolgt und zahlreiche Forschungsfelder einer Wirtschafts- als Konsumgeschichte abgesteckt.⁵² Eine Geschichte des Impfens macht also die Vermarktlichung und Medialisierung von Gesundheit im Laufe des 20. Jahrhunderts ebenso nachvollziehbar wie den Wandel von Risiko- und Sicherheitsvorstellungen im Wechselspiel zwischen Staat und Unternehmen.

Globale Immunität: Internationale Kooperationen und Konflikte

Impfprogramme wurden seit jeher international gedacht. Bereits die Pockenimpfung stand Ende des 19. Jahrhunderts immer wieder auf der Agenda internationaler Sanitätskonferenzen bzw. ab den 1920er Jahren auf der Tagesordnung der Pockenkommission des Völkerbundes. Ab 1945 intensivierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den internationalen Austausch mit Hilfe globaler Impfkampagnen gegen Pocken, Polio und Masern. Ich komme auf diese Kampagnen gleich noch einmal zurück.

Immunität spielte aber auch jenseits dieser Organisationen und Netzwerke von Anfang an eine globale Rolle, insbesondere in Kolonien und Kriegen. Für viele Expert:innen verwandelten sich Schlachtfelder in Experimentierfelder, auf denen sich die Wirksamkeit von Impfungen unter Extrembedingungen testen ließ. Entsprechende Erkenntnisse gewannen österreichische und deutsche Mediziner:innen beispielsweise in den Balkan-Kriegen 1912/13. Sie boten eine perfekte Versuchsanordnung, weil in unterschiedlichen Armeen mit ähnlichen Impfstoffen aber unterschiedlichen Verfahren gegen Cholera geimpft wurde, wie der Dresdner Hygieniker Walter Plange beobachtete. In seinem Vergleich der Techniken in der türkischen, rumänischen, griechischen und serbischen Armee mutierten Soldaten zu Testgruppen, an denen sich Potenziale und Probleme unterschiedlicher Impfmethode studieren ließen.⁵³ „[V]on einem Massenversuch am Menschen“ sprach wenige Jahre später der Mediziner Hugo Stursberg im Ersten Weltkrieg im Fall der Typhusschutzimpfung, deren „Wirksamkeit an Hand eines grossen Materials“⁵⁴ – gemeint waren deutsche und französische Soldaten – getestet wurde. In Zeiten, in denen Laborversuchen mit Impfstoffen noch enge Grenzen gesetzt waren, galten Kriege also als statistische Glücksfälle, um valide Vergleichsgrößen zu gewinnen. Erfahrungen von der Front sollten somit auch die Akzeptanz von Impfungen in der Heimat erhöhen, zumal die Armee statistisch valide Fallzahlen bot. So betonten die beiden deutschen Mediziner Rudolf Abel und Evers den Segen des Ersten Weltkrieges, da die Wirksamkeit neuer Impfungen wie der gegen

51 Hartmut BERGHOFF / Jakob VOGEL, Wirtschaftsgeschichte als Kulturgeschichte. Ansätze zur Bergung transdisziplinärer Synergiepotentiale, in: Dies., Hg., Wirtschaftsgeschichte als Kulturgeschichte. Dimensionen eines Perspektivenwechsels (Frankfurt am Main 2004), 9–41, hier 17.

52 Christian KLEINSCHMIDT, Konsumgesellschaft (Göttingen 2008).

53 W. PLANGE, Der heutige Stand der Schutzimpfung gegen Cholera mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen aus den letzten Balkanfeldzügen, in: Öffentliche Gesundheitspflege 1 (1916), 207–235, hier 232.

54 Bundesarchiv-Militärarchiv, PH/7/6, Sonderdruck Stursberg/Klose, Zur Frage der Bewertung der französischen Typhus-Schutzimpfung, MMW, 1915, Nr. 21, 380–382.

Typhus „[e]rst durch Riesenstatistiken, wie sie vom Heereswesen im Weltkriege zu erwarten sind“,⁵⁵ mit statistischer Sicherheit nachgewiesen werden könne.

Darüber hinaus avancierten Impfungen zur Waffe, mit der sich eine Art Kampf der Kulturen ausfechten ließ. Paul Weindling, Winfried Süß und andere haben die nationalistische und rassistische Aufladung von Immunität am „Vernichtungskrieg“ gegen die Sowjetunion ab 1941 bereits en détail nachgezeichnet. Der Kampf gegen das Fleckfieber beispielsweise beförderte das „antisemitische Stereotyp des bärtigen ‚Ostjuden‘“ und erhöhte Impfungen zu einer Kulturleistung, mit der sich „Volksgenossen“ von „Untermenschen“ trennen ließen:

„Die Grenze zum eroberten ‚Ostraum‘ markierte in den Augen vieler Ärzte eine Demarkationslinie, die gleichermaßen rassistisch wie epidemiologisch definiert war und das fleckfieberfreie Deutsche Reich von den fleckfieberverseuchten Gebieten des besetzten Polen und der Sowjetunion [...] trennte.“⁵⁶

Es wäre dennoch zu einfach, kulturelle und rassistische Zuschreibungen von Immunität nur in der NS-Zeit zu suchen. Im „Dritten Reich“ gingen solche Zuschreibungen zwar eine besonders schreckliche Verbindung mit Vernichtungsfantasien ein. Ihre Wurzeln liegen jedoch tiefer. So boten schon frühere deutsche Feldzüge im Osten reichhaltiges Anschauungsmaterial über kulturelle Zuschreibungen und Selbstbilder. Im Ersten Weltkrieg beispielsweise war die „Durchimpfung“ Polens und der besetzten Teile Russlands für Militärmediziner Ausdruck einer Kulturmission, mit der die Deutschen ihren Herrschaftsanspruch im Osten demonstrierten.⁵⁷ Mit der Besatzungspolitik in Osteuropa mutierte das Impfen seit 1914 zur Waffe, deren Einsatz ebenso an Traditionen der Ostkolonisation wie an Erfahrungen der afrikanischen Kolonisation anknüpfte und insofern die „Transformation des kolonialen Gedankens nach Europa“⁵⁸ beförderte. Für den deutschen Mediziner Gotthard Frey unterstrich die „Sanierung“ Polens demnach die nachhaltigen Leistungen des deutschen „Kulturvolks“. „Ich hoffe“, schloss Frey seinen Bericht von 1919 über das deutsche Pockenimpfprogramm in Polen mit Optimismus, „dass sich dann die Arbeit der ehemaligen deutschen Medizinalverwaltung in Polen nicht als ein verdorrtes Reis, wenn auch auf artfremden Stamm gepropft, erweisen wird, sondern dass sie in der Rolle eines Kulturträgers auch nach ihrer Beendigung wirksam geblieben ist.“⁵⁹ In solchen Gegenüberstellungen markierte Immunität die Grenze zwischen Kultur und Barbarei. Die Verwandlung des polnischen „Seuchenherdes“ in eine immunisierte Gesellschaft unterstrich daher die Leistung des deutschen „Kulturvolkes“ und legitimierte ein koloniales Sendungsbewusstsein in Osteuropa. Ob in Polen oder Rumänien, wo „Deutsche Hygiene“⁶⁰ mit Impfungen

55 Rudolf ABEL, Massenschutzimpfungen anlässlich einer Typhusepidemie, in: Öffentliche Gesundheitspflege 2 (1917), 469–478, hier 477.

56 SÜß, Volkskörper, wie Anm. 4, 226; vgl. auch Paul WEINDLING, Die weltanschaulichen Hintergründe der Fleckfieberbekämpfung im Zweiten Weltkrieg, in: Christoph Meinel / Peter Voswinkel, Hg., Medizin, Naturwissenschaft, Technik im Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten (Stuttgart 1994), 129–135, bes. 132.

57 Vgl. auch die Planung zur „Sanierung“ „ganze[r] Landstriche“ bei [o. V.] EVERS, Schutzimpfungen in großem Maßstabe anlässlich einer Typhusepidemie, in: Öffentliche Gesundheitspflege 3 (1918), 309–316, hier 309.

58 Ulrike JUREIT, Das Ordnen von Räumen. Territorium und Lebensraum im 19. und 20. Jahrhundert (Hamburg 2012), 162.

59 Alle Zitate Gotthard FREY, Das Gesundheitswesen im Deutschen Verwaltungsgebiet von Polen in den Jahren 1914–1918, in: Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamte 51 (1919), 583–733, hier 628, 723–724.

60 Originalbildunterschrift aus BAArch, Bild 183-S30314.

verbreitet wurde: Immunität verwandelte Osteuropa vom Sanierungsfall zum Interventionsfeld. Impfprogramme kündeten also bereits im Ersten Weltkrieg vom deutschen Ordnungswillen, der sich gute 20 Jahre später ungleich radikaler verwirklichen sollte.

Auch in den Kolonien eröffneten sich große Experimentierfelder. Koloniale Erfahrungen mit den Pocken beispielsweise waren in ganz Europa gefragt. Insbesondere in Großbritannien, Frankreich und Deutschland war ja seit dem späten 19. Jahrhundert immer häufiger der Vorwurf zu hören, dass das Verschwinden der Pocken in erster Linie den verbesserten hygienischen Verhältnissen, nicht aber der Impfung zu verdanken sei. Gegen solche Vorwürfe brachten Kolonialmediziner gern ihre Erfolge in Afrika und Asien in Stellung. Schließlich unterstrich die Immunität von Besatzungssoldaten trotz widriger Gesundheitsverhältnisse wie denen in Indien umso mehr den Nutzen des heimischen „Vaccination Act“, wie britische Mediziner um die Jahrhundertwende betonten, bzw. den Nutzen des Reichsimpfgesetzes, wie deutsche Kolonialmediziner anhand ihrer Erfahrungen in Afrika festhielten.⁶¹ Und noch in einer anderen Hinsicht fungierten Kolonien als Testfall. Neben den Erfolgen ließen sich dort auch Bedrohungen studieren, die in Europa allmählich in Vergessenheit gerieten. Immer wieder hielten Kolonialmediziner den Europäern die Bedrohungen aus Afrika vor Augen, um Kritiker:innen des Impfens eines Besseren zu belehren. In einem deutschen Handbuch über Tropenkrankheiten von 1914 las sich ein Eintrag über die Pocken daher so: „Das wäre eine Gegend geeignet, von den Impfgegnern bereist zu werden, damit sie die durch die Pocken unter einer nicht geimpften Bevölkerung angerichteten Verheerungen kennen lernen könnten.“⁶² Kolonien waren also immer beides: Kontrastfolie und Möglichkeitsraum. Einerseits ließ sich an ihnen die Wirkung von Impfungen demonstrieren. Andererseits waren hier Bedrohungen wahrnehmbar, die in Europa in der Versenkung verschwanden. Insofern ist es kein Zufall, dass Fotografien von Pockenkranken seit der Jahrhundertwende aus Afrika nach Europa wanderten: Hier sollten sie den Pockentod im Bewusstsein halten.⁶³ Impfungen waren also sowohl eine Maßnahme zur Optimierung der Kolonien als auch ein Symbol der „Kulturleistungen“, die sich gegenüber „Einheimischen“ und in Europa vorzeigen ließen.

Seit 1945 gerieten Kriege und Kolonien gegenüber Kooperationen im Rahmen der WHO in den Hintergrund. Während der Völkerbund in erster Linie als Forum für den internationalen Austausch und für eine Standardisierung von Impfkzepten gedient hatte, ging die Weltgesundheitsorganisation einen Schritt weiter. Sie schrieb sich die Verbesserung der Weltgesundheit auf die Fahnen. Gewaltige Ressourcen flossen seit 1967 in das „Smallpox Eradication Programme“ (SEP) der WHO,⁶⁴ zweifellos eine der „most significant ,Third World interventions“

61 Sanjoy BHATTACHARYA / Mark HARRISON / Michel WORBOYS, *Fractured States. Smallpox, Public Health and Vaccination Policy in British India, 1800–1947* (Hyderabad 2005); K. E. BOEHNCKE, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene – Pocken, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für Öffentliche Gesundheitspflege* 46 (1914), 181–185, bes. 182; Enrique PASCHEN, Bericht über die Reise zur Erforschung und Bekämpfung der Pocken in Togo im Auftrage des Reichs-Kolonialamts (Leipzig 1912).

62 [o.V.] RUGE, Kurzer Überblick über das Vorkommen der wichtigsten kosmopolitischen Krankheiten in den Tropen, in: C[arl] Mense, Hg., *Handbuch der Tropenkrankheiten*, Bd. 3 (Leipzig 1914), 641–664, hier 645.

63 Vgl. u.a. BAArch, R 86/4704, Runderlass Minister für Volkswohlfahrt, 11.02.1926; R 86/4639, Flugblatt, „Über Pocken und Impfung“, o.D.

64 1966 wurde das SEP ausgerufen, allerdings erst 1967 gestartet. Vgl. Erez MANELA, *A Pox on Your Narrative. Writing Disease Control into Cold War History*, in: *Diplomatic History* 34 (2010), 299–323, bes. 300.

und ein ebenso beeindruckendes Beispiel für „superpower collaboration“.⁶⁵ Immerhin arbeiten im SEP beide Machtblöcke allen Frostperioden des Kalten Krieges zum Trotz zusammen. Während die USA einen Löwenanteil der Finanzen bereitstellte, sicherte die UdSSR den Großteil der Impfstoffproduktion.

Die Immunisierung Afrikas und Asiens bot selbstverständlich nicht nur Menschen in Afrika und Asien, sondern ebenso den Initiatoren in den USA, UdSSR und Europa erhebliche Vorteile und nicht zuletzt der WHO. Für sie avancierten Impfprogramme in Afrika und Asien zu einem Legitimationsmedium. So präsentierte WHO-Generaldirektor Halfdan T. Mahler zum Weltgesundheitsstag 1975 eine Bilanz der nahenden „Pockenausrottung“ nicht nur als „Meilenstein in der Geschichte der Medizin“, sondern ebenso als „hervorragendes Beispiel für die konstruktiven Ergebnisse, welche die Länder dieser Welt immer dann erreichen können, wenn sie zum höheren Wohl aller zusammenarbeiten.“⁶⁶ Solche Begeisterungstürme waren im Angesicht des Kalten Krieges nachvollziehbar. Tatsächlich bot das SEP als bislang einzige globale Kampagne ein endgültiges „happy end“. Während andere Kampagnen wie die gegen Malaria auf Dauer gestellt sind⁶⁷ und die weltweite „Ausrottung“ der Kinderlähmung oder Masern bis heute ebenso oft ausgerufen wie verschoben werden musste, war das Verschwinden der Pocken Ende der 1970er Jahre endgültig. Eine WHO-Publikation hielt diesen Erfolg 1988 auf immerhin 1.500 Seiten fest und schrieb das „happy end“ sogar im Wortsinne ins globale Gedächtnis ein.⁶⁸

Trotz der erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Ost und West wäre es naiv, die Internationalisierung von Impfprogrammen als harmonischen Annäherungsprozess zu charakterisieren. Vielmehr entwickelten sich aus den Kooperationen heraus immer wieder handfeste Konflikte, ja mehr noch: gerade internationale Kooperationen erhöhten das Konfliktpotenzial zwischen Staaten, weil diese nun in einem umso engeren Wettbewerb standen. Impfprogramme sind schließlich immer auch eine Art Leistungstest auf den jeweiligen Sozialstaat bzw. das Gesellschaftsmodell. Auch hierfür bietet der Kalte Krieg reichhaltiges Anschauungsmaterial, das beispielsweise Marina Hilber in diesem Band anhand der österreichischen Impfdiplomatie zur Sowjetunion analysiert. In Deutschland wiederum entbrannte zwischen Bundesrepublik und DDR ein regelrechtes Wettrennen um die bessere Impfquote, an der sich das „bessere Deutschland“ beweisen wollte.⁶⁹

Eine Geschichte des Impfens, das wäre also ein weiteres Potenzial, eröffnet uns Einblicke in transnationale Verflechtungen und Verwerfungen, die auf nationale und lokale Kontexte zurückwirken, aber zugleich stets lokal und national bedingt sind. So spielte beispielsweise das Ruhrgebiet während der 1960er Jahre als imaginiertes „Seuchenherd“ für die deutsch-deutsche Systemkonkurrenz eine große Rolle. Dass die DDR dem westdeutschen Bundeskanzler Konrad Adenauer 1961 sogar „Entwicklungshilfe“ in Form von Polio-Impfstoffen zur Bekämpfung einer Kinderlähmungsepidemie im Ruhrgebiet anbot, hatte nicht nur Auswirkungen auf die

65 Ebd., 301–302.

66 Halfdan T. MAHLER, Wendepunkt der Pockenbekämpfung, in: Bundesgesundheitsblatt 18/6 (1975), 93.

67 Vgl. Thomas ZIMMER, Welt ohne Krankheit. Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik 1940–1970 (Göttingen 2017).

68 Vgl. F. FENNER u.a., Smallpox and its Eradication (Genf 1988).

69 Vgl. Malte THIESSEN, Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR, in: Zeithistorische Forschungen 10 (2013), 409–432.

Menschen im Ruhrgebiet. Darüber hinaus setzte der imaginierte „Seuchenherd“ Ruhrgebiet eben auch spezifische Rahmenbedingungen für die internationale Auseinandersetzung um die immunisierte Gesellschaft. Insofern hat eine Sozial- und Kulturgeschichte des Impfens nicht zuletzt das Potenzial, Prozessen der Glokalisierung auf die Spur zu kommen.

Fazit

Eine Sozial- und Kulturgeschichte des Impfens eröffnet Perspektiven für eine Geschichte der Gesundheit, die unterschiedliche Ebenen sowie Felder von Gesellschaften in den Blick nimmt und diese zueinander in Bezug setzt. „Health“, so definiert Julio Frenk die Weite des Forschungsfelds treffend, „is a crossroad. It is where biological and social factors, the individual and the community, and social economic policy all converge.“⁷⁰ Eltern, Politiker:innen, Unternehmer:innen, Ärzt:innen, Journalist:innen, Lehrer:innen und viele Akteursgruppen mehr waren eingebunden in das Projekt der immunisierten Gesellschaft. Immunität war zudem ein Projekt von „ganz unten“ bis „ganz oben“. Impfprogramme spielten im globalen Maßstab eine ebenso tragende Rolle wie im Alltag „vor Ort“.

Mit den unterschiedlichen Untersuchungsebenen und Feldern wird zugleich deutlich, warum Impfgeschichte für Historiker:innen ein Konvergenzfeld eröffnet, auf dem ganz unterschiedliche Ansätze zusammenpassen. Die Körper-, Medizin-, Medien-, Unternehmens-, Politik-, Diskurs-, Geschlechter- und Wissensgeschichte leisten zur Impfgeschichte einen ebenso wichtigen Beitrag wie die Visual History, die Kolonial-, Gewalt- oder Technikgeschichte.

Vor diesem Hintergrund ließe sich die Geschichte des Impfens in Zukunft noch stärker als transdisziplinäres Forschungsfeld erkunden. Sie ist zumindest eine Einladung an alle Sozial- und Kulturwissenschaften, gemeinsam die soziale Sonde zu nutzen und so Kooperationsmöglichkeiten zur Erforschung des gesellschaftlichen Wandels zu erproben. Die Potenziale des transdisziplinären Austausches wurden zuletzt in der Coronapandemie wieder sehr deutlich sichtbar. So boten die beiden interdisziplinären Tagungen „Corona verstehen“ an der Universität Innsbruck im November 2020 und Oktober 2021 einen eindrucksvollen Beleg für die Potenziale transdisziplinärer Forschungen. Insofern kann die Geschichte des Impfens letztlich ein Plädoyer sein, nicht nur die Geschichte der Moderne neu zu betrachten, sondern ebenso unsere eigenen Forschungsansätze.

70 Julio FRENK, *The New Public Health*, in: *Annual Review of Public Health* 14 (1995), 469–490, hier 469.

Informationen zum Autor

Prof. Dr. Malte Thießen leitet das LWL-Institut für westfälische Regionalgeschichte und lehrt als apl. Prof. für Neuere und Neueste Geschichte an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Gesundheit im 19., 20. und 21. Jahrhundert, die Digitalisierung seit den 1960er Jahren, die Geschichte des Nationalsozialismus und europäische Erinnerungskulturen nach 1945, E-Mail: malte.thiessen@lwl.org

**Beiträge – Schwerpunkt:
Kulturgeschichte(n) der Impfung**

Karel Černý

Protection from Smallpox before 1700: the “Buying of Pustules” in Early Modern Central Europe¹

Summary

Smallpox posed a significant epidemiological threat in the early modern period. The eradication of smallpox in the 20th century was preceded by numerous medical discoveries, such as vaccination. Even before that, so-called variolation, i.e. an older and riskier form of smallpox protection, had spread in Europe after being imported from the East in the 1720s. This text explains how Europeans fought smallpox even before variolation was introduced. The records in the medical literature of the second half of the 17th century show that there were at least two independent traditions within which attempts were made to reduce the effects of smallpox. The first was based on an academic medical environment and can apparently be first found in the work of Franciscus de le Boë. The other was part of a folk tradition, the so-called “buying of pustules”, which was practised in the territory of northern Italy, the British Isles and Poland. In order to be able to present the mentioned methods in a broader context, this paper deals with contemporary views of the pathology of smallpox and also gender-specific aspects of the history of the disease.

Pocken stellten in der Frühen Neuzeit eine bedeutende epidemiologische Bedrohung dar. Der Ausrottung der Pocken im 20. Jahrhundert sind zahlreiche medizinische Entdeckungen vorausgegangen, wie beispielsweise die Vakzination. Schon zuvor hatte sich die sogenannte Variolation, d.h. eine ältere und riskantere Form des Pockenschutzes in Europa verbreitet, nachdem sie in den zwanziger Jahren des 18. Jahrhunderts aus dem Osten importiert worden war. Dieser Text erklärt, wie die Europäer die Pocken noch vor der Einführung der Variolation bekämpften. Die Aufzeichnungen in der medizinischen Literatur der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts zeigen, dass es wenigstens zwei unabhängige Traditionen gab, innerhalb derer versucht wurde, die Auswirkungen von Pocken zu verringern. Die erste stützte sich auf ein akademisches medizinisches Umfeld und ist offensichtlich zum ersten Mal in der Arbeit von Franciscus de le Boë zu finden. Die andere war ein Bestandteil der Volkstradition, das sogenannte “Pockenkaufen”, das auf dem Gebiet von Norditalien, auf den Britischen Inseln und im heutigen Polen

¹ This paper was supported by the Czech Science Foundation project GA ČR, 20-03823S “Jan Marek Marci of Kronland (1595–1667) in Context of Czech Philosophical Baroque”, which was granted to the First Faculty of Medicine of the Charles University and Institute of Philosophy of the Czech Academy of Sciences; it was also supported by Charles University grant Progres Q23 “Dějiny univerzitní vědy a vzdělanosti”.

praktiziert wurde. Um die erwähnten Methoden im weiteren Sinne vorstellen zu können, werden in diesem Beitrag die zeitgenössischen Auffassungen von der Pathologie der Pocken und auch einige geschlechtsspezifische Aspekte der Geschichte dieser Krankheit behandelt.

Keywords

Smallpox, Variolation, Buying of Pustules, Mary Wortley Montagu, 17th Century, Epidemic, Gender

Introduction

The history of the fight against smallpox revolves around several crucial points. The most recent of which is the global campaign leading to its eradication, which was officially declared by the World Health Assembly in 1980. Before that, the discovery of a vaccine in the late 18th century and its gradual worldwide acceptance is rightfully extolled as an important step in the history of medicine.² Vaccination had a riskier and less effective precursor called variolation, which was introduced to Europe for the first time in the 1720s. It is important to note that this chronology is fundamentally Eurocentric as various forms of variolation were employed in India, the Ottoman Empire, and China decades and perhaps centuries before they were brought to the West.³ This paper will describe the early European methods of smallpox control, predating even the onset of variolation as they were recorded by 17th and early 18th century medical writers. I will examine the context in which these protective measures appeared, with particular emphasis on the role of gender. The gender perspective has already been discussed at length in relation to the British history of variolation (namely the role of Lady Mary Wortley Montagu), and I would like to demonstrate that this anglophone chapter of smallpox's history bears a striking resemblance to the 17th century pre-variolation narrative. To achieve this goal, I will first briefly tackle the terminology of smallpox prevention, and sum up what is generally known about the early chronology of the anti-smallpox campaign, while also highlighting related topics in the current historical literature. After that, the core part of my paper will explain how 17th century medicine understood the pathology of smallpox and what the early attempts to regulate smallpox epidemics were, as suggested by early modern academically educated men in the pre-variolation period. Finally, I will turn my attention to the folk ritual called the "buying of pustules" and explain the early modern discourse about its relevance.

2 For a recent contribution to the topic of vaccination in Central Europe see Ivo CERMAN, Die Erziehungskunst nach Karl Heinrich Seibt. Zur Pädagogik der Aufklärung in Prag, in: *Journal für Kultur und Geschichte der Deutschen im östlichen Europa* 1 (2020), 135–156.

3 Frank FENNER et al., *Smallpox and its Eradication* (Geneva 1988), 245–253.

Brief Overview and Terminology of Smallpox Immunization

An individual who survives the smallpox infection develops long term immunity so, in a certain sense, the disease protects the victims against itself. This fact did not escape the attention of our ancestors, who often viewed the condition as an unavoidable yet singular event in everyone's life.⁴ Additionally, smallpox is unique due to the fact that it is closely related to viruses such as cowpox, an animal disease with substantially milder symptoms, which offers a cross-immunity. This means that patients who contracted smallpox were later in life protected against cowpox, and those infected with cowpox did not suffer from smallpox. While the former case had little significance, the latter, first observed in the 18th century, had a huge impact.

The discovery that cowpox provides long term protection against its dangerous relative is traditionally attributed to the British physician Edward Jenner (1749–1823).⁵ It is likely that others had, at least partially, found out about this principle before him, but Jenner's publication triggered a broad interest in this medical procedure and therefore his significance cannot be ignored.⁶ The Latin term for cow is *vacca*, hence the term "vaccination" for the Jennerian invention. Later, this term lost its original connection with the animal host, which is why we use words like vaccine, vaccinate or vaccination for artificially induced immunity against a broad range of infectious diseases.

The discovery of a vaccine did not come out of the blue, it was an extension of an older, riskier protective technique using the live smallpox virus, which was based on two observations. Apart from the lifelong immunity after a singular bout of the disease, our ancestors also realized that not all cases of smallpox were the same. Some patients developed the severe, life threatening form (often called "confluent") but others presented with milder symptoms. Naturally, an artificial induction of a milder form of human smallpox would be desirable because it provided individuals with immunity while avoiding the complications associated with severe cases.

Historians call this predecessor to vaccination, which employed the live smallpox virus, "variolation" (from the Latin word for smallpox, *variola*), but other terms like engrafting, inoculation, or the Latin word *insitio* had also been used. The idea of variolation as it was applied in 18th century Western Europe was an import from Eastern folk medicine. During the early modern period it had spread among certain ethnic groups within the Ottoman Empire and, as contact between the East and West intensified, the concept began to propagate among the educated upper classes in some European countries during the second and third decade of the 18th century. Lady Mary Wortley Montagu (1689–1762) is often attributed with the promotion

4 To be more precise, early modern authors accepted the possibility of repeated bouts of smallpox in a single individual, but considered this occurrence very rare.

5 The monograph on the history of smallpox by Genevieve Miller, originally published in 1957 and recently reprinted, is still the best source of information with its exceptional command of archival sources on the subject. Genevieve MILLER, *The Adoption of Inoculation for Smallpox in England and France* (Philadelphia 1957).

6 For a list of Jenner's predecessors see FENNER et al., *Smallpox*, see note 3, 258. For context on some of these individuals see Lydia THURSTON / Gareth WILLIAMS, *An Examination of John Fewster's Role in the Discovery of a Smallpox Vaccination*, in: *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 45 (2015), 173–179; Peter C. PLETT, *Peter Plett und die übrigen Entdecker der Kuhpockenimpfung vor Edward Jenner*, in: *Sudhoff's Archiv* 90/2 (2006), 219–232; Jean THÉODORIDÈS, *Rabault-Pommier, a Neglected Precursor of Jenner*, in: *Medical History* 23 (1979), 479–480.

of this technique among the British upper classes, although she was by no means the first to have her children immunized against smallpox in this way, nor was she the first to write about the topic in Britain or indeed in Europe.⁷

Separately from the European connection, variolation was also picked up by the American pastor Cotton Mather (1663–1728). Mather gained knowledge of the technique from a slave called Onesimus who underwent the procedure in his native Libya, before being enslaved and transported to the New World.⁸ Pastor Mather then became acquainted with early European descriptions of the method published in *Philosophical Transactions*, which inspired his strong support for variolation during the major epidemic outbreak in Boston (1721).⁹

As the American case demonstrates, Britain was not an exclusive mediator of Eastern knowledge about smallpox prevention. Although the first printed report was indeed published in the Royal Society's *Philosophical Transactions* as early as 1714, its author Emanuel Timonius also sold another version to Sweden.¹⁰ From there it was relayed by the royal physician Samuel Skraggenstierna (ca. 1660–1718) to Wrocławian physician Gottfried Klauinig (+ 1731) and published in the scientific journal of German Academia Leopoldina in 1717. The influence of Leopoldina, founded in 1652, and its scientific journal on the discussion about smallpox is difficult to estimate. It is related to questions about society's knowledge production and sharing in the linguistically and culturally diverse milieu of central Europe. As Simon Rebohm noted recently, this topic so far received only limited attention.¹¹ Czech membership suggests that at the turn of the 18th century Leopoldina impacted on intellectual networks in broader central Europe.¹²

It is likely that most Central European physicians found out about the procedure from this local source rather than from the *Philosophical Transactions* issued by the Royal Society.¹³

-
- 7 Lady Montagu's role is discussed by Genevieve MILLER, *Putting Lady Mary in her Place. A Discussion of Historical Causation*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 55/1 (1981), 2–16; Isobel GRUNDY, *Montagu's Variolation*, in: *Endeavour* 24/1 (2000), 4–7; Diana BARNES, *The Public Life of a Woman of Wit and Quality. Lady Mary Wortley Montagu and the Vogue for Smallpox Inoculation*, in: *Feminist Studies* 38/2 (2012), 330–362.
- 8 Mather mentions in his diary that Onesimus was given to him by "Some Gentlemen of our Church" as a gift in December 1706; see Worthington Chauncey FORD, ed., *Diary of Cotton Mather, Volume I. 1681–1708* (n.p., n.d.), 579. Genevieve Miller who was otherwise very careful with her sources spelled the name Onisemus, which is incorrect. MILLER, *The Adoption*, see note 5, 53.
- 9 FENNER et al., *Smallpox*, see note 3, 247, 256; MILLER, *Putting Lady*, see note 7, 6–7.
- 10 Emanuel TIMONIUS / John WOODWARD, *An Account, or History, of the Procuring the Smallpox by Incision, or Inoculation; as it has for some Time been Practised at Constantinople*, in: *Philosophical Transactions* 29/339 (1714), 72–82. Note that in this period the journal had a rather idiosyncratic numbering of issues. Years 1714 to 1716 are collected into one volume (29) which is further divided into issues starting with number 338, each covering roughly a trimester. The pagination for all three years of volume 29 is, however, continuous.
- 11 Simon REBOHM, *Knowledge, Community and Authority at the Academia Naturae Curiosorum*, in: Pietro Daniel Omodeo / Volkhard Wels, eds., *Natural Knowledge and Aristotelianism at Early Modern Protestant Universities* (= *Episteme* 14, Wiesbaden 2019), 299–314.
- 12 Eva ROZSIVALOVÁ, *Doktoři a profesoři pražské lékařské fakulty a jejich vztahy k Leopoldinsko-Karolinské akademii do konce 18. století*, in: *Acta Universitatis Carolinae – Historia Universitatis Carolinae Pragensis* 21/1 (1981), 53–65.
- 13 Gotofredus KLAUNIG, *Observatio II. Historia variolarum, quae per insitionem excitantur*, in: *Academiae Caesareo-Leopoldinae Carolinae naturae curiosorum Ephemerides sive observationum medico-physicarum a celeberrimis viris tum medicis, tum aliis eruditissimis in Germania et extra eam communicatarum centuria V. et VI. cum appendice* (Nürnberg 1717), 3–20. This text compiles Emanuel Timonius' report with Jacob Pylarini's book on smallpox inoculation which was first published separately in Venice and later also in the *Philosophical Transactions*.

Shortly after Timonius, another physician of Greek origin Jacob Pylarini (1659–1718) published his own take on the variolation procedure. It saw the light of day for the first time in Venice in 1715, the following year it was reprinted in *Philosophical Transactions*, and in 1717 again in the journal of German Academia Leopoldina as part of Klaunig's report.¹⁴ Both Timonius and Pylarini's contributions to smallpox prevention have been discussed in some detail by other historians of medicine, as they are part of the well-established historical narrative.¹⁵

The rapid spread of awareness about this medical novelty is demonstrated by the writings of Jan Adam Reiman (also spelled Rayman or Raimann, 1690–1770) who served as a municipal physician at the city of Prešov (now in Eastern Slovakia).¹⁶ In 1717 Reiman, who was a graduate of Leiden university, wrote a paper on smallpox therapy dedicating a whole passage to variolation.¹⁷ He was exceptionally well acquainted with the contemporary literature on the subject, as demonstrated by the fact that he quoted no less than five contemporary sources, including one in English.¹⁸ Thanks to his careful citation of sources, Reiman provided an unsurpassed perspective on the importance of early 18th century intellectual networks in the sharing of knowledge about smallpox prevention.

To sum up the previous paragraphs, the Eastern variolation model, which is often treated by historians as the first serious attempt to manage smallpox epidemics, was initially noted by various authors during the second decade of the 18th century. Within a short time, it appeared in several academic sources, spurring interest in the procedure before it started to proliferate in

-
- 14 Jacob PYLARINI, *Nova et tuta variolas excitandi per transplantationem methodus* (Venice 1715); Jacob PYLARINI, *Nova et tuta variolas excitandi per transplantationem methodus, nuper inventa et in usum tracta*, in: *Philosophical Transactions* 29/347 (1716), 393–299 (this page number should be 399, the original has a print error); for the third printed version see the previous footnote.
- 15 Recently Gareth WILLIAMS, *Angel of Death. The Story of Smallpox* (Basingstoke 2010), 63–68; a better take on both physicians can be found in MILLER, *The Adoption*, see note 5, primarily 55–61 and several other places. Pylarini's biography was published by C. N. ALIVISATOS, *The First Immunologist, James Pylarino (1659–1718)*, and the *Introduction of Variolation*, in: *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 27/8 (1934), 1099–1104 (the author's first name in this paper was not provided).
- 16 I am not aware of information on Reiman in English. Genevieve Miller mentioned Reiman in her monograph, but only briefly and she was not aware of his 1717 paper discussed in this article. MILLER, *The Adoption*, see note 5, 173). Most other papers are either in Slovak or Hungarian. See Ladislav DUBAY, *K problematike variolizácie na Slovensku a v Európe*, in: *Bratislavské lekárske listy* 52/2 (1969), 230–232; Norbert DUKA, *Pokus prešovského lekára J. A. Raymanna s očkovaním proti kiahňam*, in: *Dějiny vědy a techniky* 1 (1968), 48–50; Jozef LUKÁČ, ed., *Zborník vedeckej konferencie – I. Reimanových dní – s medzinárodnou účasťou pri príležitosti 250. výročia prvej variolizácie v kontinentálnej Európe, ktorú uskutočnil J. A. Reiman, fyzikus mesta Prešova a Šarišskej župy. Prešov 5.–7. októbra 1972 (Prešov 1973)*. Lukáč's conference proceedings contain the most complete information on Reiman partially translated to German, but it is very difficult to find in libraries nowadays. Reiman was also briefly mentioned in FENNER et al., *Smallpox*, see note 3, 253, however, this source was entirely dependent on Lukáč and they cite him incorrectly, so foreign researchers had no chance to find the text based on this source.
- 17 Jan Adam REIMAN, *Von neuen oder ungewöhnlichen Blatter-Medicamentis, Curen* (Classis V., Articulus I.), in: *Sammlung von Natur- und Medicin- wie auch hierzu gehörigen Kunst- und Literatur-Geschichten so sich Anno 1717 in den 3. Sommer-Monaten in Schlesien und andern Ländern begeben, Sommer-Quartal 1717 (Wrocław 1718)*, 185–187. The passage is anonymous but authorship is retrospectively acknowledged in Reiman's paper on smallpox published in the same journal in 1721.
- 18 These sources are in chronological order: Timonius' report in *Philosophical Transactions* (1714), Jacob Pylarini's report published in Venice (1715), Peter Kennedy's *Essay on External Remedies* published in 1715, a second version of Timonius and Pylarini's text edited in *Ephemerides Academiae Leopoldinae* through Skraggenstierna and Klaunig (1717) as well as an unidentified treatise recorded as *Historia tussis*.

practice. This cross-cultural sharing of knowledge was clearly not limited only to British academia, as demonstrated by the case of the slave Onesimus and various citations in continental European medical literature.

Before proceeding further into the past, I need to explain what 18th century authors meant by the term variolation. While there were some minor variations, the principle was always the same. First, a surgeon made small cuts or punctures in the patient's skin and then the wounds were infected with matter containing the live smallpox virus from another person. This idea of inserting an infectious agent into skin cuts explains why physicians used terms like “engrafting” or “inoculation”, both taken from farming and more specifically fruit tree cultivation. However, 17th century medical literature shows that this surgical procedure was not the first attempt to regulate smallpox epidemics in Europe.

Early Modern Pathology of Smallpox

Let me focus briefly on the pathology of smallpox as it was understood by early modern physicians. There were several texts which discussed this issue. I will draw from the writings of the famous Italian physician Girolamo Fracastoro, who mentioned smallpox in his book *On Contagion*.¹⁹ A very extensive explanation was provided by the influential 16th century Italian Girolamo Mercuriale in his treatise *On Diseases of Children*.²⁰ For the 17th century I will rely on theories published by the prominent scholar from Vienna university, professor Paul de Sorbait (1624–1691), who was clearly read outside the Viennese academic milieu during that time.²¹

Although details vary slightly, the general elements given by all three authors were the same. Due to its highly contagious nature smallpox was widespread, so nearly everyone underwent an attack of the disease, thus gaining immunity in the process. This ubiquitous nature led many physicians to the belief that smallpox might not be a disease at all but rather a necessary physiological process. The roots of the condition were presumably planted even before birth, while the fetus was nourished *in utero* either by maternal blood or by milk. This nourishment purportedly contained impurities, which slowly accumulated in the child's body creating an unstable “load” with a tendency to “boil over” through the skin when the attack of smallpox was triggered.

This is why physicians discussing the pathology of smallpox in the early modern period did not see the disease exclusively in negative terms, despite its high fatality rate and other accompanying complications, such as potential disability or scars as remaining consequences.

19 Girolamo FRACASTORO, Hieronymi Fracastorii Veron[ensis] Liber I, De sympathia et antipathia rerum. De contagione, et co[n]tagiosis morbis, et eorum curatione. Libri tres (Lyon 1550), 442.

20 Girolamo MERCURIALE, De morbis puerorum tractatus locupletissimi ... (Venice 1583), 4^v–5^v (note that this volume is foliated not paginated).

21 Paul de SORBAIT, *Universa medicina practica* (Nürnberg 1672), 545–551, particularly 546. On Sorbait's reception in writings of the Czech physician Alexander A. I. Schambský (1687–1715) see Karel ČERNÝ, *Mor 1480–1730: Epidemie v lékařských traktátech raného novověku* (Prague 2014), 66, 417, 445. It is also supported by his inclusion in the list of recommended reading for students of Prague medical faculty: Jan František LÖW of Erlsfeld, *Regulae de studio medico bene inchoando* (Nürnberg 1693), 57, 61, 65, 68, 74, 75.

By undergoing the smallpox episode, the patient's body supposedly rid itself of the inherent maternal contamination. This theory of an inborn toxic "load" which was eliminated during a single critical moment later in the life fits well within the framework of historical medical theories for several reasons.

Firstly, it allowed for the bypassing of the nonexistent idea of immunity. Early modern physicians did not have a concept of bacteria and viruses in modern sense, nor indeed of the physiological immune response. Yet empirical observations suggested that some diseases (smallpox, measles) affected a single person only once. There was some discussion around this fact as commentators occasionally accepted the possibility that unfortunate individuals may suffer from smallpox twice or even three times in their life, but this was thought to be very rare. With few exceptions, most people underwent the disease only once which was interpreted as a form of purification, the removing of most if not all of the noxious substance from the body. Early modern physicians believed that these individuals could not develop smallpox again, because they no longer had this inherited maternal contaminant.

The idea of impurities removed in a single critical episode also connects with the broader context of early modern pathology. Since ancient times, medical writers have put great emphasis on the idea of critical "days" in the course of an acute illness. Each disease was supposed to follow a pattern where from the first stage it grew stronger and stronger till a pivotal point was reached, after that if the body prevailed, the illness began to wane until it disappeared and the patient recovered. The assumption that there might be such a critical moment in everybody's life, during which the impurities inherited from maternal blood are decisively eliminated, is very similar.

Finally, this theory also conceptually fitted well into the main therapeutic/preventative narrative of pre-modern medicine emphasizing the constant struggle to keep the body clean. Popular medical interventions like a special diet, bloodletting, the use of purgatives, emetics, and enemas were understood as means to achieve physical cleanliness and keep patients free from the continuous build-up of impurities.

Understanding the historical pathology of smallpox is important because it allows us to show how it was related to ideas about the infectious nature of the disease. The concept of innate contamination suggested that patients do not "catch" the disease but rather that everybody carries their own smallpox with them from birth. The question is, how does this theory square with the adoption of variolation, which is based on the introduction of infectious matter from an afflicted person to a "healthy" individual? This seems to be in stark contrast to the concept of the "innate disease" as discussed above. However, in reality both concepts could comfortably coexist. The innate impurities acquired in the prenatal period were seen as a substantive cause of the disease or, to put it differently, they were the disease *in potentia*. In order to reveal itself the disease also needed a trigger; something which "tipped the scales" so that the contamination finally boiled over in a short but dramatic process. I would argue that early modern physicians saw variolation as this kind of starting mechanism. This is well explained by Paul de Sorbait, who provided a list of phenomena with the similar ability to initiate smallpox including certain weather conditions, excessive physical activity, too much wine, hot, fatty, sweet or spoiled food, and also buttermilk.²²

22 This list of smallpox triggers is taken from SORBAIT, *Universa medicina*, see note 21, 547.

The conceptual integrity is important because it suggests that the introduction of variolation into European medical practice might have been less of a novelty than we tend to presume. An early modern physician did not have to redefine smallpox and its treatment in order to incorporate variolation into his theoretical framework, because the change boiled down to a rather small addition into the already established concept of the pathology and therapy of disease.

Variolation before Inoculation

The theories described in the previous part of my paper explain why many physicians never considered prophylactic measures against smallpox. They treated the infection as something unavoidable and focused on often dubious attempts to mitigate the course of a smallpox attack in patients by providing ointments for pustules, a suitable diet, or bloodletting. This attitude also seems to prevail in smallpox historiography, which tends to perceive the introduction of Eastern variolation to Britain as the beginning of modern smallpox prevention. One recent author went as far as calling the period before Lady Mary the “Age of Passivity”, which corresponds with the idea that the disease was a physiological rather than a pathological process and therefore everyone had to suffer their singular encounter with death.²³ Such historical narratives fail to appreciate that many early modern authors were far from passive, and some developed measures which could objectively curb the negative impact on the susceptible population. Sources also record similar attempts practiced among the general public.

These pre-1720s measures also took the form of variolation, although without surgically introducing infectious matter into cuts in patient’s skin. Instead, they were based on the belief that some epidemics of smallpox were milder than others, and it was therefore expedient to get vulnerable individuals “proactively” infected when the circumstances suggested that they might develop a milder case of the disease. What makes these two approaches interesting from the perspective of medical history is the fact that while one was “academic”, which means that it was proposed and actively advocated by physicians, the other was performed by women and treated by scholarly writers with scorn.

The first known example of an academic prevention strategy against smallpox appears in the *Fourth Book on Medical Practice*, published posthumously in 1674, by Franciscus de le Boë (1614–1672) also known as Sylvius, who suggested that at the onset of an epidemic parents should watch for the severity of the disease.²⁴ If it produces cases with a grave course, small children who had not yet suffered from smallpox should be evacuated to a place with healthier air and remain sequestered in safety until the infection disappeared or turned into a milder form. On the other hand, if the epidemic caused mild cases of smallpox with few pustules and without major facial scarification, healthy children should be put together with the sick into the

23 The term “Age of Passivity” is taken from WILLIAMS, Angel, see note 15, 28.

24 FRANCISCUS SYLVIUS, *Praxeos medicae liber quartus. De morbis infantum, et aliis quibusdam memoratu dignis affectibus* (Amsterdam 1674), 137–138. It is worth mentioning that in 1913 the Swiss historian of medicine Arnold Klebs speculated that a short passage from *Flos medicinae* written in medieval Salerno school might refer to a similar practice, but I cannot evaluate this claim. For details see Arnold C. KLEBS, *The Historic Evolution of Variolation*, in: *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 24/265 (1913), 69–83, here 70 and related footnote.

same room so that they hopefully catch this benign form of the disease. However, it is difficult to find out whether Sylvius' suggestion gained any traction among medical professionals. A few years after its publication it was cited word for word by the Swiss physician Théophile Bonet (1620–1689) in his *Mercury on the Crossroads* (1682).²⁵

At the very end of the 17th century, Prague professor Jan František Löw of Eriksfeld (1648–1725) published a treatise on smallpox, measles and other child diseases poetically titled *Medical Birth with Great Care by Leo unto the Light Delivered*, where he notes that so far only few authors discussed prevention against smallpox.²⁶ Löw explained that this silence might be the result of either the physicians' belief that prevention is not important, or the lack of interest among the general public. A few pages later we find Sylvius' idea that children should first be evacuated and then exposed to the infection if it turns out to be mild.²⁷ Although Löw did not attribute the text to Sylvius, the wording is very similar to the original and it is therefore likely that he was familiar either with Sylvius' or Bonet's passage.

Finally, at the beginning of the 18th century the recommendation was also mentioned in a medical dissertation on smallpox and measles defended by Johann Christfried Richter.²⁸ As far as I am able to ascertain, nothing is known about this author apart from the fact that he was born in the Thuringian city of Saalfeld and graduated in 1711 from the Jena university under the tutelage of Georg Wolfgang Wedel (1645–1721). Although Richter did not quote Sylvius, he used the same phrase for mild smallpox (*variola boni moris*) and acknowledged that some epidemics were indeed less severe than others. However, he disagreed with the practical application of Sylvius' suggestion. When two patients catch the same disease, Richter argued, they do not necessarily have identical symptoms; where one's suffering is short and light, the other may die. The Thuringian physician warned that exposing anyone to smallpox on purpose would be irresponsible because "there is no certitude in war and diseases".²⁹

Sylvius, Bonet, Löw, and Richter are the only sources I was able to find which in one way or another comment on the possibility of mitigating the disease by exposing children to symptomatically less severe episodes. I would like to emphasize that it would require more research in order to ascertain whether this idea took hold for the first time with Sylvius. Sorbait and Löw seem to be the only authors in Habsburg countries who wrote major monographs on smallpox.³⁰ While Sorbait did not record this prophylactic option, Löw did and it is therefore possible that the idea reached Prague and Vienna sometime between when their books were published, i.e. during the last quarter of the 17th century.

Apart from this prevention proposed by medical authors, there was also a method practiced in folk medicine called the "buying of pustules". Records in late 17th century scholarly literature provide sparse details on the subject but it was clearly also based on the assumption that children should be intentionally exposed to the disease. I believe that the earliest evidence of the custom was published in 1666 by Copenhagen professor of medicine Thomas Bartholinus

25 Theophilus BONETUS, *Mercurius compitalitius sive index medico-practicus* (Geneva 1682), 683.

26 Jan František LÖW, *Partus medicus multo labore a Leone in lucem editus seu tractatus novissimus de variolis et morbillis* (Nürnberg 1699), 107.

27 *Ibid.*, 110.

28 Johann Christfried RICHTER, *Dissertatio medica de praeservatione variolarum* (Jena 1711), 21–22.

29 *Nusquam tuta fides in bello et morbis*.

30 LÖW, *Partus*, see note 26, 110; SYLVIUS, *Praxeos medicae liber*, see note 24, 137–138.

(1616–1680) in his treatise *Ten Dissertations on Danish Domestic Medicine*.³¹ The passage reads:

“What I said about magical superstition, it thrives among common women [mulierculae], as they do not cure only with herbs but also with words, signs, or rituals of measurement.³² I cannot ignore buying of pustules [mercaturam variolarum], which many in our time perform. People believe, that those in want of smallpox, buy the pustules from someone who is currently laboring from the disease. Despite a lot of evidence for this ritual, I was unable to find a natural explanation for the custom. However, I frequently observed that those who bought certain number of pustules subsequently contracted the disease, perhaps on account of their nature being afraid of this occult medicine, because of a supernatural influence, or perhaps as a result of fixed idea of the buyer that [their body] will discharge less from the boiling matter in their bodies, so that the number of pustules will be limited. I consider this purchase among popular errors until someone wiser finds the cause.”³³

Two things in this quotation attract attention. First, Bartholinus clearly associated the buying of pustules with common, uneducated women, and while he obviously saw that the ritual resulted in contracting the disease, he found it difficult to fit it within his own medical framework. Second, Bartholinus’ reference to “boiling matter” is evidence that his concept of the pathology of the disease corresponds with what I have already explained regarding the contemporary academic perspective on the etiology of smallpox.

The gender element again became an important part in the next reference to the ritual which was published only five years later in the journal of the German Academia Leopoldina. It is, curiously, also linked to Thomas Bartholinus, because the passage in question was attached as a commentary by the editor of the journal, Wrocławian physician Heinrich Vollgnad (1634–1684) to Bartholinus’ short paper on fever caused by imagination. Vollgnad wrote that during an outbreak of smallpox, “our women” sent healthy children with little coins to the infected in order to purchase a few scabs or pustules from the sick, believing that the buyer would suffer from a shorter bout of the illness with milder symptoms.³⁴

31 Thomas BARTHOLINUS, *De medicina Danorum domestica dissertationes X. Cum ejusdem vindiciis et additamentis* (Copenhagen 1666).

32 Term “ritual of measurement” or mensurandi ceremoniae is likely a reference to a practice called “Length of Jesus Christ”, which was used in folk medicine. The practice was based on using a strip of paper, which was cut to the same length as the presumed height of Jesus’ figure. Covered with religious symbols, the strip was applied to the patient’s body in the belief that it might cure an illness. One 18th century example of such an artifact is preserved in the National Library of the Czech Republic, Dýlka Pána a Spasytele nasseho Gežjsse Krysta, Gak gest on na Swětě byl, kterážto při geho swatým Hrobě v Geruzalémě, Léta 1655 nalezená býti se prawj, shelf no. 54-K-20.991.

33 BARTHOLINUS, *De medicina*, see note 31, 422–423.

34 Thomas BARTHOLINUS, *Febris ex imaginatione*, in: *Miscellanea curiosa medico-physica Academiae naturae curiosorum sive ephemeridum medico-physicarum Germanicarum curiosarum annus secundus* (Jena 1671), 264. It is worth noting that only the first part of the text was written by Bartholin; after Bartholin’s report there is a passage titled “Scholium” with comments of Vollgnad and another author, who remains anonymous.

In order to understand Vollgnad's description we have to look at its context, because it was part of discussion concerning the gullibility of lay persons and in particular women. The paper relates several stories which describe how many patients are easily impressionable. One depicts a noblewoman who suffered from fevers, her maid suggested "in jest" that she would "buy the fever from her" for two coins and as soon as the transaction was finished the poor maid became feverish while her mistress was cured. Another noblewoman handed over her disease by issuing an official decree, which was delivered by a servant to a signpost "in the middle of the road between Copenhagen a Køge". A servant read the text to the signpost, hung the document on it and left. As soon as he had performed the ritual, the patient was reportedly healed. There are other similar anecdotes in the paper, mostly concerning women, and nothing suggests that the authors or commentators believed that the buying of pustules described by Vollgnad might actually work.

The journal returned to the topic again in 1677, this time in a short paper by doctor Simon Schultz from the Pomeranian city of Toruń.³⁵ Schultz acknowledged the tradition of the buying of pustules, but his commentary was distinctly negative. The Toruńian physician claimed that children participating in the tradition often suffered from a more severe form of illness rather than milder, adding that it had happened to his younger brother John.

Prague professor of medicine Jan František Löw of Erlsfeld, who has already been mentioned in relation to Sylvius' method, also included a description of the ritual in his book on smallpox and measles.³⁶ Löw was a member of the Academia Leopoldina and therefore was familiar with its journal, so he cited both texts about the buying of pustules from 1671 and 1677, however, Bartholinus' Danish case was not mentioned. Löw's attitude toward the ritual is unclear, as it is part of the chapter on prevention against smallpox without additional commentary. Later in the 18th century the ritual was occasionally mentioned in dissertations and other medical books, often in the context of a more modern form of variolation by engrafting.³⁷

It is worth noting that the practice might have been more widespread than central European sources suggest. The English surgeon Peter Kennedy, while writing primarily about variolation, mentioned in 1715 that "this is more confirmed by some of the country people in Italy, in the more remote parts from towns; so also in some parts of the Highlands of Scotland, where they infect their children by rubbing them with kindly pock, as they term it."³⁸ Although we lack further details, it is possible that this practice of rubbing with "kindly pock" might have been related to the buying of pustules in other parts of the continent.

35 Simon SCHULTZ, *De modo emptionis variolarum ab infectis*, in: *Miscellanea curiosa, sive ephemeridum medico-physicarum Germanicarum Academiae naturae curiosorum annus octavus* (Jena 1678), 22–23. Note that this volume was edited in the year 1677 but published in 1678.

36 Löw, *Partus*, see note 26, 109.

37 Johannes Fridericus MÜLICH, *De variolarum insitione modesta epicrisis* (Aldorf bei Nürnberg 1725), 11; Joseph LITTLE, *Tentamen medicum inaugurale, de variola* (Edinburgh 1780), 23; Joseph FRANK, *Praxeos medicae universae praecepta, ... partis primae volumen secundum continens doctrinae de morbis cutis, sectionem primam. Editio secunda* (Torino 1821), 334.

38 Peter KENNEDY, *An Essay on External Remedies. Wherein it is Considered, Whether all the Curable Distempers incident to Human Bodies, may not be cured by Outward Means* (London 1715), 156–157.

Conclusion

There are a few points I would like to make at this moment. First, the early history of smallpox prevention is more global than it was perceived to be just a few decades ago. It seems that information about the Eastern method of inoculation (engrafting) did not arrive to Europe through a single route ending in Britain, but that it was popping up in various places like Central Europe or the British colonies in America. This demonstrates the complexity of knowledge-sharing about nature in the 18th century world.

The early modern pathological perspective on smallpox is important for understanding the contemporary attitudes towards the illness. It helps us to comprehend why physicians discussed epidemic prevention only rarely, as many believed that smallpox could not be avoided. Academic medicine considered a smallpox episode to be a useful albeit dangerous period in human life, which facilitated the elimination of accumulated impurities. This complicates our understanding of the adoption of anti-smallpox measures by early modern society. What we know about the historical pathology of smallpox allows us to explain how some physicians moved from the relative passivity of the 17th century to the seemingly proactive stance after the adoption of variolation in the 1720s. Within this context, variolation would be understood as just another way to trigger the necessary cleansing process. I would suggest that contemporary medical theory was already well equipped to explain why variolation worked and therefore required a smaller “leap of faith” than we would normally presume. The concept of smallpox as an unavoidable purgation of the body also explains why most physicians limited their research to the alleviation of individual symptoms.

However, there seem to be rare examples of medical writers from the late 17th century demonstrating that they occasionally tried to mitigate the impact of epidemics with a more primitive form of variolation than the Eastern inoculation introduced in the 1720s. The writings of Sylvius, Bonet, and Löw indicate that some physicians possibly attempted to reduce the substantial risk associated with the confluent form of the disease by consciously exposing individual children to “milder” cases. Unfortunately, we do not have enough information to find out how widespread these experiments were or whether these authors actually had a chance to put their theory into practice at all.

Equally sparse is the information preserved about the ritualized buying of pustules. It was clearly widespread in regions around Wrocław and Toruń in what is now Poland, it might also have been used in Italy and on the British Isles. Contemporary reports associated the practice with folk medicine and particularly with women, and therefore it aroused suspicion among academically educated men.

Perhaps the most intriguing thing about the history of smallpox is how often the gender element shows up in various contexts. As Barnes showed in her 2012 study, the introduction of inoculations to Britain, which put Lady Mary Wortley Montagu in the spotlight, led to an interesting political and cultural dynamic in which the association of certain practices with the female world was used to weaken claims about their efficacy. Reports concerning the “buying of pustules” suggest similar tensions between supposedly “rational”, scholarly, and male narrators describing “gullible” female subjects. This corresponds with my reading of the historical pathology of smallpox, which was also traditionally understood as a kind of “stain” handed down from mother to child. In other words, women were ultimately responsible for the scourge of smallpox and their cure was not to be trusted.

Information on the Author

Doc. Mgr. Karel Černý, Ph.D., Head of the Institute for History of Medicine and Foreign Languages at First Faculty of Medicine, Charles University. U Nemocnice 4, Prague 12000, Czech Republic.

Andreas Golob

Die präventive Blatternbekämpfung im Spiegel des Wiener Zeitungswesens. Sondierungen von 1722 bis 1812

English Title

The Preventive Fight Against Smallpox as Reflected in the Viennese Press. Probes from 1722 to 1812

Summary

Over the long 18th century, the Viennese press showed a broad content-related and functional diversification. In this framework, the preventive fight against smallpox left various imprints. Besides newspaper reports, it was possible to include the communication of administrative and legislative steps, reasoning and instructive texts as well as commercial advertisements concerning inoculation and vaccination. The survey focusses on the official *Wienerisches Diarium* (founded in 1703, renamed *Wiener Zeitung* in 1780), additions come from the commercial press of the 1760s and 1780s. This wealth of information results in a many-faceted picture of the areas of theoretical knowledge or practice which influenced the public debate on both methods of immunisation and a spectre of reactions reaching from rejection on the one hand towards propaganda on the other. Not only medical theory and practice, driven by philanthropist enlightened attitude and commercial endeavour, and medical police, but also (pastoral) theology, (moral) philosophy and factual as well as emotional perceptions of non-professionals are medially reflected. In this many-voiced discourse, newspapers emerge as multi-functional channels of an integrative up-to-date public exchange which consequently brought financial gains and esteem for publishers and editors.

Keywords

Smallpox, Inoculation, Vaccination, Newspapers, Medical Police, Habsburg Monarchy, Enlightenment

Einleitung

Das Pressewesen des 18. Jahrhunderts darf nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Nachrichtenübermittlung betrachtet werden, auch wenn politische und tagesaktuelle gesellschaftliche Berichterstattung sicherlich den Großteil bestritten. Anzeigenblätter, sogenannte Intelligenzblätter, ob in politische Zeitungen integriert oder nicht, dienten zunehmend zur herrschaftlichen Kommunikation von Gesetzen, Verordnungen und Verlautbarungen, während sie für kommerzielle Anbieter die Ankündigung von Angeboten leisteten. Diese autoritativen, sozialdisziplinierenden, performativen Texte einerseits und werbende Textsorten andererseits vermischten sich schließlich mit zweckfreier oder instruktiver Wissensvermittlung.¹ Deziert und verhältnismäßig früh stand die vorerst über weite Strecken nüchterne periodische Presse zudem für eine Säkularisierung von im Allgemeinen noch sakral scheinenden *arcana imperii*,² auch wenn sie naturgemäß der Zensur und deren antiblasphemischen, antiauführerischen und antiverleumderischen Richtlinien zu genügen hatte. Das schnelllebigste periodische Medium des 18. Jahrhunderts leistete damit kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen, die in breiteren Schichten erst gegen Ende des Jahrhunderts an Momentum gewannen, Vorschub. Es entwickelten sich schließlich Medien, die in zweifacher Weise als ‚sozial‘ angesehen werden können: gesellschaftliche Entwicklungen wurden – teils mit ausgesprochenem Gestaltungswillen und niederschwellig³ für eine breite Leserschaft – begleitet, reflektiert, kritisiert; darüber hinaus bestand die Möglichkeit gesellschaftlicher Partizipation an den periodischen Medien, die von sendungsbewussten Agierenden genutzt werden konnte. Die periodische Presse ist damit nicht nur eine Facette der Kulturgeschichte, sondern liefert vielmehr Aufschlüsse über gesellschaftlich verhandelte Diskurse.⁴ Insbesondere langlebige Zeitungen bieten mannigfaltige Aufschlüsse über Wendepunkte in dynamisierender und restriktiver Hinsicht sowie über graduelle Entwicklungen.

-
- 1 Sabine DOERING-MANTEUFFEL / Josef MANČAL / Wolfgang WEBER, Hg., *Pressewesen der Aufklärung. Periodische Schriften im Alten Reich* (= *Colloquia Augustana* 15, Berlin 2001); für die medizinische Wissensvermittlung im Speziellen: Holger BÖNING, *Medizinische Volksaufklärung und Öffentlichkeit. Ein Beitrag zur Popularisierung aufklärerischen Gedankengutes und zur Entstehung einer Öffentlichkeit über Gesundheitsfragen*. Mit einer Bibliographie medizinischer Volksschriften, in: *Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur* 15/1 (1990), 1–92; vgl. auch: Andreas GOLOB, *Publizität und Kommerzialisierung von Gesundheit und Krankheit im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts. Das Beispiel der Grazer Bauernzeitung*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 9 (2010), 43–68; Thomas BROMAN, *Zwischen Staat und Konsumgesellschaft. Aufklärung und die Entwicklung des deutschen Medizinalwesens im 18. Jahrhundert*, in: Bettina Wahrig / Werner Sohn, Hg., *Zwischen Aufklärung, Policey und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850* (= *Wolfenbütteler Forschungen* 102, Wiesbaden 2003), 91–107.
 - 2 Hiezu insb.: Johannes WEBER, *Deutsche Presse im Zeitalter des Barock. Zur Vorgeschichte öffentlichen politischen Rasonnements*, in: Hans-Wolf Jäger, Hg., *„Öffentlichkeit“ im 18. Jahrhundert* (= *Das achtzehnte Jahrhundert, Supplementa* 4, Göttingen 1997), 137–149.
 - 3 Zur Verbreitung des Zeitungslesens: Martin WELKE, *Zeitung und Öffentlichkeit im 18. Jahrhundert. Betrachtungen zur Reichweite und Funktion der periodischen deutschen Tagespublizistik*, in: Elger Blühm, Hg., *Presse und Geschichte. Beiträge zur historischen Kommunikationsforschung* (München 1977), 71–99.
 - 4 Asa BRIGGS / Peter BURKE, *A Social History of the Media. From Gutenberg to the Internet* (Cambridge 2002). Vgl. aus der Perspektive der Seuchengeschichte: Martin DINGES, *Neue Wege in der Seuchengeschichte?*, in: Martin Dinges / Thomas Schlich, Hg., *Neue Wege in der Seuchengeschichte* (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte* 6, Stuttgart 1995), 7–24, hier 14–16. Vgl. auch das Konzept in: Malte THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (= *Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft* 225, Göttingen 2017), insb. 10–18.

Diese Grundzüge sollen im Folgenden auf veröffentlichte und damit öffentliche Momente der präventiven Blatternbekämpfung angewandt werden. Im Zentrum stehen dabei sowohl die zuerst gepflogene, risikoreichere Inokulation mittels ‚echter‘ Blattern (Variolation), als auch die entscheidende Innovation der Kuhpockenimpfung (Vakzination), die wesentlich leichtere Krankheitsverläufe nach sich zog und medizinapolizeilich im großen Stil instrumentalisiert werden sollte.⁵ Die Breite der Thematisierung wird durch den Einbezug aller angeführten Zeitungsinhalte erzielt. Die Hof- und Adelsberichterstattung, die Funktion in der Gesetzeskommunikation, volksaufklärerische Versatzstücke sowie Rasonnements und die Kommerzialisierung ärztlicher Leistungen kommen so ins Blickfeld. Somit können jene Felder gelehrten, herrschaftlich-administrativen und laikalen Wissens sowie Erfahrens, Wollens und Handelns sondiert werden, in denen sich die öffentliche Debatte um die Blatternimpfung bewegte, und in denen Ablehnung beziehungsweise Akzeptanz bis hin zur Impfpropaganda formuliert wurden. Während zu den genannten Interventionen bereits einerseits spezielle kommunikations- und mediengeschichtliche Studien im weiteren Sinn, etwa im Hinblick auf Liedgut und Predigten,⁶ oder im engeren Sinn, zu Flugblättern oder Foren für den professionellen und gesellschaftlichen Austausch,⁷ vorliegen, ist die Auseinandersetzung mit der allgemeinen Tages- und Wochenpresse erst jüngst ins Zentrum gestellt worden. Eine gewisse Beiläufigkeit der periodischen Presse trifft andererseits auch auf jene umfassenden Arbeiten zu, die von der Blatternbekämpfung bis ins frühe 19. Jahrhundert handeln und quasi implizit eine Vielzahl verschiedener Medien als Quellen nutzen.⁸ Es ist daher reizvoll und innovativ, grundsätzlich zu umreißen, welche Informationen sich in diesem Segment der periodischen Presse finden lassen, welche Textsorten und Darstellungsmodi Anwendung fanden und wie sich diese Sondierungen schließlich in soziopolitische, soziokulturelle und sozioökonomische Zusammenhänge einbetten lassen. Diese abschließende Einbettung kann einstweilen jedoch erst als impressionistische Formulierung von Thesen gelesen werden, die in einer tiefgehenden Befassung mit der Fragestellung aufgegriffen werden könnten.

-
- 5 Dem Verfasser ist bewusst, dass unter Prävention auch andere Maßnahmen, insbesondere die Isolation von Erkrankten fallen; derartige Vorkehrungen werden im Folgenden allerdings nur beiläufig angedeutet werden.
 - 6 Petra FEUERSTEIN-HERZ, Hg., *Gotts verhengnis und seine straffe. Zur Geschichte der Seuchen in der Frühen Neuzeit* (= Ausstellungskataloge der Herzog August Bibliothek 84, Wolfenbüttel 2005): insb. Aufsätze zu Liedern (Dieter Merzbacher) und Leichenpredigten (Marina Arnold); Michael PAMMER, *Vom Beichtzettel zum Impfzeugnis. Beamte, Ärzte, Priester und die Einführung der Vaccination*, in: *Österreich in Geschichte und Literatur* 39/1 (1995), 11–29, insb. 21–27 (zu einer Predigt).
 - 7 FEUERSTEIN-HERZ, *Gotts verhengnis*, wie Anm. 6, *Beiträge zum Buchdruck im Allgemeinen* (Petra Feuerstein-Herz) und zu Flugblättern (Michael Schilling); Marcus SONNTAG, *Pockenimpfung und Aufklärung. Die Popularisierung der Inokulation und Vakzination. Impfkampagne im 18. und frühen 19. Jahrhundert* (= *Presse und Geschichte, Neue Beiträge* 79, zugleich *Philanthropismus und populäre Aufklärung, Studien und Dokumente* 8, Bremen 2014); Heiko POLLMEIER, *Die französische Debatte über die Einführung der Blatterninokulation (1754–1774)*, unveröffentlichte phil. Dissertation (TU Braunschweig 2009); Katherine A. FOSS, *Constructing the Outbreak. Epidemics in Media and Collective Memory* (Amherst 2020), insb. 17–40 zur periodischen Presse im Boston des Jahres 1721.
 - 8 Insb.: Eberhard WOLFF, *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte* 10, Stuttgart 1998); Irma SAHMLAND, *Strategien zur Bekämpfung der Pocken um 1800. Der Beitrag Bernhard Christoph Fausts*, in: Werner Köhler / Jürgen Kiefer, Hg., *Seuchen gestern und heute* (= *Sonderschriften der Akademie Gemeinnütziger Wissenschaften zu Erfurt* 32, Erfurt 1999), 33–64; Iris RITZMANN, *Impfung*, in: Werner E. Gerabek u. a., Hg., *Enzyklopädie Medizingeschichte* (Berlin–New York 2007), 660–664 (dort auch weiterführende Literatur).

Als Beispiel soll hier das 1703 gegründete *Wienerische Diarium* beziehungsweise die ab 1780 sogenannte *Wiener Zeitung* im Mittelpunkt stehen. Ihr Status als längst dienende noch bestehende Zeitung (wenngleich in ihrer Fortführung als journalistische Leistung und als Printausgabe jenseits eines digitalen Verlautbarungsorgans jüngst ernsthaft in Frage gestellt), rechtfertigt dieses besondere Interesse. Sie beherrschte durch ihr Privileg am deutschsprachigen Nachrichten- und Anzeigenmarkt das Geschehen in der habsburgischen Metropole und ließ selbst in den 1780er Jahren, zur Zeit der sogenannten „erweiterten Preßfreiheit“, nur fremdsprachige Presseerzeugnisse und hybride Formen aus Zeitung und Zeitschrift neben sich aufkommen, die den genannten Monopolen nicht im Weg standen.⁹ Das Hauptaugenmerk wird auf drei Etappen liegen, die sich sowohl aus dem Zeitungswesen als auch aus der Chronik der Präventionsmaßnahmen ergeben. Zunächst werden die frühesten Belege aus den 1720er Jahren skizziert werden.¹⁰ Als die Reformkraft Maria Theresias (1717–1780) nach dem Siebenjährigen Krieg (1756–1763) ihre Wirkung verstärkt ausspielen konnte, zeigten sich zweitens sowohl medial als auch medizinisch Momente, die eine Dynamisierung einläuteten. Einerseits wurde das *Diarium* durch bisher von der Forschung wenig genutzte gelehrte Anhänge (1767–1769) ergänzt und verstärkte damit seinen diskursiven Charakter. Der privilegierten Hofzeitung stand zudem ein in weiterer Folge expandierendes fremdsprachiges Zeitungswesen gegenüber.¹¹ Andererseits spielte sich gerade in dieser Zeitspanne die heftige Kontroverse über die Inokulation in Frankreich ab,¹² das im Zuge des *renversement des alliances* (1755–1758) für die Habsburgermonarchie an Bedeutung gewann. Nicht zuletzt übernahm die kaiserliche Familie selbst 1768 eine Vorreiterrolle,¹³ die für starke Impulse und mediale Resonanz sorgte. Schließlich kann drittens mit dem Jahrzehnt Josephs II. eine neue Ära sowohl für das Presse- als auch für das Impfwesen angesetzt werden. Die *Wiener Zeitung* behielt zwar ihre Sonderstellung im deutschsprachigen periodischen Schrifttum, populäre Presseorgane machten die Medienlandschaft bis

-
- 9 Jüngst: Anna MADER-KRATKY / Claudia RESCH / Martin SCHEUTZ, Hg., *Das Wien[er]ische Diarium im 18. Jahrhundert. Digitale Erschließung und neue Perspektiven*, 2 Bde (Wien 2019). Über die Privilegien: Wolfgang DUCHKOWITSCH, *Absolutismus und Zeitung. Die Strategie der absolutistischen Kommunikationspolitik und ihre Wirkung auf die Wiener Zeitung 1621–1757*, unveröffentlichte phil. Dissertation (Universität Wien 1978), 157–357. Als allgemeiner Überblick: Kurt STRASSER, *Die Wiener Presse in der josephinischen Zeit* (Wien 1962). Zur Zensur von Druckerzeugnissen im umfassenden Sinn: Oskar SASHEGYI, *Zensur und Geistesfreiheit unter Joseph II. Beitrag zur Kulturgeschichte der habsburgischen Länder* (Budapest 1958).
- 10 In gelehrten periodischen Diskursmedien fanden sich bereits Mitte der 1710er Jahre erste einschlägige Belege: vgl. z. B. POLLMEIER, *Debatte*, wie Anm. 7, 48.
- 11 Französisch: DUCHKOWITSCH, *Absolutismus*, wie Anm. 9, 428–438; tschechisch: Dalibor HÝSEK, *Wiener tschechische Periodika zur Zeit der Donaumonarchie (1761–1918). Integrations- bzw. Assimilationsfunktion von Minderheitenmedien in einer multiethnischen Gesellschaft*, unveröffentlichte phil. Dissertation (Universität Wien 1998); italienisch, z. B.: Wolfgang DUCHKOWITSCH, *Der Fall des Wiener Journalisten Johann Baptist Dal Sasso 1780*, in: *Medien & Zeit* 1/1–2 (1986), 58–74; griechisch: Aikaterini KOUMARIANOY, *Die griechische vorrevolutionäre Presse. Wien–Paris (1784–1821). Ausstellung an der Österreichischen Nationalbibliothek (27. April bis 14. Mai 1995)* (Psychiko 1995); ungarisch: András DÖBÖR, Sándor Szacsavay's *Underworld Dialogues as Political Publicisms in the 1789 Year of the Enlightenment-Era Newspaper Magyar Kurir*, in: Ágnes DÖBÉK / Gábor Mészáros / Gábor Vaderna, Hg., *Media and Literature in Multilingual Hungary 1770–1820* (= *Reciti Conference Books* 3, Budapest 2019), 193–205.
- 12 POLLMEIER, *Debatte*, wie Anm. 7, 217–299.
- 13 Norman BEALE / Elaine BEALE, *Echoes of Ingen Housz. The Long Lost Story of the Genius Who Rescued the Habsburgs from Smallpox and Became the Father of Photosynthesis* (Salisbury 2011).

in die frühen 1790er Jahre jedoch zu einem mehrstimmigen Konzert mit teils divergierenden Meinungen, selbst wenn sie nur auf selektivem Nachdruck der ausländischen Presse fußten. In der niederschweligen volksaufklärerischen Wissensvermittlung, aber auch im Raisonement wurden jedenfalls neue Maßstäbe gesetzt. Im Bereich der Präventionsmaßnahmen werden parallel dazu die in Grundzügen ohnedies bekannte Gesetzgebung und die Fahrt aufnehmende öffentlich-offiziöse Impfpropaganda anzusprechen sein.¹⁴ Der medien- und kommunikationsgeschichtlich interessante sowie seuchengeschichtlich relevante legislative Schritt des Jahres 1812 markiert dabei auch die Grenze des gewählten Untersuchungszeitraums. Zudem soll in dieser letzten Phase die bisher weniger beachtete Kommerzialisierung des Impfens seit der zweiten Hälfte der 1780er Jahre in Inseraten zur Sprache kommen.¹⁵

Als Einschränkung muss angesichts der starken Fokussierung auf wenige Paradebeispiele der Tages- und Wochenpublizistik sicherlich zugegeben werden, dass es sich nur um einen Ausschnitt sowohl aus dem Pressewesen als auch aus der Geschichte des Impfens handelt. Auswärtige (gelehrte) Informationsmedien wurden zweifelsohne auch in Wien rezipiert, auch wenn sie durch höhere Druck- und Importkosten deutlich teurer zu stehen kamen und vermutlich einen engeren Wirkungskreis umschrieben. Ein vollständigerer Blick auf die Wiener periodische Presse selbst hätte zudem Zeitschriften und Kalender mit ihren spezifischen Rhythmen einzubeziehen.¹⁶ Schließlich müsste eine Auseinandersetzung mit dem Impfen im langen 18. Jahrhundert natürlich nicht-periodische Publikationen der Beteiligten und öffentliche oder nicht-öffentliche briefliche und mündliche Aushandlungsprozesse umfassen. Insgesamt kann dieser facettenreiche Überblick, der schwerpunktmäßig letztlich, vor allem auch aus arbeitsökonomischen Gründen, gut fünf Jahrzehnte genauer unter die Lupe nimmt, keineswegs eine

-
- 14 Michael PAMMER, Pocken I. Gesundheitspolitik unter Franz II./I., in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte* 78/1 (2003), 17–21; allgemein und Oberösterreich im Besonderen: PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 6; Steiermark: Johannes WIMMER, *Gesundheit, Krankheit und Tod im Zeitalter der Aufklärung. Fallstudien aus den habsburgischen Erbländern* (= Veröffentlichungen der Kommission für neuere Geschichte Österreichs 80, Wien–Köln 1991), 117–121; (das zunächst noch souveräne und zeitweilig bayerische) Salzburg: Sabine FALK / Alfred Stefan WEISS, „Hier sind die Blattern.“ Der Kampf von Staat und Kirche für die Durchsetzung der (Kinder-)Schutzpockenimpfung in Stadt und Land Salzburg (Ende des 18. Jahrhunderts bis ca. 1820), in: *Mitteilungen der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde* 131 (1991), 163–186 (zur fördernden Rolle des *Salzburger Intelligenzblatts* v. a. 171–179); (das ebenfalls kurz bayerische) Tirol: Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen.“ Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Region / Storia e regione* 14 (2005), 42–69 (mit einem appellativen Haupttitel, der aus der *Innsbrucker Zeitung* des Jahres 1807 stammt und einigen weiteren Verweisen auf die periodische Presse: 59–61); Kärnten: Sandra KUSCHNIG, *Epidemiologie und Seuchenbekämpfung im 19. Jahrhundert am Beispiel der Blattern im Herzogtum Kärnten*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 12 (2013), 193–204.
- 15 Vgl. Iris RITZMANN, *Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert* (Köln–Weimar–Wien 2008), 225–226. Für die Kommerzialisierung der Inokulation ab den späten 1750er Jahren v. a.: David VAN ZWANENBERG, *The Suttons and the Business of Inoculation*, in: *Medical History* 22 (1978), 71–82, insb. 74–80.
- 16 Auffällig z. B.: [Georg Philipp] WUCHERER, *Damenkalender auf das Jahr 1787*, in: *Wiener Zeitung* Nr. 90 (11. November 1786), 2749–2750, hier 2750; der Kalender enthielt unter den 26 Lesestücken auch eines „Ueber die Blatterneinimpfung“. Nur kursorisch wurden Buchhändlerverzeichnisse überflogen, die nach erster Sichtung nur Gedrucktes zugunsten der Inokulation beziehungsweise ab der Jahrhundertwende zur Kuhpockenimpfung bewarben. Z. B. (früh): Johann Paul KRAUS, [Buchhändlernachricht], in: *Wienerisches Diarium* Nr. 79 (3. Oktober 1764), [7].

erschöpfende Abhandlung darstellen.¹⁷ Es wird jedoch der Anspruch erhoben, Trends in der Wiener Presselandschaft mit repräsentativen Beispielen entlang eines Längsschnitts aufzuzeigen, die in weiterer Folge freilich quantitativ abgesichert werden und enger mit den (medialen) europäischen Debatten um die Blatternprävention und deren Konjunkturen korreliert werden müssten.¹⁸

Die Blatterninokulation macht erstmals von sich reden

Das *Wienerische Diarium* informierte die Leserschaft schon seit den Anfängen der Inokulation in Westeuropa regelmäßig über relevante Bestrebungen. Zwar hatte Lady Mary Wortley Montagu (1689–1762) mit ihrem Engagement keine Notiz nach sich gezogen,¹⁹ sobald die Impfung in die britische Königsfamilie Einzug gehalten hatte, setzte die Berichterstattung jedoch unverzüglich ein. Kurzberichte begründeten im Jahr 1722 somit die einschlägige Hof- und Adelsberichterstattung. Am 13. Mai 1722 erfuhr die Leserschaft des *Wienerischen Diariums*, dass „denen zwey jüngeren Prinzessinnen [Amelia Sophie, 1711–1786 und Caroline, 1713–1757] die Blattern ein[ge]setz[t]“ würden „nachdem die Prinzessin von Wallis ihre Frau Mutter [Caroline von Brandenburg-Ansbach, 1683–1737] von Ihrer Majestät dem König [Georg I., 1660–1727] bevor die Erlaubnus hierzu erhalten hatte“.²⁰ Eine Woche später hieß es, dass „[d]ie jüngst gemeldte OPERATION von Einpfropfung der Blattern [...] an den beyden jüngsten Prinzessinnen noch nicht vorgenommen“ worden sei.²¹ Ende des Monats meldete die Zeitung schließlich unvermittelt, dass „die beeden Prinzessinnen des Prinzens von Walles [Georg II., 1683–1760] [...] ganz ausser Gefahr“ seien, nachdem die Inokulation schließlich vorgenommen

-
- 17 Im Detail: *Wienerisches Diarium/Wiener Zeitung* 1715 bis 1730 (Frankreich- und Englandrubriken), 1760er (Frankreich-, England- und Inlandsrubriken; (gelehrte) Beilagen), 1780er bis 1800er Jahre (Artikel aus der Habsburgermonarchie, Geschäftsanzeigenteil des Intelligenzblatts). Zudem ANNO-Suche mit entsprechenden Stichworten, die sich aus diesen Sondierungen ergaben (Einpfropfung, (Ein-)Impfung, Blattern- bzw. Pockenimpfung, Inokulation, Inokulierung, Vaccination, Impfling, Blattern/Pocken, Milchblattern bzw. -pocken, Schutzblattern bzw. -pocken, Kinderblattern, einpfropfen, inokulieren, jeweils in sämtlichen gängigen orthographischen Varianten, auch unter Einschluss von Deklination und Konjugation – was einerseits Fehler im Original nicht mit einschließt; andererseits fand z. B. die Suche nach „Blatter[n]“ auch eine große Anzahl von Treffern für „Blätter[n]“).
- 18 Für die Internationalität des Diskurses unter Beteiligung aus der Habsburgermonarchie z. B.: Erna LESKY, Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus (= Archiv für österreichische Geschichte 122/1, Wien 1959), 142–145.
- 19 Für diese europäische Pionierin: Isobel GRUNDY, Medical Advance and Female Fame. Inoculation and its After-Effects, in: *Lumen* 13 (1994), 13–42. Für die schon frühe, aber eigentlich folgenlose Kenntnis im Südosten der Habsburgermonarchie: LESKY, Gesundheitswesen, wie Anm. 18, 141.
- 20 N.N., Londen 24. April, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 38 (13. Mai 1722), [4]. Die typographischen Besonderheiten wie Großbuchstaben, Sperrungen, Fettdruck, Antiqua-Schrift (wiedergegeben in Kapitälchen) entsprechen den Vorlagen. Diesbezüglich ist markant, dass der Begriff „Inoculation“ bzw. „Inokulation“ in den 1720er Jahren als Fremdwort in Antiqua gesetzt wurde, in den 1760er Jahren aber offensichtlich schon so eingebürgert war, dass er in gewöhnlicher deutscher Frakturschrift aufschien. Vgl. für Synonyme: Cornelia ZUMBUSCH, Darstellung des Unbekannten. Narrative und Metaphern in der Debatte um die Pockeninokulation, in: Ulrich Johannes Schneider, Hg., *Kulturen des Wissens im 18. Jahrhundert* (Berlin–New York 2008), 577–584, hier 577; für Metaphern ebd., 581–584, insb. 582, 584 (zur Interpretation als „Kommunikationsgeschehen“).
- 21 N.N., Londen 29. April 1722, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 40 (20. Mai 1722), [3].

worden war.²² Binnen einer weiteren Wochenfrist wusste die Berichterstattung zu vermelden, dass das Beispiel nach eingetretenem „gewünschte[n] SUCCEs“ Nachahmung in der Oberschicht fände.²³

Im weiteren Verlauf der 1720er Jahre enthielten Zeitungsartikel aus London und Paris nüchtern und notizenhaft bereits Versatzstücke gelehrter, medizinischer, statistischer und auch psychologischer Natur, die spätere Perspektiven präfigurieren. Die erste Bilanz der frühen britischen Bestrebungen zeigte zweierlei. Der Sekretär der *Royal Society* (James Jurin, 1684–1750) argumentierte erstens mit statistischer Evidenz gegen die Gegnerschaft des Eingriffs. Die ‚Impfmüdigkeit‘ des Jahres 1724 führte er zweitens darauf zurück, dass die Pockengefahr erheblich unter dem Niveau der Jahre 1722 und 1723 gelegen habe und kein ausreichendes „[E]ntsetze[n]“ bedingt hätte, um das Präventionsmittel zu fördern.²⁴ In Frankreich erlaubte der König im Herbst 1723 nach den ersten englischen Erfolgen Versuche mit der „INOCULATION, oder Einpfropfung deren Kinder-Blattern“ an zum Tode Verurteilten.²⁵ Allerdings wurde 1726 ein herber Rückschlag aus diesem Königreich kolportiert.²⁶ Die „DOCTOREN der [...] MEDICINISCHEN FACULTÄT“ in Paris wandten sich nämlich gegen jene „Aerzte / und MEDIC[os], welche sich für die INOCULATION [...] gerne martern liessen“. Die Befürworter „dieser edlen neuen Kunst“ setzten sich für eine weitere Praktizierung ein, um die Effizienz zu erhöhen. Die akademische Medizin trat ihren „THESES“ aber „mit starken Gründen“ entgegen, ihre Argumente wurden gar „durch die Hechel gezogen / und endlich [wurden] die Martirer dieser Einpfropfung [...] zu jedermans Gelächter ausgestellt“.²⁷

Unsicherheiten und Weichenstellung in den 1760er Jahren

Die 1760er Jahre lohnen, wie oben ausgeführt, eine genauere Befassung als die drei Jahrzehnte zuvor, weil sie sowohl im Pressewesen als auch in der Blatternimpfung Veränderung brachten.²⁸ Für die ersten Jahre des Jahrzehnts sind Blicke in die französischsprachige Wiener Zeitung gewinnbringend. Zunächst standen einem ausführlichen Artikel in dieser sogenannten *Gazette de Vienne* zufolge die Zeichen mit einer Leistungsbilanz Ambroise Hostys und Angelo Gattis

22 N.N., Londen 15. May, in: Wienerisches Diarium Nr. 43 (30. Mai 1722), [3].

23 N.N., Londen 16. May, in: Wienerisches Diarium Nr. 45 (6. Juni 1722), [2–3, hier 2]. Zu den 1720er Jahren in Großbritannien auch: POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 39–46.

24 N.N., Londen 19. Junii, in: Wienerisches Diarium Nr. 54 (7. Juli 1725), [1–2, hier 2]. Für die Nutzung statistischer Evidenz in Großbritannien ab 1724: Andrea A. RUSNOCK, *The Weight of Evidence and the Burden of Authority. Case Histories, Medical Statistics and Smallpox Inoculation*, in: Roy Porter, Hg., *Medicine in the Enlightenment* (= The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, Amsterdam–Atlanta 1995), 289–315, hier 293.

25 N.N., Paris 9. September, in: Wienerisches Diarium Nr. 77 (25. September 1723), [3].

26 N.N., Paris 1. Martii, in: Wienerisches Diarium Nr. 22 (16. März 1726), [4–5, hier 4]. Keine Aufschlüsse bei: POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7. Vgl. für das tatsächliche Fehlen einer theoretischen Erklärung der Impfung bis ins 19. Jahrhundert etwa: RUSNOCK, *Weight of Evidence*, wie Anm. 24, 306.

27 N.N., Paris 1. Martii, wie Anm. 26, [4].

28 Für den allgemeinen Aufschwung der Impfung in den 1760er Jahren nach einer Flaute seit den 1730er Jahren: Eberhard WOLFF, „Triumph! Getilget ist des Scheusals lange Wuth“. Die Pocken und der hindernisreiche Weg ihrer Verdrängung durch die Pockenschutzimpfung, in: Hans Wilderrotter, Hg., *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte* (Berlin 1995), 158–189, hier 163. Für Konjunkturen in den 1760er und 1790er Jahren: RITZMANN, *Sorgenkinder*, wie Anm. 15, 225.

(1724–1798) auf Expansion.²⁹ Zahlreiche illustre Beispiele aus Adel und Militär, die sich in Frankreich und Italien dem Eingriff unterzogen hatten, wurden aufgezählt. Zwei Jahre später kolportierte das Medium hingegen äußerst ausführlich jenen Beschluss des Pariser *Parlements*, der die Maßnahme suspendierte und die Pariser Medizinische Fakultät mit einer Untersuchung des Gegenstandes und seines Für und Wider beauftragte.³⁰ In Anbetracht des meist sechsseitigen Umfangs der *Gazette de Vienne* muss geradezu von einer Schwerpunktausgabe und Verhalten von *agenda setting* gesprochen werden. Bis das Gutachten feststand, wies das Gericht demnach an, dass die bereits Inokulierten strengste Absonderung über sechs Wochen beobachten mussten.³¹ Die unter den Gelehrten umstrittene Frage wurde von der Redaktion ausdrücklich als so wichtig erachtet, dass Omer Joly de Fleury (1715–1810) gerichtlicher Untersuchungsauftrag der Öffentlichkeit nähergebracht wurde. Der *Procureur-Général* des *Parlements* stellte – im Einklang mit Argumentationsmustern und mit teils nicht von der Hand zu weisenden Bedenken³² seiner Zeit – fest, dass die Zahl derer, die eine weitere Ausbreitung der Krankheit gerade durch die Inokulation befürchteten, wüchse. Er hoffte, dass die Untersuchung die Ängste sowohl jener, die sich Hilfe suchend der Inokulation unterzogen, als auch derer, die ihr wegen angenommener unkontrollierbarer Begleiterscheinungen nicht trauten, zerstreut werden mochten. Die Religion spiele dabei eine wichtige Rolle, gerade sie könne ihren Sanctus geben, wenn die Sachlage eine Bestätigung des allgemeinen Nutzens der Inokulation bringe.³³ Allerdings erschien sie dem Beamten auch als Demarkationslinie der Befürworter und Gegner. Nachdem er den Umfang der zu untersuchenden Fragen referiert hatte, betonte er, dass die Medizinische Fakultät nicht die Grenzen der Theologischen antasten würde, und erwartete auch, dass letztere diesen Grundsatz befolge.³⁴ Mitte des Monats wurde eine Liste der zwölf Kommissionsmitglieder veröffentlicht,³⁵ und im darauffolgenden Monat brachte die Zeitung eine Meldung aus Frankfurt, in der die Erfolglosigkeit der Inokulation einer Mademoiselle mitgeteilt wurde. Der Schluss lautete, dass die Natur „weiser“ sei als die Inokulationsärzte.³⁶ Das *Wienerische Diarium* teilte im Gegensatz dazu die Entscheidung erst indirekt mit, als es meldete, dass der Graf von Louragais in die Zitadelle von Metz verbracht worden sei, weil er die Entscheidung des

29 N.N., De Paris le 6. Juin, in: Gazette de Vienne Nr. 48 (17. Juni 1761), [2–3, hier 2]. Für die Zeitung: DUCHKOWITSCH, Absolutismus, wie Anm. 9, 428–438. Hosty, *Doctor regens* an der Medizinischen Fakultät in Paris und Leibarzt des Herzogs von Orléans, ist nur in diesen Ämtern und bibliographisch greifbar (vgl. POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 84).

30 N.N., De Paris le 17. Juin, in: Gazette de Vienne Nr. 53 (2. Juli 1763), [1–4]. Die Information über den offiziellen Vorgang im *Parlement* [1–2] stammt aus der französischen Hofzeitung: N.N., De Paris, le 17 Juin 1763, in: Gazette de France Nr. 48 (17. Juni 1763), 222. Vgl. für den Text der Anweisung: POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 175–179.

31 N.N., De Paris le 17. Juin, wie Anm. 30, [2].

32 Vgl. z. B. allg.: WOLFF, Triumph, wie Anm. 28, 163–164. Vgl. für die medizinischen Gegenargumente: Andreas-Holger MAEHLE, Conflicting Attitudes Towards Inoculation in Enlightenment Germany, in: Porter, Hg., *Medicine*, wie Anm. 24, 198–222, hier 203–205; dort (214, 222) auch Beispiele für Epidemien, die durch Inokulationen ausgelöst wurden, und (216) der Hinweis auf die Vorformung der Debatte um die Kuhpockenimpfung – vgl. geballt zu den Vorbehalten gegenüber dieser Innovation nach der von Johann Georg Krünitz (1728–1796) begründeten *Oeconomisch-technologischen Encyclopädie*: Manfred VASOLD, Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute (München 1991), 222.

33 N.N., De Paris le 17. Juin, wie Anm. 30, [3].

34 Ebd., [4].

35 N.N., De Paris, le 1. Juillet, in: Gazette de Vienne Nr. 56 (13. Juli 1763), [3].

36 N.N., De Francfort le 8. Aout, in: Gazette de Vienne Nr. 65 (13. August 1763), [4]. Vgl. POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 195–196.

Parlements im Rahmen einer Sitzung der Akademie der Wissenschaften „in derben Worten gemißbilliget“ habe und mit einer „zügellosen Freyheit“ nicht nur die verantwortliche Körperschaft, sondern auch Angehörige des Hofes und die Theologische Fakultät „angegriffen“ habe.³⁷ Der „Aufsatz“, der dieser Tirade zugrunde lag, sei nicht nur dem König gesandt worden, was noch verzeihlich gewesen wäre. Vielmehr bestünde die Verfehlung des Impfbefürworters darin, „verschiedene andere Abschriften seines Aufsatzes ins Publikum gebracht“ zu haben. Die Debatte, die hier nicht weiterverfolgt werden kann, endete erst mit dem einschneidenden Pockentod Ludwigs XV. (1710–1774) und der Impfung im französischen Königshaus.³⁸ In beiden Wiener Medien hinterließ der Auftakt der Auseinandersetzung jedenfalls wesentliche Eindrücke hinsichtlich Medialisierung und öffentlicher Kommunikation. In ihrer Quintessenz gingen diese Momentaufnahmen – sicherlich auch den offiziellen Vorgaben des Ancien Regime in Frankreich und der Habsburgermonarchie entsprechend – auf Distanz zur Inokulation. Das recht neue Nahverhältnis zwischen den Verbündeten zeitigte erhöhte Aufmerksamkeit auf die Entwicklung in Frankreich, die im Sinne der staatlichen Autoritäten gedeutet wurde und einen Rückschlag für die Impfbefürwortung bedeuten musste.

Wie nachhaltig dieser Rückschlag in der Zeitungsöffentlichkeit bis 1768, dem entscheidenden Jahr in der habsburgischen Geschichte der Blatternimpfung, nachwirkte, kann hier nicht im Detail nachvollzogen werden. Klar ist allerdings, dass im Jahr der ersten Inokulation am kaiserlichen Hof nur mehr ausschließlich apologetische und befürwortende Texte zu finden sind. Dies ist insbesondere angesichts der Skepsis in der Elite der habsburgischen Ärzteschaft beachtlich.³⁹ Bevor auf diese Beiträge eingegangen wird, muss allerdings noch auf eine außerordentliche, abwägende Pressestimme hingewiesen werden, die unterhalb der staatlichen Ebene angesiedelt war und auch eine Genderdimension aufzeigt.⁴⁰ Sie erschien bezeichnenderweise in den Anhängen des *Wienerischen Diariums*, die sich als zeitgenössisches Diskursmedium am Rand der Zeitungsberichterstattung etabliert hatten. Es handelt sich um einen Leserinnenbrief, der „an die Verfasser der engländischen Zeitung“⁴¹ adressiert worden war. Eine – vielleicht fiktive – Mutter, die als „Erbelinde“ aus Dorset zeichnete, teilte darin die Sorge für ihren einzigen geliebten Sohn mit, nachdem sie bereits ein „schönes, hoffnungsvolles Kind“ durch die Blattern verloren hatte. Während ihr Gatte verhalten für die Inokulation plädierte, und andere „Anverwandte und Freunde“ geradezu dazu „dr[ä]ng[t]en“, wurde die Briefverfasserin, auch wenn sie sich selbst weit entfernt von Fanatismus positionierte, das Gefühl nicht los, gegen göttlichen Willen zu handeln. Der Rat der Redakteure und der Korrespondenten sollte nun den Ausschlag geben. Fünf Fragen zur Ethik der Infizierung und zu Nebenwirkungen sollten beantwortet werden. So stellte die Mutter eingangs in den Raum, ob Eltern rechtmäßig eine Erkrankung

37 N.N., Paris 29. Julii, in: Wienerisches Diarium Nr. 65 (13. August 1763), [1–2, hier 1]. Vgl. POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 183–184 (eig. Louis Léon Félicité Brancas-Lauraguais, 1733–1824). Dieser Jahrgang des *Wienerischen Diariums* findet sich nicht auf ANNO, allerdings in der mikroverfilmten Version der Zeitung, eingesehen an der Steiermärkischen Landesbibliothek.

38 Vgl. POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 275–279. Vgl. für penible Zitate, mit Einschluss von Tageszeiten, aus den „Tagezetteln“ von der Einp[ro]pfung der Pocken an Sr. Majestät dem Könige, dem Monsieur, und Grafen und Gräfinn von Artois“: N.N., Marly den 30. Brachmonat, in: Wienerisches Diarium Nr. 56 (13. Juli 1774), [2–3].

39 Vgl. LESKY, Gesundheitswesen, wie Anm. 18, 142–143, 149.

40 Vgl. für diesen Aspekt akzentuiert: GRUNDY, Medical Advance, wie Anm. 19, 15, 32–34.

41 N.N., An die Verfasser der engländischen Zeitung wurde jüngsthin nachstehendes Schreiben eingesandt, in: Wienerisches Diarium Nr. 35 (1. Mai 1765), Mittwochsanhang, [1].

einleiten sollten, die vielleicht nie von selbst ausgebrochen wäre. Ein nach wie vor „oft“ vorkommender Todesfall infolge der Impfung stelle eine „zärtliche Mutter“ vor ernsthafte Gewissensfragen. Auch eine bloße Behinderung als Begleiterscheinung sei schon Anlass für moralische Bedenken. Schließlich bestünde die Gefahr, dass neben den Blattern auch andere Krankheiten durch die Impfung übertragen würden. Gottes Wille wurde zwar in die Waagschale geworfen,⁴² spielte in der Gewichtung der moralischen und medizinischen Fragen jedoch eine untergeordnete Rolle.

1768 warf die nach wie vor schwelende französische Debatte nur noch matte Schatten. Gegen die Mitte des Jahres relativierte das *Wienerische Diarium* den tragischen Fall eines Arztes in Nancy, der durch Komplikationen bei „der neuen Suttonischen und durchgehends gutgeheißenen Manier“ sein einziges Kind verloren hatte.⁴³ Drei weitere Impfungen hätten die Prozedur unter gleichen Bedingungen gut überstanden. Nach allgemeiner Meinung der Experten handele es sich also um „etwas Außerordentliches“, das nicht auf die Inokulation an sich zurückgeführt werden könne. Unumschränkt bestärkend lauteten hingegen die Nachrichten aus Großbritannien. Eine bemerkenswerte, suggestive Formulierung leitete einen Bericht zu einer Londoner Impfkampagne ein: „Nachstehende[n] für die Erhaltung des menschlichen Geschlechts wichtigen Artikel werden die meisten Leser vermuthlich gerne lesen“.⁴⁴ Einer Schätzung zufolge seien demnach seit dem letzten Quartal des vorangegangenen Jahres zehntausend Personen jeglichen Alters und Temperaments sowie beiderlei Geschlechts geimpft worden. Eine Kontroverse um das Ausmaß ärztlicher Intervention zwischen Robert Sutton (1707–1788) und Angelo Gatti (1724–1798) sei experimentell ausgetragen worden und zugunsten der nihilistischen Haltung des letztgenannten Arztes entschieden worden.⁴⁵ Eine Woche darauf ergänzte die Zeitung, dass Ambroise Hosty als Beobachter zugegen gewesen sei und die Ergebnisse nach Frankreich melden würde, um dort den Ausschlag für die Inokulation zu bewirken.⁴⁶ Des Weiteren wurden die der Reichshocharistokratie zuzurechnenden Söhne des Landgrafen von Fürstenberg und die jungen Grafen Neuperg (wohl Neipperg) herangezogen, um skeptischen Zügen in der Presse zu entgegnen: „Es verdienet also alles dasjenige, was erst kürzlich in verschiedenen öffentlichen Blättern zum Nachtheil der Einimpfung geschrieben worden, um so weniger einige Achtung, da dessen Ungrund sich von selbst genugsam äußert.“⁴⁷ Diese bestärkenden Berichte und die paratextuellen Anmerkungen der Redaktion können freilich auch indirekt als Reaktion auf Ressentiments in einer Öffentlichkeit, die auf die bereits beschlossenen Eingriffe im Kaiserhaus vorbereitet werden sollte, gelesen werden.

42 Ebd.

43 N.N., Paris, den 27. May, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 47 (11. Juni 1768), [6].

44 N.N., Vermischte Neuigkeiten, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 23 (19. März 1768), [6–7, hier 6].

45 Ebd., [6–7]. Vgl. für Sutton (und dessen Söhne): VAN ZWANENBERG, Suttons, wie Anm. 15; GAVIN WEIGHTMAN, *The Great Inoculator. The Untold Story of Daniel Sutton and His Medical Revolution* (New Haven–London 2020) – für Gatti: VERONICA MASSAI, Angelo Gatti (1724–1798). *Un medico toscano in terra di Francia* (= Studi e saggi 69, Florenz 2008).

46 N.N., Vermischte Neuigkeiten, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 25 (26. März 1768), [5–6, hier 5].

47 N.N., Frankfurt den 21. April, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 36 (4. Mai 1768), [4].

In der Inlandsberichterstattung stach ein Beitrag in den Anhängen des *Wienerischen Diarium* hervor. Anlässlich der Blatternimpfung im Wiener Waisenhaus, des Probelaufs vor der Anwendung bei Hof, wurde eine „Abhandlung“ publiziert.⁴⁸ Eingangswurden die Ursprünge der als umstritten wahrgenommenen Methode im Kaukasus verortet, von wo sie in die internationale Drehscheibe Istanbul gelangt sei. Dort wären „Griechen, Armenier, Engländer, und Franzosen“ auf die Impfung aufmerksam geworden. Klar wurde in weiterer Folge unterstrichen, dass sich das „Präservativ“ durchaus mit Gottesfürchtigkeit vereinbaren ließe.⁴⁹ Nicht zuletzt habe Gott die „Entdeckung“ erlaubt, und die Lebenserhaltung sei die wahre Pflicht des Gläubigen. Interessant ist die Erwähnung einer schwedischen Untersuchung, wonach Frauen in der Mortalitätsstatistik mehr betroffen seien; auch wenn sie mit dem Leben davonkämen, hätten sie durch unästhetische Kollateralschäden ungleich mehr zu leiden als Männer. Zitate aus der lateinischen, deskriptiven Abhandlung des Impfarztes Maximilian Locher (gest. 1768) und der Austausch dieses Protagonisten mit dem führenden Fachvertreter, dem „Archiater“ Anton von Störck (1731–1803), der die innovative Behandlung von Säuglingen dezidiert befürwortete, wurden Skeptikern entgegengehalten.⁵⁰ Die eigentliche Impfung der Erzherzöge Ferdinand (1754–1806) und Maximilian (1756–1801) sowie der Erzherzogin Maria Theresia (1762–1770, Tochter Josephs II.) am 10. September 1768 thematisierte die Hofberichterstattung erst, als die Gesundung als gesichert angesehen werden konnte, nämlich am 1. Oktober.⁵¹ Die Kompetenz des Impfarztes Jan Ingenhousz (1730–1799) als eines „berühmten holländischen Arztes[s]“ wurde unterstrichen, der Verlauf der Behandlung „bis zur vollkommenen Genesung“ am 29. September skizziert. Ihre Tage brachten die Geimpften demnach nicht bettlägerig im Siechtum zu, sondern mit Spazierfahrten oder flanierend „in den Gärten, oder in den Sälen des Schlosses Schönbrunn“. Ein *Te Deum* in Schönbrunn schloss spirituell die erfolgreiche „Unternehmung“ ab. Gleichzeitig sorgte eine mit Musik untermalte Illumination im öffentlich zugänglich gemachten Park für die Belustigung des Volks, das die Freude des Hofes, Maria Theresias und Josephs II. teilte.⁵²

Ab diesem Zeitpunkt gewann die Anwendung in der Habsburgermonarchie deutlich an Momentum, wie einige Ausblicke zeigen. Eine Nachricht aus Frauenberg in Böhmen (heute Hluboká nad Vltavou in Tschechien) demonstrierte bereits patriotische Aufklärungsattitüde.⁵⁴

48 N.N., Abhandlung von der Blattereinimpfung, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 51 (25. Juni 1768), Gelehrte Beyträge, [1–4]. Vgl. für einen lapidaren Bericht und die Ankündigung des gelehrten Beitrags: N.N., Wien den 14. May 1768, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 39 (14. Mai 1768), [7–8, hier 8], just an jenem Tag geschaltet, als Ingenhousz in Wien eintraf, vgl. BEALE / BEALE, Echoes, wie Anm. 13, 124 – dieser verantwortliche Arzt wurde allerdings vor seinem Erfolg in den Wien-Rubriken nie erwähnt. Zu Versuchen an Waisenkindern: RITZMANN, Sorgenkinder, wie Anm. 15, 270 – als philanthropische Präventionsmaßnahme in prekären Institutionen: VASOLD, Pest, wie Anm. 32, 219. Zur mäßigen Erfolgsbilanz einer Impfkation im Februar 1768: BEALE / BEALE, Echoes, wie Anm. 13, 131.

49 N.N., Abhandlung, wie Anm. 48, [2].

50 Ebd., [2–3].

51 N.N., Wien den 1. Weinm. 1768, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 79 (1. Oktober 1768), [6–8, hier 6].

52 Ebd., [7]. Vgl. (auch mit Verweis auf die Zeitung): BEALE / BEALE, Echoes, wie Anm. 13, 146–147; zur Eminenz der Zeitung auch: LESKY, Gesundheitswesen, wie Anm. 18, 149.

53 N.N., Wien den 1. Weinm. 1768, wie Anm. 51, [7].

54 N.N., Auszug eines Schreibens aus Frauenberg, in Böhmeim, vom 28. Jänner, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 9 (1. Februar 1769), [5–6, hier 5].

Der Gegnerschaft wurde das Verharren im „dunkeln Vorurtheil“ unterstellt. Die „ruhmvolle [...] Menschenliebe“ des Fürsten Joseph I. von Schwarzenberg (1722–1782) und dessen „Großmuth gegen seine Unterthanen“ hätten hingegen die Präventionsmaßnahme erlaubt. Er hatte die Behandlungskosten übernommen und seinen Leibarzt Caspar Frank durch Ingenhousz persönlich unterweisen lassen. Der „Fleiß“ des Arztes und „göttliche Gnade“ hielten sich dabei in widrigen Umständen die Waage.⁵⁵ Für die „wahren Patrioten“ sei somit ein leuchtendes „Beyspiel“ gegeben, wie „eine große Anzahl Bürger in der Zukunft wird erhalten werden können, die im Entstehungsfalle ein so fürchterliches Uebel uns früher entrissen hätte.“⁵⁶ Aus Preßburg (Bratislava) wurden äußerst detaillierte Fallstudien von „vier armen Kindern, dreyen Mägdchen nämlich, und einem Knaben, von 4 bis 9 Jahren“ kolportiert. Symptome und Diätetik wurden genau beschrieben.⁵⁷ Dem Brief eines „unbekannten Zeitungsliebhaber[s]“ von der Kroatischen Militärgrenze zufolge bezog sich schließlich der „Pestphysicus“ (!) Leonhard Sprenger unmittelbar und äußerst zeitnah auf „[d]ie von der Einimpfung der Kinderpocken mehrmal vortheilhaft gelautes Wienerzeitungen“ und nahm eine fünfstündige Anreise auf sich, „um von einem natürlich blatternden Kinde das Eyter in einem reinen leinwathenen Lappen zu holen“.⁵⁸ Als Versuchspersonen dienten Sprengers drei Söhne. Zudem ließ ein Offizier die Impfung an seinen Söhnen und an seiner einjährigen Tochter durchführen.⁵⁹

Entfesselung mit Misttönen

Konjunkturen der Gesetzgebung

In den 1780er Jahren wurde die *Wiener Zeitung* zur Kronzeugin der obrigkeitlichen Impfbestrebungen. Die wesentliche Stärke des Mediums neben der Hofberichterstattung konnte bestens ausgespielt werden, nämlich die Veröffentlichung von Gesetzestexten sowie Verlautbarungen des Hofes und des Niederösterreichischen Guberniums. Neben den (allgemeinen oder sanitäts-polizeilichen) Archivbeständen können die veröffentlichten Gesetzestexte auch im Fall der Blatternvorbeugung einen Nachvollzug des geltenden Rechts – und auch der zu ahndenden und nicht verschwinden wollenden Missachtung – erlauben.⁶⁰ Lediglich ein dichtes, sowohl medien- sowie kommunikationsgeschichtlich als auch präventionsgeschichtlich prominentes

55 Ebd., [6].

56 Ebd.

57 N.N., Preßburg den 15. Heumonath, in: *Wienerisches Diarium* Nr. 57 (19. Juli 1769), Mittwochsanhang, [1–2].

58 N.N., Aus Gospich [Gospić] in der Licca [Lika], in: *Wienerisches Diarium* Nr. 105 (31. Dezember 1768), [6].

59 Ebd.

60 Vgl. Jürgen SCHLUMBOHM, Gesetze, die nicht durchgesetzt werden – ein Strukturmerkmal des frühneuzeitlichen Staates?, in: *Geschichte und Gesellschaft* 23 (1997), 647–663. Zur Auswertung der Akten und Gesetzessammlungen für die ersten beiden Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts: PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 6, 11–19. Ob die der Wissensvermittlung an das medizinische Personal dienenden und durchaus kritischen Aussendungen (vgl. ebd., 14) ebenfalls ins Intelligenzblatt Eingang fanden, wäre noch im Detail zu untersuchen.

Beispiel soll diese Fülle andeuten. Im Jahr 1812 ließ ein Rundschreiben die staatlichen Maßnahmen zur Begünstigung der Vakzination Revue passieren.⁶¹ Eingangs wurde der Bezug zum Zirkular vom 26. März 1802 hergestellt, das erstmals, nach erfolgreicher Erprobung am Allgemeinen Krankenhaus in Wien, die damals neue Methode offiziell empfahl und jene Vorkehrungen beschrieb, die von der Landesstelle ergriffen wurden, um die Impfung in Stadt und Land ins Werk setzen zu können. Auch das Hofkanzleidekret vom 12. Juli 1803, in dem der Kaiser sich hinter die Impfbestrebungen stellte, wurde zitiert. Des Weiteren erinnerte das Gubernium an die kaiserliche Verordnung vom 30. Juni 1804, die einen „Aufruf an die Eltern“, die Beteiligung der Geistlichkeit an der Impfpropaganda und die Bevorzugung fleißiger Impfpärzte bei der Stellenvergabe im öffentlichen Gesundheitswesen enthielt. Den letzteren war auch die danach erwähnte Verordnung vom 26. Juni 1806 gewidmet, die vorsah, dass die drei Jahresbesten mit Prämien in der Höhe von 200, 150 beziehungsweise 100 Gulden belohnt werden sollten. Trotz dieser Bemühungen seien „die gewünschten Fortschritte“ jedoch „noch nicht“ eingetreten, zumal die Eltern die Wirkung der Impfung bezweifelten oder sie für sämtliche Krankheiten, die in weiterer Folge auftraten, verantwortlich machten. Durch genaue Beobachtung könne jedoch mittlerweile jeglicher ‚Kollateralschaden‘ ausgeschlossen werden, sodass mit Hofkanzleidekret vom 24. März letztlich drakonische Anordnungen zugunsten der Kuhpockenimpfung erlassen wurden, in denen Medialität und Kommunikation wesentliche Rollen zukamen. Drastisch wurde darin festgesetzt, dass Kinder, die an natürlichen Blattern verstorben waren, nach der Einsegnung durch den Priester ohne dessen und „der Verwandten oder Freunde [...] Begleitung [...] bestatten werden“ mussten. Den Haushaltsvorständen und dem medizinischen Personal wurde die Meldepflicht von Blatternerkrankungen eingeschärft, die dazu führen sollte, dass auf jedem betroffenen Haus eine „Tafel“ angebracht werden musste, „auf welcher sehr leserlich geschrieben seyn muß: Hier sind bey N. N. die Blattern“.⁶² Eine groß angelegte Impfkampagne auf staatliche Kosten wurde für Mai angekündigt, in deren Zuge auch die Impfverweigerungen erfasst werden sollten. Jährlich würde dieses Prozedere wiederholt werden. Zusätzlich wurde zur öffentlichen Abschreckung verordnet, dass mit Beginn der Impfkampagne auch alle jene „Eltern und Vormünder“ ausgeforscht werden würden, die ein ungeimpftes Kind durch die natürlichen Blattern verloren hätten oder deren nicht vakziniertes Kind durch die Krankheit „verkruppelt“ worden war. Sie würden „mit Namen, Stand und Wohnung, in der Zeitung der Provinz bekannt gemacht, als vom Vorurtheil geblendete Menschen, welche ihre Angehörigen lieber in der schmerzvollen Krankheit der Blattern zu Grunde gehen, oder verkruppeln lassen, als sie mittels eines so leichten und sichern, von Gott und der Staatsverwaltung, ihnen angebotenen Mittels der Kuhpockenimpfung am Leben erhalten wollen.“⁶³ Die Pfarrer im ländlichen Raum wurden schließlich verpflichtet, in jedem Quartal die Blatternopfer „mit Nahmen und Stand“ publik zu machen und eine Predigt auf diesen Gegenstand zu

61 Franz Graf v. SAURAU / Augustin REICHMANN v. HOCHKIRCHEN / Karl EDLER v. WERNER, *Circulare von der k. k. Landesregierung im Erzherzogthume Oesterreich unter der Enns. Allerhöchste Verordnung zur Beförderung der Schutzpockenimpfung*, in: *Wiener Zeitung* Nr. 28 (4. April 1812), 113–114, hier 113. Vgl. PAMMER, *Beichtzettel*, wie Anm. 6, 15–17. In der Besprechung dieses Wendepunkts wurde bis dato naturgemäß auf diesen ‚Vorspann‘ verzichtet.

62 SAURAU / REICHMANN v. HOCHKIRCHEN / EDLER v. WERNER, *Circulare*, wie Anm. 61, 113–114. Laut Pammer oftmals zu früh wieder abgenommen: PAMMER, *Beichtzettel*, wie Anm. 6, 16.

63 SAURAU / REICHMANN v. HOCHKIRCHEN / EDLER v. WERNER, *Circulare*, wie Anm. 61, 114.

halten; insbesondere hätten sie darauf hinzuweisen, dass die verantwortlichen Erziehungsberechtigten „vor Gott über den Tod der“ Verstorbenen Rechenschaft abzulegen hätten, wenn sie die Impfung verweigert hätten.⁶⁴

Die Impfung hoch!

Diesem so einschneidenden Schritt waren freilich zahlreiche positive Berichte vorausgegangen, die größtenteils den beteiligten Institutionen sowie dem Aktenlauf der Sanitätsbehörden und der ihnen zuarbeitenden Stellen, seltener privaten Initiativen zuzurechnen sind. Bei diesen Beispielen kommt der Selektion für eine Veröffentlichung im Gegensatz zur Publizierung von Gesetzestexten eine wesentliche Rolle zu. Viel mehr als in der eigentlichen politischen Berichterstattung zeichnen sich in diesem Feld auch regelrechte Kampagnen ab. Als medialer Auftakt der Josephinischen Impfpropaganda mag ein Festakt an der Medizinisch-Chirurgischen Akademie im Jahr 1781 angesehen werden: „Montags den 18. dies, feyerte die hiesige medicinisch-praktische Lehrschule ein neues Fest, das vielleicht eben so gut verdiente in unsern Kalendern zu stehen, als manches andere, das Pfröpfungsfest“.⁶⁵ Musik und ein Festgottesdienst rahmten die Solennität, und die emotionalen Wogen schwellen auf das höchste an: „Es war ein rührender Anblick, wie der zärtliche Vater den kleinen Liebling, als seyn nun gesichertes Eigenthum [!] dankend an sein Herz drückte, und Thränen der Freude weinte.“⁶⁶ Die „Eingepfropften“ selbst hätten den Vorgang eher als „ein anhaltende[s] Fest“ denn als „Krankheit“ wahrgenommen,⁶⁷ wie unter vollkommener Ausblendung des Leidens unter der schwerwiegenden Behandlung behauptet wurde. Es wurde zudem Wert darauf gelegt, dass das Prozedere „öffentlich“ und „geheimnißlos vorgieng“.⁶⁸ Das allgemeine Krankenhaus wies ab 1787⁶⁹ jedes Jahr seine Erfolgsbilanz aus und unterstrich sie regelmäßig ebenfalls durch pathetische Worte. 1796 wurde im Hinblick auf die Medienwirksamkeit eingangs ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „durch diese Zeitungsblätter“ das „gesammte Publikum“ erreicht werden sollte.⁷⁰ Sowohl das Angebot als auch der „Erfolg“ würden dadurch „allgemein bekannt“. Zudem wurde auf die öffentlichen „täglichen Sterberegister“ als Argument verwiesen. Die Verbreitung der Impfung in den habsburgischen Erbländern wurde ebenfalls würdigend vermeldet. Eine Allianz von Impfinden, Priestern und Grundherrschaften setzte sich mit „Wetteifer“ für die Verbreitung ein. Kosten für die Publikation der Resultate oder von Predigten sowie für die Verteilung medialer Propagandamittel wurden übernommen. Den Eltern wurde ins Gewissen geredet, die Kinder

64 Ebd.

65 N.N., Wien, den 27. Brachmon., in: Wiener Zeitung Nr. 51 (27. Juni 1781), [5–7, hier 5].

66 Ebd., [6].

67 Ebd.

68 Ebd.

69 Über das eingerichtete „Gebäude“ auf dem Areal: [Joseph von] QUARIN, Nachricht, in: Wiener Zeitung Nr. 30 (14. April 1787), 870. Vgl. LESKY, Gesundheitswesen, wie Anm. 18, 151 – vor der Einrichtung dieser Impfanstalt wurde 1780 ein regelmäßiger Impfkurs institutionalisiert, vgl. ebd., 153.

70 ALLGEMEINES KRANKENHAUS WIEN, Nachricht, in: Wiener Zeitung Nr. 91 (12. November 1796), 3243.

wurden beschenkt.⁷¹ Strukturell ähnliche und ausführliche Berichte liefen in dieser Hinsicht aus Steiermark, Mähren, Galizien, von der Militärgrenze oder aus Dalmatien ein und können schon in die Zeit vor der Vakzination zurückverfolgt werden.⁷²

Im Gegensatz zu diesen best-practice Beispielen fand sich auch ein beachtenswerter Bericht, in dem – ebenfalls mit Klarnamen und ergo ohne Schonung der Personen –⁷³ auf Verfehlungen hingewiesen wurde. Gerüchten über die Gefährlichkeit oder Unwirksamkeit der Impfung wurde damit energisch entgegengetreten.⁷⁴ Wie das Böhmisches Gubernium mitteilte, sei im Kreis Elbogen (Loket) ein „Gerücht“ über die letale Ansteckung von mit Kuhpocken geimpften Kindern mit „Menschenblattern“ entstanden. Der Kreisphysiker Fuhrmann (gest. 1825) konnte in seinen peniblen Nachforschungen jedoch jeden einzelnen verdächtigen Fall aufklären, wie versichert wurde. In der Herrschaft Wildenstein (Vildštejn) hatte der Wundarzt Wenzel Lorenz einen Kunstfehler an Dorothea Kunz, der Tochter des Färbermeisters Adam Kunz, begangen, indem er ihr „die falschen Kuhpocken“ eingeimpft hatte. Des Fehlers bewusst geworden, hatte der Impfer in Aussicht gestellt, erneut eine Impfung durchzuführen, starb jedoch kurz nach diesem Versprechen. Da der Vater die Angelegenheit nicht weiterverfolgte, konnte das Verhängnis seinen Lauf nehmen, und das Kind fiel letztlich einer Blatternepidemie zum Opfer.⁷⁵ Die Erkrankung des zwei Jahre zuvor vakzinierten vierjährigen Sohnes eines Bauern namens Niklas Kohl in Schlada (Slatina) konnte der Untersuchungsbeamte als Verwechslung mit „sogenannten Spitzpocken“, auch „falsche Menschenblattern“ genannt, entlarven.⁷⁶ In Haslau (Hazlov) ließ sich der Arzt Johann Kunst „auf nachdrückliches Verlangen, und vielfältiges Bitten der Wolf Biedermannischen Eheleute“ hinreißen, ein bereits an den natürlichen Blattern erkranktes Kind zu vakzinieren. Das Kind zeigte daraufhin Symptome sowohl der Menschen- als auch der Kuhpocken und kam glücklicherweise mit dem Leben davon.⁷⁷ Somit sei der Sache der Kuhpockenimpfung dem Untersuchungsbeauftragten und der Landesstelle zufolge Gerechtigkeit widerfahren.⁷⁸

71 Umfassend z. B.: N.N., Wien, in: Wiener Zeitung Nr. 34 (28. April 1804), 1617–1621, hier 1618–1619.

72 N.N., Wien, in: Wiener Zeitung Nr. 27 (4. April 1787), [2–3] (mit Verweis auf des Grazer Pioniers Vater, der Ende der 1760er Jahre zu den ersten Impfarzten in Wien gehört hatte); N.N., Wien, in: Wiener Zeitung Nr. 100 (15. Dezember 1798), 3773–3776, hier 3775; N.N., Schutzpocken Impfungs-Anzeige, in: Wiener Zeitung Nr. 40 (19. Mai 1802), 1842; N.N., Wien, in: Wiener Zeitung Nr. 71 (5. September 1804), 3591–3592, hier 3592: medial eindrucksvoll über die Übersetzung einer Broschüre ins Illyrische (Kroatische) und Walachische (Rumänische) in Hermannstadt (Sibiu) in einer Auflage von 25.000 Stück, veranlasst vom orthodoxen Metropolitan Stephan Strati-mirović (1757–1836); N.N., [A]us Ragusa [Dubrovnik] vom 30. Junius, in: Wiener Zeitung Nr. 59 (24. Juli 1805), 3428 (NB.: „Bey den Dalmatinern und Türken [!] macht diese Entdeckung glückliche Fortschritte.“). Vgl. auch oben, Fußnoten 54, 57, 58.

73 Alle Namen wurden, wie in der Zeitung zeitweise üblich, durch Fettdruck hervorgehoben und stachen dadurch umso mehr hervor.

74 N.N., Wien, in: Wiener Zeitung Nr. 79 (2. Oktober 1805), 4553–4554, hier 4554. Vgl. zur Bedeutung von Gerüchten konzeptuell: DINGES, Neue Wege, wie Anm. 4, 15. Für Kunstfehler in der Anwendung als Grundlage für Widerstände in der Bevölkerung: UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 14, 63–65.

75 N.N., Wien, wie Anm. 74, 4554.

76 Ebd.

77 Ebd.

78 Ebd.

Konkurrenz um Kundschaft

Im Hintergrund der staatlichen Maßnahmen sind die kommerziellen impfärztlichen Angebote auffallend. Sie richteten sich an eine Klientel, die sich nach dem Beispiel der sozioökonomischen Elite dieser Methode bedienen wollte. Allerdings verfügten diese Interessierten einerseits über weniger finanzielle Mittel und konnten daher nicht nach Gutdünken die bestmögliche Betreuung in Anspruch nehmen.⁷⁹ Andererseits wollten sie jedoch offensichtlich auch nicht auf kostenlose Angebote zurückgreifen. Ein regelrechter Markt kam jedenfalls, soweit dies aus den Anzeigen rekonstruiert werden kann, mit der Institutionalisierung der Impfung 1787 in Schwung. Einige Beispiele aus den Anzeigenblättern sollen durch ausführliche Referate und Zitate Einblicke in diese Kommerzialisierung des Impfens in der Endphase der Variation und in der Anfangszeit der Vakzination gewähren. Daraus wird die Verquickung von entgeltlichen ärztlichen Leistungen, kostspieliger Infrastruktur im Umfeld und philanthropisch-patriotischer Attitüde ersichtlich werden.

Der Mediziner Anton Fröhlich (1760–1846) kann als einer der längst dienenden Akteure den Anfang machen.⁸⁰ Dieser Anbieter führte das Vorbild der Elite ausdrücklich ins Feld und mutmaßte in aufgeklärt-philanthropischer Manier, dass nach dem Ende des ersten Koalitionskriegs (1797) das „innere Glück“ zu einem Aufschwung der Gesundheitsfürsorge führen würde. Er unterstrich die Wichtigkeit ärztlicher Aufsicht und versprach eine eigene „Abhandlung“ über den Gegenstand. Zwei Jahre zuvor hatte er sich konkreter zu finanziellen Aspekten geäußert.⁸¹ Im betreffenden Inserat war von einer zehnjährigen Praxis die Rede, die er in „verschiedenen Gärten“ ausgeübt hätte. 1795 waren nun bereits mehrere Eltern an ihn herangetreten, um durch die Impfung ihrer Kinder in jeweils eigenen Räumlichkeiten eine Kostenreduktion und mehr „Bequemlichkeit“ zu erwirken. Daher rechnete es sich für ihn, eigens einen „Garten zu miethen“, in dem noch Kapazitäten frei seien. Dass der Immobilienmarkt auf derartige Bedürfnisse vorbereitet war, zeigt eine Anzeige aus dem Jahr 1798, die auch das gediegene Ambiente erahnen lässt:

„Auf der Wieden am Ende der Heugasse dem oberen Belvedere gegenüber ist in dem Haus Nr. 69 eine Wohnung von 17 groß und kleinen Zimmern, sammt 3 Küchen, Holzgewölber und Keller, dann 2 Stallungen und einer gesperrten Wagenstellung, sammt einen grossen Obstgarten [...] zu verlassen. Diese Wohnung empfiehlt sich zu einem sommerlichen Aufenthalt vorzüglich durch ihre gute Lage, die gewiß in der schönsten Aussicht und gestündesten Gegend ist; daher sie vorzüglich zu Blatterneinimpfung, worzu sie schon öfter gedienet hat, geeignet ist. [...] Zu dem kann diese Wohnung nach ihrer bequemen Abtheilung von 3 Partheien abgesondert [!] gebraucht werden, weil hiezu 2 Eingänge, und 1 Aufgang dienen.“⁸²

79 Zur Kostenfrage kurz: WOLFF, *Triumph*, wie Anm. 28, 164. Zur Sättigung des Angebots in Wien Ende des 18. Jahrhunderts: LESKY, *Gesundheitswesen*, wie Anm. 18, 153.

80 J. Anton FRÖHLICH, *Blattern-Einimpfungs-Nachricht*, in: *Wiener Zeitung* Nr. 36 (6. Mai 1797), 1307–1308.

81 J. Anton FRÖHLICH, *Blattern-Einimpfung*, in: *Wiener Zeitung* Nr. 19 (7. März 1795), 639. Vgl. zur Anmietung von Gärten ohne nähere Details: LESKY, *Gesundheitswesen*, wie Anm. 18, 153.

82 N.N., *Wohnung sammt Garten in Bestand zu verlassen*, in: *Wiener Zeitung* Nr. 25 (28. März 1798), 901–902, hier 901.

Kurz nach der Jahrhundertwende wurde dieses, anscheinend adaptierte, Haus „mit 2 separirten Gärten“ bereits spezifisch genutzt:

„Man kann da grosse und kleine Wohnungen, auch besonders abgetheilte verschlossene Gärten, auch einzelne Zimmer mit einer Küche, bloß für die Zeit der Inokulation, in Bestand [1155] nehmen. Alles ist so meublirt, daß man nur die Kinderwäsche mitzunehmen braucht. Für die Unterhaltung der Kinder ist mit verschiedenen Spielen gesorgt. Kinder, welche durch unwillkürliche Ansteckung die Blattern bekommen, und die man nicht zu Hause behalten will, können da sogleich, und zwar abgeondert, untergebracht werden.“⁸³

Ärzte des individuellen Vertrauens wären willkommen, es könne aber auch der Dienst des „geschickten Hausarzt[es]“ in Anspruch genommen werden. „Unermüdete, erfahrene und verlässliche Krankenwärterinnen“ seien „auf Bestellung“ ebenso verfügbar. Als Richtpreis für ein Zimmer mit Küche galt ein Gulden pro Tag. Die beste Infrastruktur bot schließlich der ebenfalls zu den Pionieren zählende Mediziner Michael Raphael von Gellei, seines Zeichens „Director der Landkur“ in Lainz.⁸⁴ Er versprach für sechs Dukaten „Wohlfeilheit der Kösten“.⁸⁵ Sein Konzept verband die Inokulation mit der Einnahme von „Molken“, die „fast spezifisch“ als Ergänzung propagiert wurden.⁸⁶ Zudem diene „die offenfrey Landluft“ als Empfehlung, und ein individuelles, „san[f]te[s]“ Eingehen auf die Patient*innen verhindere, dass „die [...] lahmkranken zum Laufen und Tanzen, die Schlagsüchtigen zum Wachen, die krankmürrischweinenden zum Lustigseyn und Lachen mit redu[n]tantem Zwange genöthiget, und Fieber und Erschöpfung erreget“ würden. „[G]edeckte Federkalesen“, also besonders bequeme, erschütterungsarme und witterungsgeschützte Kutschen, stünden für Ausfahrten dieser „zarten Blatterngäste“ zur Verfügung.⁸⁷ Auch die Erziehungsberechtigten seien schließlich eingeladen, die „ländliche Aufheiterung mit[zu]geniessen“. Ihnen wurde ins Gewissen geredet, dass es das „erste Naturgesetz“ sei, „die Kinder von einer bösen, tausende aufreibende[n] Blatternkrankheit, und ihren Folgen [...] sorgfältig verwahren zu müssen“. Die Inanspruchnahme der Leistungen käme demnach einer Gewissenserleichterung gleich.⁸⁸

Zwei weitere Annoncen sind von Interesse, weil sie die mediale und kommunikative Komponente ansprachen. Der Mediziner Anton August Castellitz (1765–1825) nahm um die Jahrhundertwende die Impfung im Starhembergschen Gartengebäude vor.⁸⁹ Er lamentierte noch mehr als seine Konkurrenten im Hinblick auf die Totenlisten, die auch den Zeitungen zu entnehmen waren: „Wir haben leider! sehr oft mit Empörung und Entsetzen, die Sterbe-Register

83 N.N., Blattern-Inokulations-Anstalt, in: Wiener Zeitung Nr. 27 (4. April 1801), 1154–1155.

84 Bereits „fünf Sommer“ in Betrieb laut: [Michael Raphael] v. GELLEI, Molken-Pockenimpfung und Landkuranstalt für verschiedene hartnäckige Krankheiten, in: Wiener Zeitung Nr. 33 (23. April 1794), 1222–1223, hier 1222.

85 [Michael Raphael] v. GELLEI, Pockenimpfung zu Lainz, in: Wiener Zeitung Nr. 42 (25. Mai 1793), 1539. Vor allem entfielen hohe Wiener Mieten als Kostentreiber, vgl.: V. GELLEI, Molken-Pockenimpfung, wie Anm. 84, 1223.

86 V. GELLEI, Pockenimpfung, wie Anm. 85; vgl.: Michael Raphael von GELLEI, Abriß einer Molken- und Landkuranstalt für verschiedene hartnäckige Krankheiten (Wien [1790]), 41–42.

87 V. GELLEI, Pockenimpfung, wie Anm. 85.

88 Ebd.

89 Anton August CASTELLITZ, Blattern-Inoculations-Anzeige, in: Wiener Zeitung Nr. 27 (4. April 1801), 1155.

so vieler Tausenden gelesen, die das traurige Opfer des sträflichen Eigensinns, der Sorglosigkeit, und manch unglücklicher Vorurtheile geworden, deren gewiß noch die meisten, durch eine vernünftige Einimpfungs-Behandlung, sich ihres Daseyns freuen dürften.“⁹⁰ Der „Doctor der Chirurgie“ Johann Puchsbaum argumentierte ebenfalls mit der Evidenz der „Todtenlisten“ und zudem mit der öffentlichen Wahrnehmbarkeit von „vielen von dieser Krankheit entstalteten und verstümmelten Menschen“.⁹¹

Abschließend gebührt einem Akteur Aufmerksamkeit, der sowohl gratis impfte als auch kommerziell tätig war und eine außergewöhnliche Idee hatte, um das Impfen zu propagieren. Der Mediziner und Geburtshelfer Anton Braun (1755–1839) war nach seiner eigenen Aussage unter den ersten, die sich mit der Vakzination beschäftigten.⁹² 1805 blickte er bereits auf eine sechsjährige Praxis zurück. Diese fiel auch im öffentlichen Stadtbild auf, prangte am Haus doch „eine Tafel mit der Aufschrift: HIER WERDEN KINDER MIT SCHUTZ- POCKEN- MATERIE GEIMPFET“.⁹³ Während die kostenlose Impfung an bestimmte Zeiten geknüpft war, konnten zahlende Interessierte jederzeit vorstellig werden. Nivellierend versicherte der Impfarzt hinsichtlich seines Arbeitsethos hingegen, dass er „noch kein Kind, das von ihm geimpfet worden ist, es hat arm oder reich seyn mögen, nach der Einimpfung unbesucht gelassen“ habe.⁹⁴ Krankheitshalber müsse er sich fortan jedoch darauf beschränken, Geimpfte zu sich zu bitten, statt sie zu visitieren, und er drang darauf, dies gewissenhaft in Anspruch zu nehmen.⁹⁵ Als Anreiz für Impfungen gab Braun 1807 letztendlich folgendes Versprechen:

„Diesem [der Verbreitung] zu steuern, werde ich zur Freude und Angedenken jedem Kind, das ich vom 1. März bis letzten October dieses Jahrs mit Schutz-Pocken impfe, mit dem Zeugniß [...] eine Numer geben, welche ich immer vom 1. bis 30. austheilen werde, und so viele Impflinge sodann die Numer haben, die in der ersten Wiener Lotterie-Ziehung im November dieses Jahrs auf den ersten Zug herausgehoben wird, erhalten von mir ein schönes neues silbernes Eßbesteck.“⁹⁶

Als Preis für die zahlende Kundschaft sah er in dieser Anzeige „einige Gulden“ als gerechtfertigt an.⁹⁷

90 Ebd.

91 Johann PUCHSBAUM, Blattern-Einimpfungs-Nachricht, in: Wiener Zeitung Nr. 36 (6. Mai 1797), 1307.

92 Anton BRAUN, Schutz- oder Kuhpocken-Nachricht, in: Wiener Zeitung Nr. 48 (22. Juni 1805), 2904–2905, hier 2904. Zur Einführung der Kuhpockenimpfung in Wien durch Pascal Joseph von Ferro (1753–1809), Luigi Careno (1766–1810) und Jean de Carro (1770–1857): LESKY, Gesundheitswesen, wie Anm. 18, 154.

93 BRAUN, Schutz- oder Kuhpocken-Nachricht, wie Anm. 92, 2904.

94 Ebd.

95 Ebd., 2905.

96 Anton BRAUN, Schutz-Pocken-Nachricht, in: Wiener Zeitung Nr. 17 (28. Februar 1807), 867.

97 Ebd. Die genannten mehr oder weniger genauen Beträge in den Anzeigen sind aufgrund der Inflation infolge Krieg und schwieriger Finanzlage schwer zu vergleichen, dürften sich aber an der Zahlungskraft der Mittelschicht orientiert haben.

Kritische Versatzstücke

Zwei Fallbeispiele aus der Mitte der 1780er Jahre sollen schließlich Perspektiven aufzeigen, die in der offiziellen *Wiener Zeitung* keinen Platz fanden, denen aber in der Zeit der „erweiterten Preßfreiheit“ doch Duldung im Pressewesen gewährt wurde. Es handelt sich dabei zunächst um ein kurzes Raisonement, das aus den Fakten eine weitergehende Deutung ableitete, sodann um eine Erscheinung der Volksaufklärung, die wohl durchaus als radikal bezeichnet werden kann, prangerte sie doch Plutokratie und Oligarchie innerhalb der ärztlichen Zunft lautstark an.

Das *Wienerblättchen* nahm sich „neue[r] Vorurtheile und Furcht gegen die Einimpfung der Blattern“ an, als der Tod von geimpften englischen und französischen königlichen Sprossen in den Medien kursierte.⁹⁸ Diesen Fällen wurde die überragende und „politisch“ relevante statistische Erfolgsquote gegenübergestellt. Konkret fand auch der Erfolg Moritz Gerhard Thilenius' (1745–1808) Erwähnung, der den ältesten Sohn des Erbprinzen von Hessen-Darmstadt inokuliert hatte. Doch selbst bei der positiven Auswirkung auf die „Volksmenge“ ergaben sich noch Einwände, wie freimütig eingestanden wurde. Skeptiker meinten, dass die Impfung auf Dauer gesehen schwächend und lebensverkürzend wirke.⁹⁹ Dieser Kritik wurde nicht propagandistisch entgegengetreten, vielmehr wurde nüchtern konstatiert: „Gegenbeispiele, um diesen Vorwurf wiederlegen zu können, haben wir noch nicht; sondern die Sache muß erst durch eine genaue unpartheyische Beobachtung, die in einem ganzen Lande oder in mehreren fortgesetzt wird, in helles Licht gestellt, und alle Zweifel gehoben werden, wozu aber wenigstens ein Vierteljahrhundert erfordert wird.“¹⁰⁰

Die *Provinzialnachrichten* verhalfen einem *Inokulations-Katechismus für das Landvolk* aus der Feder des Arztes Johann Melchior Aepli (1744–1813) zu Publizität in der Kaiserstadt.¹⁰¹ Die „entdeckten Geheimnisse der Impfärzte“ sollten dem Vorwort zufolge Eltern, Ammen und der Bauernschaft preisgegeben werden. „[O]hne Doktor und Feldscherer, ja ohne alle Kosten“ könne die Verabreichung erfolgen. Es wurde eingestanden, dass „viel [...] über die Einpfropfung geschrieben, gelesen, und geschwätzt worden“ sei, mit dem Resultat, dass die „Dummheit und die Vorurtheile“ in der ländlichen Gesellschaft überwögen.¹⁰² Der Widerstand außerhalb der Akteure des Gesundheitswesens wurde apodiktisch abgewiegelt. Auch der „Eigennutz der Pfropfärzte“ wurde offen angesprochen. Den Müttern wurde als Gegenpol zu dieser Medikalisierung besonderes Gewicht zugemessen.¹⁰³ In den Fortsetzungen wurde der Text des Katechismus abgedruckt. Die „Nachahmung der Natur“ stand als Leitprinzip am Anfang des

98 N.N., Frankfurt, in: *Das Wienerblättchen* (13. Februar 1784), 136–138, hier 136–137.

99 Ebd., 137–138.

100 Ebd., 138.

101 N.N., VI. Medic. Art. *Inokulations-Katechismus für das Landvolk*. Von Dr. Aepli in Diessenhofen, in: *Provinzialnachrichten aus den Kaiserl. Königl. Staaten* Nr. 27 (3. April 1784), 421–422. Zu Aepli: E. Moser, Dr. med. Johann Melchior Aepli aus Dießenhofen, ein thurgauischer Landarzt aus dem Ausgang des 18. Jahrhunderts, in: *Gesnerus* 3/4 (1946), 174–192 und 4/1 (1947), 43–59, zur Inokulation nur am Rande: 192.

102 N.N., *Inokulations-Katechismus*, wie Anm. 101, 421.

103 Ebd., 422. Vgl. für den Vorwurf der Bereicherung beiläufig: MAEHLE, *Attitudes*, wie Anm. 32, 205. Zur Medikalisierung und zum im doppelten Wortsinn chauvinistischen Angriff gegen Frauen und außereuropäische Praktiken in der frühen englischen Inokulationsdebatte: RUSNOCK, *Weight of Evidence*, wie Anm. 24, 291.

Frage-Antwort-Reigens.¹⁰⁴ Danach wurde die natürliche Ansteckung der Einpfropfung gegenübergestellt und der letzteren der Vorzug gegeben.¹⁰⁵ Zur Verbreitung sollten aufgeklärte uneigennützigte Ärzte, Priester, Lehrer sowie Hebammen im Besonderen und die Dorfborgkeit im Allgemeinen beitragen. Eine historische Notiz, die der ungenannten Lady Wortley Montagu Gerechtigkeit widerfahren ließ, leitete zu Varianten der Prozedur über.¹⁰⁶ Vollmundig führte der Katechismus entlarvende Erscheinungen der „gekünstelten Methode“ vor:

„Sie [profitgierige Impfärzte] machten 1.) weitläufige Vorbereitung zur Einpfropfung, theils mit der Diät, theils mit angreifenden Arzneyen, und theils mit Aderlassen mit Klystieren, warmen Bädern u. s. w. und legten diesen Künsteleyen einen hohen Wert bey.

2.) Sie machten darauf bey diesen Vorbereiteten mit eigenen oft kostbaren Instrumenten Einschnitte auf beyde Arme, legten Fäden, die mit Blatterneiter getränkt waren, darein, verbanden sie mit Pflastern, Salben und Binden, und erregten dadurch Geschwüre, die sie lange fließend unterhielten, und sie täglich ein paarmal verbinden mußten.

3) Die ausgebrochene Krankheit selbst behandelten sie bald mit geheimen, bald mit bekannten Arzneyen, mit Blutreinigungen, Klystieren, und einem warmen oder kalten Verhalten, und zuletzt gaben sie noch laxirende Arzneyen, und unterhielten auf diese Art die gesündesten Kinder, die keines Arztes noch Arzney vonnöthen gehabt hätten, oft sechs und zwölf Wochen lang.“¹⁰⁷

Derartige Kunstgriffe wurden schließlich Punkt für Punkt abgelehnt, denn ein gesunder Mensch werde durch sie geradezu geschwächt.¹⁰⁸ Die präzise Beschreibung des einfachen Vorgehens kann hier größtenteils übergangen werden.¹⁰⁹ Beachtung verdient nur noch der Kontrast zwischen der ursprünglichen, „allernatürlichste[n]“ Einfachheit der „menschenfreundliche[n]“ Praxis der „Frauenzimmer und Mütter“ einerseits und dem Verfahren akkreditierter Heiler andererseits, deren komplizierte Aneignung zwangsläufig „die Kinder in Furcht und Schrecken setze“.¹¹⁰ Detaillierte Angaben zu Ablauf und Pflege der ausgelösten Krankheit beschlossen die Instruktion.¹¹¹

104 N.N., VIII. Medic. Art. Fortsetzung des Artikels von dem Inokulationskatechismus für das Landvolk, in: Provinzialnachrichten aus den Kaiserl. Königl. Staaten Nr. 28 (7. April 1784), 441–443.

105 Ebd., 441–442.

106 Ebd., 442–443: „Eine Frau machte die heilsame Einpfropfung in unserm Welttheile bekannt.“

107 Ebd., 443.

108 N.N., VII. Medic. Art. Fortsetzung des Artikels von dem Inokulationskatechismus für das Landvolk, in: Provinzialnachrichten aus den Kaiserl. Königl. Staaten Nr. 29 (10. April 1784), 457–460, hier 457–459. Übrigens stand explizit, einer Fußnote zufolge, Angelo Gatti Pate, vgl. ebd., 459.

109 Ebd., 459–460 und N.N., VI. Medic. Art. Fortsetzung des Artikels von dem Inokulationskatechismus für das Landvolk, in: Provinzialnachrichten aus den Kaiserl. Königl. Staaten Nr. 30 (14. April 1784), 472–475, hier 472–473.

110 N.N., Fortsetzung Nr. 29, wie Anm. 108, 459–460.

111 N.N., Fortsetzung Nr. 30, wie Anm. 109, 473. N.N., IX. Medic. Art. Beschluß des Artikels von dem Inokulationskatechismus für das Landvolk, in: Provinzialnachrichten aus den Kaiserl. Königl. Staaten Nr. 31 (17. April 1784), 491–493.

Resümee

In allen Sparten der periodischen Tages- und Wochenpresse konnte über das 18. Jahrhundert hinweg Resonanz der präventiven Blatternbekämpfung ausgemacht werden. Den größten Umfang im Rahmen der eigentlichen, politischen Zeitung nahm die Hofberichterstattung ein, die auch für die frühesten Belege verantwortlich zeichnete. Die habsburgische Gesetzgebung spiegelte sich in den offiziösen Intelligenzblättern wider, in denen am Ende des 18. Jahrhunderts auch einschlägige kommerzielle Annoncen platziert wurden. Zudem bot das Pressewesen auf dem höheren Entwicklungsstand der zweiten Jahrhunderthälfte argumentative und instruktive Texte. Konzeptuelle und praktische medizinische Aspekte, legislative Schritte und Grenzen, quantitative Methoden, protopsychologische Ansätze, dogmatische und pastorale Positionen der Theologie, ethische Bedenken und ökonomische Bedingungen werden als verwobene Felder und in unterschiedlicher Gewichtung in tendenziell knappen und verdichteten Textsorten der Zeitungsberichterstattung und der Werbung, teils auch der Gesetzgebung, oder in einem längeren Rasonnement, einem Traktat, einem Leserinnenbrief, einem volksaufklärerischen Katechismus greifbar.

Positive, abwägende und negative Standpunkte gegenüber der Variolation standen bis in die 1760er Jahre nebeneinander. Behandlungsabläufe und Erfolge, seltener Misserfolge, wurden öffentlich verhandelt. Die medizinische Fachsprache wurde dabei einerseits in einer gelehrten Abhandlung präsentiert oder in Nachrichten adaptiert. Gegen Ende dieses entscheidenden Jahrzehnts verstärkten sich mit der Weichenstellung am Wiener Hof die Belege für die Engführung der Blatternbekämpfung mit Aufklärung, Staatswohl, Staatsbürgertum und Patriotismus.¹¹² Gerüchten über die Gefährlichkeit oder Unwirksamkeit der Blatterneinimpfung und später der Kuhpockenimpfung wurde vehement bis apodiktisch entgegengetreten. In diesem Zusammenhang wäre in weiterer Folge interessant, wie das Eingeständnis, dass eine einmalige Vakzination für eine dauerhafte Immunität nicht hinreichte, kommuniziert wurde.¹¹³ Vereinzelt Abweichungen von der offiziellen Linie wandten sich schließlich nicht prinzipiell gegen die Impfung, stellten allerdings einen Kontrast zur überzeichnenden Impfpropaganda und zur Medikalisierung dar.

Die soziopolitische Dimension ist folglich sicherlich die prägnanteste und nachhaltigste. Die politisch höchst relevante Gesellschaftsberichterstattung über Herrschende und die höchsten (weltlichen) Stände zeigt die Anwendung von Impfungen zugunsten der Erhaltung von Dynastien, von staatlicher Stabilität und Herrschaftsansprüchen, zugunsten einer personifizierten absolutistischen und ständischen Staatsgesundheit im Sinne des *l'état, c'est moi* beziehungsweise eines korporativen *l'état, ce sont nous*. Eher Fortsetzung und Adaption als grundlegenden Wandel bedeutete auf diesem Fundament das Staatswohl des aufgeklärten Absolutismus.¹¹⁴ Die Adressierung der Väter, der Vormunde und nicht selten ausdrücklich der Mütter eröffnet die Sicht auf Genderaspekte in der intendierten Einflussnahme auf die erweiterte Elite, deren

112 Übergänge, ca. vom Pariser Impfverbot und in den 1770er Jahren, müssten noch genau analysiert werden.

113 Für frühe fachliche Skepsis z. B.: MAEHLE, Attitudes, wie Anm. 32, 215.

114 Vgl. für Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufseiten staatlicher Akteure in unterschiedlichen Regimen: THIESSEN, Gesellschaft, wie Anm. 4; strukturell auch: DINGES, Neue Wege, wie Anm. 4, 13.

familiärer Fortbestand¹¹⁵ und Leistung für den Staat ebenfalls betont wurden. Ein Blick auf diese in den Medien adressierten und (re)präsentierten Protagonisten deutet auf ein pflichtbewusstes Bürgertum als mehr oder weniger wörtlich zu nehmende Staatsdienerschaft hin,¹¹⁶ die, vor dem Hintergrund der habsburgischen Strömungen, als ‚josephinisch‘ apostrophiert werden könnte. Das Lager der Impfbefürwortung wurde dadurch vor allem im urbanen Raum breiter. Dieses Substrat verband sich mit ländlichen Katalysatoren aus den Reihen der Grundherren und der aufgeklärten Priesterschaft. Der Stellenwert der Religion verschob sich zugunsten einer Säkularisierung und der Inanspruchnahme der beamteten Priesterschaft zur Durchsetzung staatlicher und volksaufklärerischer Ziele. Die Durchführung der praktischen präventiven Maßnahmen blieb, abgesehen vom bemerkenswerten Abdruck der Meinung des Renegaten Aepli, ganz im Einflussbereich der Ärzteschaft verhaftet.¹¹⁷ Gerade die *dissenting opinion* war es, die *ex negativo* den Prestigegewinn der Ärzteschaft, sowohl im Gefüge der medizinischen Polizei als auch im Zuge der Medikalisierung des Individuums, aufzeigte und anprangerte.

Die obrigkeitliche, soziokulturelle, synästhetische Inszenierung des Impfvorgangs schlug sich in der Einbettung in religiöse Rituale und säkulare Feierlichkeiten nieder, die jegliche Mühsale der durchgemachten Krankheit, insbesondere infolge der Inokulation, ausblendeten. Relativierten religiösen ‚Vorurteilen‘ standen profane Argumentationslinien zur Seite, die medizinisch und moralisch formuliert wurden.¹¹⁸ Die Intervention selbst kann wohl nicht ausschließlich als kulturelle zivilisatorische Leistung der medizinischen Kunst perspektiviert werden. Die Betonung der Natur äußerte sich nicht nur im volksaufklärerischen Beispiel, sondern signifikant auch in der Durchführung kostspieliger Impfungen in den Annehmlichkeiten der (freilich komfortabel erschlossenen) Natur und im Verzicht auf nicht unbedingt notwendige medizinische Hilfsmittel. Insofern wurde hier auch die Diskrepanz der Aufklärung zwischen Voltaire (einem glühenden Inokulationsbefürworter) und verhaltenen rousseauistischen Bedenken offenkundig.¹¹⁹ Die emotionale Komponente ging zum einen in Richtung kultivierter kollektiver Gefühle, wie die patriotische Emphase zeigte, oder manifestierte sich zum anderen in intimerer elterlicher Liebe.

Die propagandistische Vereinfachung traf auch auf jenen öffentlichen Handelsplatz zu, der sich zwischen den Bestrebungen regierender und herrschaftlicher Häuser einerseits und den breitenwirksamen Maßnahmen im Kranken- und Armenwesen andererseits entwickelte. Die Argumente der Ärzteschaft, die um Kundschaft in der Mittelschicht buhlte und ihr Vorrecht in der Praxis unterstrich, bewegten sich emotional, sozioökonomisch und soziopolitisch im gleichen Rahmen. Die sozioökonomische Dimension und die ideale Infrastruktur einer Impfung

115 Vgl. für das Überwiegen von männlichem Nachwuchs unter den Inokulierten: MAEHLE, Attitudes, wie Anm. 32, 206.

116 Vgl. die (unkommentierte) hohe Beteiligung von (preußischen) Beamten im auswertbaren Datenmaterial zu den deutschen Ländern: MAEHLE, Attitudes, wie Anm. 32, 207.

117 Anders z. B. in der Frühphase der Vakzination in Salzburg: FALK / WEISS, Hier sind die Blättern, wie Anm. 14, 173 (impfende Priester).

118 Vgl. zum eminenten Status säkularer, v. a. medizinischer, „rationaler“ Bedenken und zur letztendlich entscheidenden Risikenabwägung: MAEHLE, Attitudes, wie Anm. 32, 203–205. Für die Spaltung auch innerhalb von Priesterschaft, Lehrerschaft, Beamtenschaft, Ärzteschaft: UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 14, 59–60. (Vgl. für Familien, zumindest literarisch, das Beispiel des Leserinnenbriefs oben.)

119 Vgl. z. B.: POLLMEIER, Debatte, wie Anm. 7, 78 – zum Antipoden Rousseau: ebd., 122–123. Für den basaler gedeuteten Gegensatz von Kunst und Natur: MAEHLE, Attitudes, wie Anm. 32, 200, 203.

traten in diesen Beispielen eindrucksvoll zu Tage. Harte Konkurrenz konnte auf dem Wiener Markt allerdings nicht ausgemacht werden, Angebot und indirekt repräsentierte Nachfrage hielten einander anscheinend die Waage. Anzeichen wie gegenseitige Angriffe oder Preiskämpfe sind, zumindest in den Medien, jedenfalls nicht evident. Im Vergleich zu einer Hochphase der Inokulation, die Van Zwanenberg mit nicht weniger als 23 (!) werbenden Akteuren in den ersten vier Monaten des *Ipswich Journal* von 1767 dokumentierte,¹²⁰ nahmen sich die Verhältnisse in der Metropole der Habsburgermonarchie auch äußerst bescheiden aus.

Die teils ausdrücklich thematisierte Zeitungsoffentlichkeit zeigt schließlich, wie Medien von verschiedenen Handelnden genutzt wurden. Staatliche Akteure benutzten die *Wiener Zeitung* (und nachgeordnete Provinzzeitungen) als Propagandamittel, als Generator von Transparenz und als Instrument der Sozialisierung. Dazu gehörte auch die öffentliche Zurschaustellung der Gesundheit und Krankheit von Herrschenden und in weiterer Folge der Untertanen. Die Nennung von Ärzten, denen Kunstfehler angelastet wurden, und die Veröffentlichung von Klarnamen der Patient*innen und deren Familien eröffnen einen besonderen Blick auf den Umgang mit personenbezogener Information.¹²¹ Ärzte nutzten das Zeitungswesen zur Selbstdarstellung und für Werbung in eigener Sache. Die Öffentlichkeit wurde gesucht, geschaffen und gebraucht, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Den Medienmachern, in der Regel den Verlegern, floss durch die Thematisierung von Variolation und Schutzpockenimpfung sowie durch die Verbreitung von Information im weitesten Sinn Einfluss zu, zudem auch Einnahmen durch Inseratenkundschaft. Paratextuelle Anmerkungen lassen erahnen, dass Redakteure die Kontroverse am Puls der Zeit erkannten und ihr, sicherlich auch eigennützig zugunsten des Interesses an ihren Presseorganen, Publizität verschafften. Das Publikum trat am wenigsten und hauptsächlich indirekt in Erscheinung. Positionen der öffentlichen Diskussion spiegeln sich in den Medien aber zweifellos wider. Die propagandistische und werbende mediale Darstellung der Impfung mag mit den Emotionen der Geimpften und ihrer Erziehungsverantwortlichen am engsten in Einklang gestanden haben, wenn Zweifel und Angst vor dem Eingriff und Erleichterung danach thematisiert wurden.¹²² Verharmlosende Darstellungen der herbeigeführten Symptome, insbesondere im Zuge einer Inokulation, dürften hingegen den größtmöglichen Kontrast zu persönlichen Wahrnehmungen und zur Alltagserfahrung im Umgang mit Pocken gebildet haben,¹²³ die im kommunikativen und kulturellen Gedächtnis verankert waren. Schließlich waren die unscheinbaren Sterbelisten vielleicht am ehesten so etwas wie nüchterne gedruckte Reminiszenzen realer Pockengefahr.

120 VAN ZWANENBERG, Suttons, wie Anm. 15, 78.

121 Zur willkommenen Verwischung personenbezogener Informationen in der Statistik hingegen: RUSNOCK, Weight of Evidence, wie Anm. 24, 295.

122 Vgl. für das Dilemma zwischen Masse und Individuum: ebd., 301, 306.

123 Vgl. hierzu: Ragnhild MÜNCH, Hg., Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Begleitbuch zur Ausstellung (Berlin 1994).

Informationen zum Autor

Mag. Dr. phil. Andreas Golob ist Archivar am Universitätsarchiv der Universität Graz. 2017 bis 2020 leitete er am Institut für Geschichte der Universität Graz, Fachbereich Frühe Neuzeit, das FWF-Projekt Nr. P 29979 „Participatory Journalism in Michael Hermann Ambros’ Periodical Media. Communicating Politics, Education, Entertainment, and Commerce in Central Europe at the End of the 18th Century“, in dessen Rahmen dieser Beitrag entstand.
E-mail: an.golob@uni-graz.at

Maren C. Biederbick

Medaillen als Mittel der Impfpopularisierung*

English Title

Medals as an Instrument of Vaccination Popularisation

Summary

When in 1798, Edward Jenner propagated vaccination with variolous material from cows, critics spread the fear of beastly consequences for the patients. However, smallpox (*Variola*) itself was far more dangerous, being the cause of 40 percent of infant mortality. This is why emperors as Catherine the Great already many decades before Jenner's research endorsed inoculated variolation. To encourage others, she and various European sovereigns had the image of anti-pox-prophylaxis minted to the reverse side of medals. By using this medium they followed a common tradition of communication set by the emperors of antiquity. The new medals were spread to honour doctors and to reward families. Based on the numismatic collection of the German Museum for the History of Medicine in Ingolstadt, this contribution discusses the characteristics of the *pestilentia in nummis* and how it changed from inoculation to vaccination, from commemorative pest-medal to patient's reward coin, from the mid-18th century to the 19th century.

Keywords

Pestilentia in nummis, Inoculation, Variolation, Vaccination, Smallpox, Europe, Modernity, Public campaigns, Catherine the Great, Napoleon, Frederick William III of Prussia, Maria Theresa, Edward Jenner.

* Dem Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt (DMMI) und seinem Förderverein danke ich für die ideelle (und finanzielle) Unterstützung.

Einleitung

Im Jahr 1807 war das Königreich Bayern der erste Staat, der eine Pocken-Impfpflicht einführte.¹ Die Pocken, oder auch „Blattern“ genannt, waren eine gefürchtete Volkskrankheit, die tödlich verlaufen oder schwere Entstellungen, Blindheit oder geistige Behinderung zur Folge haben konnte. Vom 16. bis zum 18. Jahrhundert hatten die Pocken die Bevölkerung insgesamt mehr dezimiert als die Pest, Cholera oder Kriege.² Unter Kindern war die Letalität besonders hoch, 40 Prozent der Todesfälle war durch die Pocken verursacht.³ Wer die Krankheit einmal überstand, war indes immun. Um die Mortalität zu senken, wurde daher die Ansteckung mit milden Erkrankungsfällen versucht. Dies konnte per Handschlag geschehen, indem man Leichterkranken die Hand drückte.⁴ Darin lag aber auch die Gefahr, dass die Krankheit dadurch noch mehr verbreitet werden könnte.⁵ Als etwas sicherer erwies sich das Inokulieren des *Orthopoxvirus variola*: das heißt, der Erreger der echten Pocken wurde aus der Pustel eines nur schwach daran erkrankten Menschen direkt unter die Haut der noch nicht immunisierten Person eingeritzt. Hier hing das Risiko von dem Geschick des Arztes ab, nicht zu tief zu ritzen und die richtige Menge an Eiter aufzutragen.⁶ Zusätzlich pflanzten hochgestellte Personen genügend Ruhezeit vor und nach dem Eingriff ein, um die Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung an den Impfpocken zu verringern.⁷ Die Technik der Variolation erlangte erstmals in Europa breiteres öffentliches Interesse, als 1722 zwei Töchter von Georg II. (1683–1760), dem späteren König von Großbritannien und Irland, auf diese Weise von Charles Maitland (1668–1748) geimpft wurden.⁸ Stark gemacht dafür hatte sich die seit 1721 aus Konstantinopel zurückgekehrte Ehefrau eines englischen Botschafters, deren Sohn am Osmanischen Hof und Tochter in England zuvor durch den gleichen Arzt inokuliert worden waren.⁹ Vor der offiziellen Genehmigung durch den amtierenden König mussten allerdings Versuche an Sträflingen und Waisenkindern durchgeführt werden.¹⁰ Ähnlich verhielt es sich knapp 80 Jahre später mit der Vakzination. Sie basierte auf der Infizierung mit den Kuhpocken, dem *Orthopoxvirus bovis*. Das heißt, auch hier war der wirksame Schutz der Kuhpocken schon vorher bekannt und zum Beispiel die Schönheit der im Unterschied zu vielen anderen Menschen pockennarbenfreien

-
- 1 Walter ROGGENKAMP, Pocken- und Impfmedaillen, in: Sonderdruck „Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen“ 66/17 (1969), 1–6, hier 4–5; Marcus SONNTAG, Pockenimpfung und Aufklärung. Die Popularisierung der Inokulation und Vakzination. Impfkampagne im 18. und frühen 19. Jahrhundert (= Presse und Geschichte – Neue Beiträge 79 / = Philanthropismus und populäre Aufklärung. Studien und Dokumente 8, Bremen 2014), 193.
 - 2 Ludwig PFEIFFER / Karl RULAND, Pestilentia in nummis. Geschichte der großen Volkskrankheiten in numismatischen Dokumenten (Tübingen 1882), 127.
 - 3 Mary DOBSON, Seuchen, die die Welt veränderten. Von Cholera bis SARS (Hamburg 2009), 130.
 - 4 ROGGENKAMP, Pockenmedaillen, wie Anm. 1, 1–2.
 - 5 Bärbel-Jutta HESS, Seuchengesetzgebung in den Deutschen Staaten und im Kaiserreich vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis zum Reichsseuchengesetz 1900 (Heidelberg 2009), 92.
 - 6 Peter SKÖLD, Die Bekämpfung der Pocken in Stockholm. Maßnahmen und Ergebnisse, in: Jörg Vögele / Wolfgang Woelk, Hg., Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert) (= Schriften zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 62, Berlin 2000), 399–422, hier 404.
 - 7 PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 128.
 - 8 Darren R. FLOWER, Bioinformatics for Vaccinology (Chichester 2008), 18.
 - 9 ROGGENKAMP, Pockenmedaillen, wie Anm. 1, 2.
 - 10 DOBSON, Seuchen, wie Anm. 3, 132–133.

Milchmädchen in den Künsten glorifiziert.¹¹ Anerkennung fand eine Impfung mit humanisierter Kuhpockenlymphe, also dem *Orthopoxvirus vaccinia*, welche einem mit Kuhpocken infizierten Menschen entnommen wurde, wiederum erst 1798 nach mehreren wissenschaftlich dokumentierten Menschenversuchen und deren Veröffentlichung durch Edward Jenner (1749–1823).¹² Er empfahl, die weniger gefährliche Vakzination der Inokulation vorzuziehen.¹³ In der Folge engagierten sich einige Menschen im Gesundheitswesen, um gezielt geeigneten Impfstoff zu erzeugen und zu verteilen.

In Bayern wurde zu diesem Zweck zehn Jahre nach der Impfpflicht ein allgemeiner Impfarzt in der neu gegründeten Zentralimpfanstalt in München angestellt.¹⁴ Anfang des 20. Jahrhunderts war Alfred Groth (1876–1971) mit diesen Aufgaben betraut. Er legte in dieser Zeit eine Sammlung von 42 Gedenkmedaillen und -marken an. Sie umfasst die verschiedenen Aspekte der *Variola in nummis*: Erinnerungsmedaillen an hochgestellte Personen, die an den Pocken verstarben; Jubelmedaillen von hochgestellten Personen, die die Inokulation überstanden; Ehrenmedaillen an internationale Ärzte im Kampf gegen die Pocken; Prämienmedaillen verschiedener Staaten an Personen im Gesundheitswesen, die sich für die Vakzination ihrer Mitmenschen besonders verdient gemacht hatten und Impfmarken als Belohnung für Familien, die ihre Kinder mit Kuhpockenlymphe impfen ließen und sie freiwillig als „Abimpflinge“ zur Verfügung stellten, damit von dem Lymphstamm aus dem Arm ihres Kindes andere Kinder geimpft werden konnten.¹⁵ Denn auch damals gab es unterschiedliche Vorbehalte gegenüber Impfungen. Medaillen indes waren seit der Frühen Neuzeit beliebte Sammelobjekte oder je nach Häufigkeit und Materialgehalt geschätzte Wertgegenstände. Selbst die kleinen Blechmarken in hoher Auflage hatten ihren Reiz als volksnahes Medium, weil es nicht nur durch einige wenige Hände ging, sondern auch ärmeren Menschen zu Gesicht kam. Sie wurden daher nach dem Vorbild antiker Münzen als beständiger Kommunikationsträger bildlicher und verbaler Botschaften von internationaler Reichweite genutzt. Wie „metallene Spiegel“ bilden diese Prägungen die verschiedenen Bereiche ab und können auch eine wichtige materielle Quelle für die Medizingeschichte darstellen.¹⁶

11 ROGGENKAMP, Pockenmedaillen, wie Anm. 1, 3; FLOWER, Bioinformatics, wie Anm. 8, 22.

12 Hans R. GELDERBLUM, Die Ausrottung der Pocken, in: Spektrum der Wissenschaft 6 (1996), 36–43; FLOWER, Bioinformatics, wie Anm. 8, 22–23.

13 FLOWER, Bioinformatics, wie Anm. 8, 23; DOBSON, Seuchen, wie Anm. 3, 134–135.

14 Ab 1874 oblagen diesem auch die Beobachtung von Impfschäden und die wissenschaftliche Untersuchung von Seuchen. Richard BAUER, Handbuch der bayerischen Ämter, Gemeinden und Gerichte 1799–1980 (München 1983), 75–76.

15 WEBER-OLDECOCK, Das „Vaccinations-Buch“ der Friederike Klünder 1805–1832 (= Die Gelben Hefte. Immunobiologische Informationen 14, Frankfurt 1974), 175–178, hier 177.

16 Vgl. Eduard HOLZMAIR, Katalog der Sammlung Dr. Josef Brettauer *Medicina in nummis* (Wien 1937), X–XI. Die Numismatik war als beständiges Kommunikationsmedium mit großer Verbreitung schon seit der Antike beliebt. Mit der Renaissance blühte die nach diesem Vorbild neu geschaffene Porträtmedaille für mehrere Jahrhunderte auf. Zudem wurden sie als mnemotechnisches Instrument sehr geschätzt. Der Arzt Joachim Camerarius (1534–1598) entwarf daher eine große Menge an Medaillenmotiven, damit sie zu besonderen Anlässen an Schüler vergeben werden konnten. Joachim CAMERARIUS, *Symbola et emblemata. Centuria I–III* (= *Naturalis Historia Bibliae. Schriften zur biblischen Naturkunde des 16.–18. Jahrhunderts* 2,1, Graz 1986).

Im Barock kamen viele Medaillen hinzu, die Ärzten zum Dank hergestellt wurden. Vor allem in Krisenzeiten wurden Medaillen zum Stillstand von Epidemien angefertigt. Nicolaus HEUTGER, *Medicina in nummis. Sammeln – eine Leidenschaft für Vielbeschäftigte*, in: *Refugium. Hauszeitschrift Dr. Rentschler & Co.* 73/2 (1973), 21–24, hier 21 und 23. Zur *Pestilentia in nummis* werden auch die Impfmédailles und -marken hinzugerechnet. PFEIFFER / RULAND, *Pestilentia*, wie Anm. 2.

Die besondere Sammlung aus der Bayerischen Landesimpfanstalt wurde deshalb Ende des 20. Jahrhunderts dem Deutschen Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt übergeben.¹⁷

Da numismatische Objekte populär sowohl im Sinne der Verbreitung als auch der Beliebtheit waren und noch immer jährlich neue Gedenkmünzen mit unterschiedlichen Motiven auch als Wertanlage auf den Markt kommen, stellen sie eine interessante Quelle dar. Als Träger kleiner Bilder und knapper Texte können ihre Kompositionen aus Vorder- und Rückseite von den Besonderheiten ihrer Entstehungszeit, dem Stil und Gedankengut Zeugnis geben. Neben Instrumenten, schriftlichen Archivalien und klassischen Bildmedien sind Münzen und Medaillen daher auch für die Erforschung der Medizingeschichte eine inhaltliche und anschauliche Bereicherung. Im Deutschen Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt umfasst die numismatische Sammlung mittlerweile über 300 Objekte, deren Vielfalt vom *Dime* der Polio-Spendenkampagne über Andenken-Anstecker von Ärzt*innenkongressen bis zu Erste-Hilfe-Orden reicht. Am Beispiel der obenerwähnten *Variola in nummis*-Sammlung des Deutschen Medizinhistorischen Museums soll hier untersucht werden, inwieweit Medaillen und Impfmarken zur Popularisierung – Verbreitung und Akzeptanz – der Pocken-Impfung beitragen.

Inokulation auf Herrscher-Medaillen

Ein besonderes Highlight unter den 42 Medaillen und Marken aus dem 18. und 19. Jahrhundert, auf denen die Einführung der Schutz- und Kuhpockenimpfung in Europa gefeiert wird, ist ein zierlicher, vergoldeter Medaillen-Anhänger von Katharina der Großen (1729–1796).¹⁸ Auf dem Revers ist eine bekrönte Schutzmantelmadonna zu sehen (Abb. 1). Der linke Arm ist entblößt. Unter dem Mantel befinden sich zu der rechten Seite der Madonna drei Knaben, zu ihrer linken stehen vier Kinder unterschiedlichen Alters.¹⁹ Sie haben kein Manteldach über

17 Als die Anstalt 1983 aufgehoben wurde, ging die Sammlung zunächst in den Besitz der Abteilung für Umwelthygiene und Impfwesen der Technischen Universität München über. Im Jahr 1991 suchte Helmut Stickl (1926–1991), Professor und Medizinaldirektor für die Abteilung des Impfwesens, und vormaliger Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt anlässlich seines Ruhestandes nach einer neuen Unterbringung für die Sammlung. Neben dem Institut für Geschichte der Medizin und Med. Soziologie der Technischen Universität kam die Staatliche Münzsammlung in München als geeigneter Ort in Betracht. Der Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin empfahl ihm stattdessen das Museum. Vgl. Briefwechsel vom 15.03.1991 und 26.03.1991 zwischen Stickl und Prof. Dr. phil. G[erhard] Pfohl, vom Institut für Geschichte der Medizin und Med. Soziologie in der Objektakte von Inv.-Nr. 97/080 im Archiv des DMMI.

18 Р. А. ДЯМИНЬ – [R. A. Djaaineu] (?), Bronzemedaille mit dem Brustporträt Katerinas der Großen im rechtsseitigen Profil, am Medaillenrand umlaufend: Б. М. ЕКАТЕРИНА II ИМПЕРАТ ИСАМОДЕР ВСЕРОССИЙСК. – [Katerina II., Kaiserin und Selbstherrscherin der Russen], КДЕ – [KDE], Ø 3,35 cm, 17,5 g. Die Medaille wurde erst nachträglich in einen Anhänger gefasst. DMMI, Inv.-Nr. 97/080-21; PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 148, Nr. 430.

19 Mit genau sieben Gestalten unter ihrem Schutzmantel könnte hier neben Maria als *Mater omnium*, auch *Sapientia* mit sieben Tugenden oder *Philosophia* mit sieben freien Künsten gesehen werden. Jutta SEIBERT, Schutzmantelschaft, in: Engelbert Kirschbaum, Hg., Lexikon der Christlichen Ikonographie, Bd. 4: Allgemeine Ikonographie Saba, Königin von-Zypresse Nachträge (Freiburg 2015), 128–133, hier 129.

sich, wohl aber den schützenden Arm. Oben umlaufend am Medaillenrand steht der kyrillische Schriftzug: ЗА ПРИВИВАНИЕ ОСПЫ – [Für die Pockenimpfung].



Abb. 1: Bronzemedaille mit bekrönter Schutzmantelmadonna, Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-21b

Am 12. Oktober 1768 hatte Katharina sich gegen die Pocken impfen lassen.²⁰ In jenem Jahr wütete eine Pockenepidemie in St. Petersburg, vor der auch Isolierung und Stadtflucht keinen zuverlässigen Schutz boten.²¹ In der Bevölkerung Russlands gab es zudem große Vorbehalte gegen die Variolation: unter anderem wurde geglaubt, dass Spender der Impflymphe nach dem Eingriff sterben. Katharina die Große beschloss daher, als Gegenbeweis nach eigener Impfung Spenderin für ihren 14-jährigen Sohn zu werden.²² Sie lud dafür einen Londoner Spezialisten ein: Der englische Arzt Thomas Dimsdale (1712–1800) war bekannt dafür, dass er die Inokulation, das direkte Injizieren der Pocken, verfeinert hatte.²³ Als er im August 1768 nach St. Petersburg kam, führte er wegen des anderen Klimas zunächst ein paar Probeimpfungen an Kadetten durch. Sie schlugen alle fehl, weil die Jugendlichen schon immun waren oder Begleiterkrankungen hatten. Nach dem sechsten erfolglosen Versuch ließ sich die Zarin trotzdem von ihm inokulieren.²⁴ Ende Oktober war sie von allen Symptomen der leichten Impfkrankheit genesen. Ihr Sohn wurde Anfang November inokuliert. Er musste dann doch eine andere Lymphe erhalten, da er zwischenzeitlich die Windpocken hatte.²⁵ Als auch er die Impfkrankheit am 22. November

20 Ludwig PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis der zu Ehren William [sic!] Jenner's und Aloysio Sacco's sowie auf die Schutzpockenimpfung und Blatterninoculation geprägten Medaillen (= Separatabdruck aus Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 22, Berlin 1877), 3–4, Nr. 4.

21 Jana KLEIN, Zur Geschichte der Pocken-Inokulation in Russland, phil. Dissertation (Freie Universität Berlin 1974), 44–45.

22 Ebd., 46.

23 [Ernst Julius] G[URLT], Dimsdale, in: August Hirsch, Hg., Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker Bd. 2: Chavet–Gyulay (München–Zürich 31962), 272.

24 Als Spender diente der fünfjährige Kadett Aleksandr Markov (1762/3–1800), der anschließend in den Adelstand Ospennyj (von russisch „ospa“ - [Pocken]) erhoben wurde. KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 45–46.

25 Als Spender diente der Sohn des Hofapothekers. KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 49.

überstanden hatte, wurden Dankgottesdienste abgehalten und beide erfolgreichen Inokulationen von Katharina der Großen als wichtige Staatsereignisse herausgestellt.²⁶ Ihre Rechnung ging auf: andere Adlige im Zarenreich folgten ihrem Beispiel, sich immunisieren zu lassen.²⁷ Dimsdale blieb zu diesem Zweck länger als geplant in Russland und wurde fürstlich belohnt.²⁸ Wie schon in Sankt Petersburg wurden auch in Moskau Pocken-Häuser als Impf-Hospitäler eingerichtet, um dort die Impfrkrankheit derer auszukurieren, die nicht privat zu Hause isoliert werden konnten.²⁹ Allen Pockenerkrankten war die Teilnahme am öffentlichen Leben untersagt. Epidemien waren deshalb auch wirtschaftlich verheerend. Für die Schüler*innen des weltbekannten Smolny-Institutes und Kadetten staatlicher Militärkorps verordnete Katharina die Große daher Impfpflicht.³⁰ Da die Angst in der ärmeren Bevölkerung auch vor den Impfpocken nach wie vor groß war, schuf sie weitere Anreize zur Impfung: wer sich kostenlos gegen Pocken impfen ließ, erhielt einen Silberrubel mit dem Porträt der Zarin und einer Mariendarstellung.³¹ Damit knüpfte sie auch an den orthodoxen Glauben an die Schutzwirkung Mariens an, denn solche Ikonenabbilder waren besonders in Pestzeiten vom 14. bis ins 18. Jahrhundert sehr beliebt.³² Bezeichnend ist hier, dass in der Ikonographie bei einer Schutzmantelmadonna normalerweise beide Arme durch den weitgeöffneten Mantel bedeckt sind.³³ Auf der vergoldeten Medaille jedoch ist dieser Typus für die Inokulation modifiziert: nicht nur Katharina, quasi auch die heilige Maria hat sich gegen die Pocken impfen lassen. In Russland war der Marienkult allgegenwärtig, so dass es nahe lag, bildlich auf die Gottesmutter zu verweisen.³⁴ Im Syllogismus hat sich Katharina damit als schützende Landesmutter inszeniert. Im Mai 1772 wurden in Erinnerung an die als Heldentat gerühmte Vorbild-Impfung der Herrscherin zwölf Medaillen geschlagen.³⁵ Im Jahr 1780 konnten 20.000 Geimpfte im Zarenreich gezählt werden. Von einer breiten Pockenimpfung innerhalb der russischen Bevölkerung war man allerdings noch weit entfernt. Eine flächendeckende Pockenimpfung wurde in Russland dann ab 1801 durchgeführt.³⁶

Nahezu gleichzeitig wie Katharina beschloss auch Maria Theresia von Österreich (1717–1780) ihre jüngeren Söhne impfen zu lassen, um so den Fortbestand der Dynastie und ihre

26 Ebd., 50.

27 Annegret MAINZER, Seuchen. Schon Zarin kämpft gegen Epidemien, online unter: <https://www.volksstimme.de/lokal/zerbst/seuchen-schon-zarin-kaempft-gegen-epidemien> (letzter Zugriff: 19.07.2020); KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 52.

28 FLOWER, Bioinformatics, wie Anm. 8, 20.

29 Ebd., 18.

30 Kay LUTZE, Mediziner am Zarenhof. Die kleinen Sorgen der großen Kaiserin, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 2015/08 (2015), online unter: <https://www.zm-online.de/archiv/2015/08/gesellschaft/die-kleinen-sorgen-der-grossen-kaiserin/seite/alle/> (letzter Zugriff: 19.07.2020); MAINZER, Seuchen, wie Anm. 27.

31 HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 119 und 125.

32 Peter DINZELBACHER, Pestbild, in: Werner Erwin Gerabek u.a., Hg., Enzyklopädie Medizingeschichte (Berlin–New York 2005), 1128.

33 In Russland hat sie sogar einen eigenen Namen: „Pokrov“, wie der Gesichtsschleier, der ihr von Engeln angehoben wird, während sie das Jesuskind fasst. Peter Wulf HARTMANN, Grosses Kunstlexikon, sub lemma: Pokrov, online unter: http://www.beyars.com/kunstlexikon/lexikon_7109.html (letzter Zugriff: 24.09.2020).

34 Daniel COBOTEVA, Die Bedeutung der Allheiligen Gottesgebärierin und Immerjungfrau Maria im Glaubensleben und der Theologie der orthodoxen Kirche, online unter: <https://orthodoxerglaube.jimdofree.com/die-bedeutung-der-allheiligen-gottesgeb%C3%A4rerin-und-immerjungfrau-maria/> (letzter Zugriff: 24.09.2020).

35 KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 51.

36 LUTZE, Mediziner, wie Anm. 30; MAINZER, Seuchen, wie Anm. 27.

Heiratspolitik zu sichern.³⁷ Denn zuvor war 1767 Wien von einer weiteren schweren Pockenepidemie betroffen gewesen, der mehrere ihrer Kinder zum Opfer fielen.³⁸ Zu den Pockenopfern gehörte auch die zweite Ehefrau ihres Sohnes Joseph II. von Österreich (1741–1790), die sich im höfischen Impfdiskurs zwischen den verschwägerten Höfen von Wien, Dresden und München in religiösem Fatalismus noch 1765 gegen eine Impfung ausgesprochen hatte.³⁹ Maria Theresia teilte zwar ihre Frömmigkeit, doch für sie war jeder selbst für das eigene Wohl verpflichtet. Sie sah Gott auch in dem Tun von Ärzten.⁴⁰ Ihr Leibarzt Gerard van Swieten (1700–1772) hatte jedoch auch kein effizientes Heilmittel. Das Problem war, dass die Pocken einen so schnellen Krankheitsverlauf hatten, dass effektive medizinische Kuren nicht erprobt werden konnten.⁴¹ Bei einem schweren Verlauf blieb daher oft nur die Isolation der Erkrankten, um eine weitere Verbreitung zu verhindern.⁴² So verfuhr man auch mit Kaiserin Maria Josepha von Bayern (1739–1767), sie wurde in ihrem Gemach eingesperrt.⁴³ Wohl bei der Verabschiedung vorher steckte Maria Theresia sich noch an. Am 1. Juni verlangte sie die Sterbesakramente.⁴⁴ Ihre anschließende, unerwartete Genesung wurde damals als Gnade des Himmels verstanden. Gefeierte wurde nicht nur das eigene Überleben, zugleich war ihre Immunität jetzt gesichert und das gab sie gern mittels der Medaillen der Welt bekannt.⁴⁵ Maria Theresia ließ während ihrer 40-jährigen Regierungszeit fast 300 Medaillen prägen, die an wichtige Ereignisse erinnern sollten.⁴⁶ In der Sammlung des Deutschen Medizinhistorischen Museums

-
- 37 Sabine WEISS, *Zur Herrschaft geboren. Kindheit und Jugend im Haus Habsburg von Kaiser Maximilian bis Kronprinz Rudolf* (Innsbruck 2008), 138. Ihre anderen Kinder waren zu dem Zeitpunkt schon durch ihre Genesung gegen die Pocken immun, und/oder an andere Höfe verheiratet. Barbara STOLLBERG-RILINGER, *Maria Theresia – Die Kaiserin in ihrer Zeit. Eine Biographie* (München 2017), 505 und 507.
- 38 An den Pocken waren schon Karl Joseph (1745–1761) und Johanna Gabriela (1750–1762) von Österreich sowie ihre Schwiegertochter Isabella von Bourbon-Parma (1741–1763) gestorben; STOLLBERG-RILINGER, *Maria Theresia*, wie Anm. 37, 497.
- 39 Ebd., 512.
- 40 Ebd., 504.
- 41 Van Swieten hatte 1750 seinen 14-jährigen Sohn an die Pocken verloren. STOLLBERG-RILINGER, *Maria Theresia*, wie Anm. 37, 505.
- 42 Absonderung war damals das einzige Schutzmittel. Ernst Julius GURLT, *Hufeland*, in: August Hirsch, Hg., *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker*, Bd. 3: Haaff–Lysons (München–Zürich 1962), 329–332, hier 329; Karl VOCELKA / Lynne HELLER, *Die private Welt der Habsburger. Leben und Alltag einer Familie* (Graz–Wien 1998), 177.
- 43 Carola DORNER, *Impfgeschichte. Die Kaiserin und die Pocken*, in: *Spiegel Geschichte* 6 (2020), online unter: <https://www.spiegel.de/geschichte/maria-theresia-die-kaiserin-und-die-pocken-eine-impf-pionierin-a-e8682c9e-fe8a-4fc5-8fa5-0726f6a29ace> (letzter Zugriff: 25.09.2020).
- 44 N.N., *Blattern. Kampf gegen die tödlichen Pusteln*, in: *Wiener Zeitung* (6. April 2017), online unter: <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/zeitreisen/884166-Kampf-gegen-die-toedlichen-Pusteln.html> (letzter Zugriff: 25.09.2020).
- 45 ROGGENKAMP, *Pockenmedaillen*, wie Anm. 1, 1. Um nicht an ihre Narben erinnert zu werden, soll sie die Spiegel in der Wiener Hofburg aufgehängt haben. DORNER, *Impfgeschichte*, wie Anm. 43. Auch ihre noch unverheiratete, einst hübsche Tochter, Erzherzogin Maria Elisabeth von Österreich (1743–1808), wurde 1767 durch die Pocken entsetzt. Clara KAUFMANN / Bernd VÖLKER, *Menschen. Historische Persönlichkeiten im Krankenbett. Die Kaiserin ist genesen!*, in: *Wien Museum / Magazin* 4 (2020), online unter: <https://magazin.wienmuseum.at/historische-persoennlichkeiten-im-krankenbett> (letzter Zugriff: 25.09.2020); STOLLBERG-RILINGER, *Maria Theresia*, wie Anm. 37, 818.
- 46 Anna FABIANKOWITSCH, *Meine Forschung. Die dunkle Seite der Medaille*, online unter: <https://medienportal.univie.ac.at/uniview/forschung/detailansicht/artikel/meine-forschung-die-dunkle-seite-der-medaille/> (letzter Zugriff: 15.07.2020).

Ingolstadt finden sich gleich sechs verschiedene Exemplare. Da ist die von dem Wiener Künstler Johann Martin Krafft (1738–1781) geschaffene Medaille, auf deren Revers auf einem mit PARENTI OPTIMÆ / CLEMENTI IUSTÆ / RESTITUTA SALUS – [Der besten, gütigsten und gerechten Mutter wiederhergestellte Gesundheit] beschriebenen Postament Chronos, Salus und Minerva vor der bekrönten Wappenkartusche Österreichs auf das allsehende Auge Gottes weisen. Das Motto dazu lautet: PROVIDENTIA VOTIS ET ARTE – [Fürsorge durch Gebete und Kunst].⁴⁷ Der kaiserliche Medailleur Anton Wideman (1724–1792) zeigt auf dem Revers seiner zu diesem Anlass für die Kaiserin geschaffenen Medaille indes eine durch ein Weihrauchgefäß deutlich katholisch gekennzeichnete *Religio* mit Flamme über dem Kopf vor einem Altar mit dem Motto DEO CONSERVATORI AUGUSTAE – [Gott, der Retter der Kaiserin] und der Datierung OBREDDITAM PATRIAE / MATREM 22 IVL / MDCCLXVII – [wegen der wiederhergestellten Mutter des Vaterlandes 22. Juli 1767].⁴⁸ Diese Komposition wurde auch in zwei kleineren Formaten unters Volk gebracht, denn die Genesung bot eine gute Gelegenheit, der Herrscherin zu huldigen.⁴⁹

Ihre 16-jährige Tochter, Erzherzogin Maria Josepha (1751–1767) von Österreich, erlag am 15. Oktober 1767 den Pocken. An diesem Tag war ihre Hochzeit durch Stellvertreter mit Ferdinand I. von Bourbon-Sizilien (1751–1825) geplant gewesen.⁵⁰ Anton Wideman schuf ihr daher eine Porträtmedaille, an deren Medailленrand umlaufend AD AETERNAS NVPTIAS DVCTA XV OCT. MDCCLXVII – [Zur ewigen Hochzeit geführt 15. Okt. 1767] geprägt ist.⁵¹ Auf der Medailленrückseite ist die junge Erzherzogin mit einer Schlange in der rechten Hand und dem geflügelten Hochzeitsgott *Hymenaios* mit Zinnenkrone und brennender Fackel zu sehen, wie er mit ihr davon fliegt (Abb. 2).⁵²

-
- 47 Johann Martin Krafft, Silbermedaille mit dem Brustporträt von Maria Theresia im rechtsseitigen Profil mit umlaufendem Titel: M. THERESIA D. G. ROM. IMP. HUNG. BOH. REG. A. AUST. – [Maria Theresia von Gottes Gnaden Kaiserin des Römischen Reichs, Ungarn, Böhmen und Österreich], Ø 5,7 cm, 61 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-09. Vgl. das Exemplar im Kunsthistorischen Museum Wien, online unter: <https://www.khm.at/objektdb/detail/1009306/> (letzter Zugriff: 27.09.2020); HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 119, Nr. 1563.
- 48 Anton Wideman, Silbermedaille mit dem Brustporträt Maria Theresias im rechtsseitigen Profil mit dem umlaufenden Titel: M. THERESIA D. G. ROM. IMP. GER. HUNG. & BOH. R. A. A. – [Maria Theresia von Gottes Gnaden Kaiserin des Römisch-Deutschen Reichs, Ungarn & Böhmen und Österreich], Ø 4,63 cm, 35 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-10. Vgl. KAUFMANN / VÖLKER, Menschen, wie Anm. 45.
- 49 Als kleine Silbermedaillen mit a) Ø 2,44 cm, 4g und b) Ø 2,06 cm, 2g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-14 und 97/080-13. PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 137, Nr. 377; Stefanie LINSBOTH, Sie lebt! Die Genesung Maria Theresias von den Pocken, online unter: <https://www.habsburger.net/de/kapitel/sie-lebt-die-genesung-maria-theresias-von-den-pocken> (letzter Zugriff: 25.09.2020). Maria Theresia warf sie eigenhändig aus ihren Fenstern auf den Burgplatz. STOLLBERG-RLINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 510.
- 50 Maria Carolina (1752–1814), die an ihrer Schwester statt nach Neapel verheiratet wurde, hatte die Pocken am 23. Oktober 1767 schon gehabt. Friedrich WEISSENSTEINER, Die Töchter Maria Theresias (Wien 1994), 167. STOLLBERG-RLINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 511.
- 51 Anton Wideman, Silbermedaille mit dem Brustporträt Maria Josephas im rechtsseitigen Profil mit umlaufend: M. IOSEPHA AVSTR. FERDIN. IV. VTR. SICIL. REGI DESPONS. 8 SET. 1767 – [Maria Josepha von Österreich, mit Ferdinand IV König beider Sizilien verlobt 8. Sept. 1767], Ø 4,15 cm, 26 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-11; PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 138, Nr. 381.
- 52 Vermutet wurde, dass sie sich wie ihre Mutter bei Josepha von Bayern angesteckt hatte; allerdings an der Toten, denn diese lag lange nur ins Leichentuch eingenäht in der Familiengruft, weil der Zinksarg noch nicht fertig war. STOLLBERG-RLINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 511; Gigi BEUTLER, Führer durch die Kapuzinergruft bei den PP Kapuzinern zu Wien (Kapuzinergruft) (Wien 1998), 37.



Abb. 2: Silbermedaille mit dem Motiv der Erzherzogin Maria Josepha, Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-11b

Hernach kümmerte sich Maria Theresia mit Nachdruck um eine Impfung ihrer übrigen Kinder. Sie versuchte, den englischen Impfpionier Daniel Sutton (1735–1819) für Wien zu gewinnen – vergeblich.⁵³ Daher beauftragte sie van Swieten, der zuvor der Inokulation skeptisch gegenübergestanden war, im März 1768 im Wiener Waisenhaus und Spital mit Impfexperimenten zu beginnen. Nachdem 34 Neugeborene und 67 Kinder erfolgreich geimpft waren, wurde ein Inokulationshaus eingerichtet. Dort sah Maria Theresia bei Impfungen zu und entschied sich im September 1768, van Swietens Vorschlag anzunehmen und ihre zwei jüngsten Söhne durch Jan Ingenhousz (1730–1799) inokulieren zu lassen.⁵⁴ Dieser hatte zuvor schon die britische Königsfamilie geimpft.⁵⁵ Kaiser Joseph II. von Österreich, der wie seine Mutter die Pocken schon am eigenen Leib durchgemacht und ein Kind sowie seine beiden Ehefrauen Isabella von Bourbon-Parma und Maria Josepha von Bayern nacheinander verloren hatte, schloss sich bei der Gelegenheit an und ließ seine Tochter Maria Theresia (1762–1770) gleich mitimpfen. Zur Genesung der Kinder schuf Anton Wideman ebenfalls eine Medaille: Das Avers zeigt den Kaiser im Doppelpor­trät mit seiner Mutter; auf dem Revers steht der Text: FERDINANDUS / MAXIMILIANUS / EORUMQUE NEPTIS / THERESIA. / ARCHIDUCES AUSTRIAE / DE INSERTIS VARIOLIS / RESTITUTI 29. SEPT. / MDCCLXVIII – [Ferdinand, Maximilian und deren Nichte Theresia, Erzherzöge Österreichs von der Einfügung der Pocken genesen 29. Sept. 1768].⁵⁶

53 DORNER, Impfgeschichte, wie Anm. 43. Sutton hatte von 1763 bis 1766 22.000 Menschen inokuliert, von denen nur drei verstarben. Arthur BOYLSTON, Daniel Sutton, a Forgotten 18th Century Clinician Scientist, in: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105/2 (2012), 85–87.

54 STOLLBERG-RILINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 513–514; Michael MEMMER, Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich. Eine rechtshistorische Analyse, in: Gerhard Aigner u.a., Hg., *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (= Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 11, Wien 2016), 7–36, hier 9.

55 Constantin von WURZBACH, Hg., *Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich*. Enthaltend die Lebensskizzen der denkwürdigen Personen, welche 1750 bis 1850 im Kaiserstaate und in seinen Kronländern gelebt haben. 10. Theil: Jablonowski – Karolina (Wien 1863), 206–208, hier 207.

56 Anton Wideman, Silbermedaille mit Joseph II. im rechtsseitigen und Maria Theresia im linksseitigen Profil beide im Bruststück, oben umlaufend der Titel „JOSEPHVS II. M. THERESIA AVGG. – [Kaiser Joseph II. und Kaiserin Maria Theresia], Ø 4,04 cm, 26 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-12; PFEIFFER / RULAND, *Pestilentia*, wie Anm. 2, 138, Nr. 382.

Das Kind, das den Impfstoff geliefert hatte, erhielt mit seinen Eltern eine jährliche Pension von 300 Gulden.⁵⁷ Ingenhousz gab auf seiner Rückreise jeweils ein paar Tage Impfunterricht in Triest, Görz, Laibach, Klagenfurt und Graz. Dabei wurden zur Demonstration wieder Waisenkinder geimpft. Für Landärzte erwies sich das Impfgeschäft jedoch als wenig lukrativ. Bauern und Bürger vertrauten lieber ihren Hausmitteln.⁵⁸ Eine Impfpflicht wurde nicht verordnet. Maria Theresia überzeugte aber ihre erwachsenen Kinder an den anderen europäischen Höfen, ihren Nachwuchs impfen zu lassen.⁵⁹

Vakzination auf Herrschermedaillen

Inspiriert wurde Maria Theresia wohl von ihrer Nichte zweiten Grades, Antonia von Sachsen (1724–1780). Diese hatte ihre Tochter schon fünf Jahre zuvor inokulieren lassen.⁶⁰ Dazu geraten hatte ihr wiederum der preußische König Friedrich II. (1712–1786).⁶¹ In Preußen sollte durch eine großangelegte Informationskampagne Mitte des 18. Jahrhunderts die Landbevölkerung über den richtigen Umgang mit Pocken instruiert werden. In Berlin wurden 1774 durch William Baylies (1724–1787) an einigen Kindern Probeimpfungen durchgeführt. Inokulation von Erwachsenen hielt Friedrich der Große für zu gefährlich. Eine Wende trat erst mit der Vakzination zu Zeiten seines Großneffen ein. Friedrich Wilhelm III. (1770–1840) belohnte als augusteischer PATER PATRIAE – [Vater des Vaterlandes] mit von seinem Münzmeister geschaffenen Bronze-, Silber- und Goldmedaillen als VACCINATIONIS / PRAEMIUM – [Preis der Kuhpocken-Impfung] den Einsatz im Kampf gegen die Pocken und Verdienste um die Verbreitung der Kuhpocken-Impfung.⁶² Mit dem Motto IN TE SVPREMA SALVS – [In dir ist die höchste Gesundheit] auf dem Medaillenrevers trägt eine Kuh *Europa* als *Hygieia* mit Schlange und Schale an Land (Abb. 3). Friedrich Wilhelm III. hatte Ernst Ludwig Hufeland (1762–1836), der 1787 eine Abhandlung über die Ausrottung der Pocken verfasst hatte, zum Leibarzt seiner Familie und 1800 zum Ersten Arzt der Berliner Charité ernannt.⁶³ Im Jahr 1802 ließ er in Berlin eine

57 STOLLBERG-RILINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 514.

58 Johannes WIMMER, *Gesundheit, Krankheit und Tod im Zeitalter der Aufklärung. Fallstudien aus den habsburgischen Erbländern* (= Veröffentlichung der Kommission für neuere Geschichte Österreichs 80, Wien–Köln 1991), 118–119.

59 DORNER, *Impfgeschichte*, wie Anm. 43.

60 STOLLBERG-RILINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 512; Alois SCHMID, „Maria Antonia Walburga“ in: *Neue Deutsche Biographie* 16 (1990), 198–200.

61 Dirk FAHLENKAMP, Ein König als Arzt. Friedrich der Große, in: *Ärzteblatt Sachsen* 3 (2014), 122–125, hier 122.

62 Abraham Abramson (1752/4–1811), Bronze- und Silbermedaille von FRID. WILHELMVS III BORVSS. REX PATER PATRIAE – [Friedrich Wilhelm III. König von Preussen, Vater des Vaterlandes] als Bruststück im rechtsseitigen Profil, Ø 6,75 cm, 140 g bzw. 111 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-04 und 97/080-02. Im Jahr 1805 vermerkte das Medicinal-Departement, dass die Medaille vor allem an Impfärzte ausgeteilt wurde. Heinrich Eduard BOLZENTHAL, *Denkmünzen zur Geschichte seiner Majestät des Königs von Preussen Friedrich Wilhelm III. in Abbildungen mit Erläuterungen und Urkunden* (Berlin 1834), 13, Nr. 39.

63 Ernst Peter FISCHER, *Die Charité. Ein Krankenhaus in Berlin 1710 bis heute* (München 2009), 51.



Abb. 3: Silbermedaille mit Hygieia auf Kuh thronend,
Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-02b



Abb. 4: Silbermedaille mit Impfszene,
Quelle: DMMI, Inv.-Nr.n 97/080-03b

der ersten Impfstationen eröffnen und zu diesem Anlass als erster Herrscher weltweit seine Kinder vakzinieren.⁶⁴ Drei Jahrzehnte später bildeten die Künstler Christian Daniel Rauch (1777–1857) und Heinrich Gottlieb Erdmann Goetze (1794–1864) die Szene auf einer großen Silbermedaille ab.⁶⁵ Während auf dem Avers nun Friedrich Wilhelm III. im Profilkopf mit modernem Kurzhaarschnitt abgebildet ist, zeigt das Revers mit dem Titel *DEM VERDIENSTE UM DIE SCHUTZIMPFUNG* in antikisierender Manier (s)eine Frau mit zwei Kindern und einem Säugling im Hintergrund (Abb. 4). Der älteste Knabe wird vor einer Kuh von einem Arzt geimpft.⁶⁶

64 Die erste Kuhpocken-Impfung in Berlin hatte 1798/1799 Ernst Ludwig Heim (1747–1834) durchgeführt. Paul KÜBLER, *Geschichte der Pocken und der Impfung* (Berlin 1901), 177–178; SONNTAG, *Pockenimpfung*, wie Anm. 1, 141.

65 Christian Daniel Rauch (1777–1857) und Heinrich Gottlieb Erdmann Goetze (1794–1864), Silbermedaille von FRIEDRICH WILHELM III / KOENIG VON PREUSSEN, 1832, Ø 5,25 cm, 116g; DMMI, Inv.-Nr.n 97/080-03 und -18; vgl. das Exemplar im Münzkabinett der Staatlichen Museen zu Berlin, online unter: <https://ikmk.smb.museum/object?id=18205739> (letzter Zugriff: 29.09.2020); BOLZENTHAL, *Denkmünzen*, wie Anm. 63, 37, Nr. 126. Diese Medaille wurde verdienten Personen im Impfwesen verliehen. KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 65, 179–180, Abb. 8.

66 Durch Reformen wurden auf lateinische Umschriften verzichtet und ein bürgerlicher Porträttyp gewählt; Wolfgang STEGUWEIT / Bernd KLUGE, *Suum Cuique. Medaillenkunst und Münzprägung in Brandenburg-Preußen* (= *Das Kabinett. Schriftenreihe des Münzkabinetts* 10, Berlin 2008), 222. Königin Luise von Preußen (1776–1810) berichtete im Frühjahr 1802 aus Potsdam vom Verlauf der Impfung. Ihre Söhne waren sechs, knapp fünf und nicht einmal ein Jahr alt und sie hatte eine dreijährige Tochter. Vgl. Malve ROTHKIRCH, Hg., *Königin Luise von Preußen. Briefe und Aufzeichnungen 1786–1810* (München–Berlin 1995), 185. Rauch stand zu dieser Zeit in ihrem Dienst. Harald OLBACH, u.a., Hg., *Lexikon der Kunst. Architektur, Bildende Kunst, Angewandte Kunst, Industrieformgestaltung, Kunsttheorie* Bd. VI: R–Stad (Leipzig 2004), 41–42, hier 41. Dem vollbärtigen, antiken Arzt sehen weder Hufeland noch Heim ähnlich.

Kurz nach den Ereignissen in Berlin propagierte auch der Gegner von Friedrich Wilhelm III., Napoleon (1769–1821), die Vakzination auf großen Medaillen in Bronze, Silber und Gold.⁶⁷ Für das Medaillenrevers des lorbeerbekrönten Herrscherkopfes wählte der Direktor des *Musée Napoléon* den antiken Arzt *Asklepios* mit Schlangenstab neben einer geimpften *Venus pudica*, sowie links und rechts in zweiter Ebene eine Kuh, eine Impfpflanzette und ein Impfstäbchen als Attribute (Abb. 5). Eine nationale Impfstation war in Paris bereits im Mai 1800 eingerichtet worden. Vier Jahre später – eben im Jahr der Impfmedaillen Napoleons – musste jede in Frankreich vorgenommene Impfung an sie berichtet werden. Im Jahr 1805 ordnete Napoleon I. die Impfung seiner Truppen an.⁶⁸ Vor der Vakzination hatte sich das Parlament in Frankreich noch gegen eine Pocken-Impfung ausgesprochen, da erst die Theologische Fakultät befragt werden sollte.⁶⁹ Einzelne Herzöge hatten ihre Kinder aber durchaus inokulieren lassen, was für die Popularität der Variolation damals förderlich war.⁷⁰ Auch Voltaire (1694–1778) hatte sich für die Impfung stark gemacht und unter anderem an die französischen Frauen appelliert, ihre Schönheit zu schützen.⁷¹ Dies mag einer der Gründe sein, warum auch nach der Verbannung Napoleons die Reverskomposition mit der Venus von seinen Nachfolgern bis in die Dritte Republik genutzt wurde.⁷²

-
- 67 Jean-Bertrand Andrieu (1761–1822) und Dominique-Vivant Denon (1747–1825), Bronze-, Silber- und Goldmedaillen von NAPOLEON / EMP. ET ROI [Napoleon / Kaiser und König] im rechtsseitigen Profil; auf dem Revers steht unter dem Bildfeld die Datierung LA VACCINE / MDCCCIV – [Der Impfstoff / 1804], Ø 4 bis 4,04 cm, je nach Materialzusammensetzung 38–41g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-22, -23 und -24. PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 2 und 8, Nr. 20.
- 68 Seinen Sohn Napoleon ließ er auch sofort impfen. KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 65, 170–171.
- 69 FAHLENKAMP, Ein König, wie Anm. 62, 123; SONNTAG, Pockenimpfung, wie Anm. 1, 41.
- 70 WIMMER, Gesundheit, wie Anm. 58, 117.
- 71 VOLTAIRE, Über die Pockenimpfung, in: Rudolf von Bitter, Hg., Philosophische Briefe (Frankfurt am Main 1985), 43–46, hier 45–46.
- 72 Jean-Bertrand Andrieu und Dominique-Vivant Denon, Silbermedaille LOUIS XVIII ROI DE FRANCE ET DE NAVARRE – [Louis XVIII. König von Frankreich und Navarra] im Kopfporträt im rechtsseitigen Profil auf dem Avers von Andrieu. Am Medaillenrand ist bei einem Exemplar indes MR COSME MÉDECIN À CHARTRES. 1815 – [Herr Cosme Arzt in Chartres. 1815] eingraviert, Ø 4,02 cm, 38 g und bei einem anderen À MR LAGRANGE CURÉ À BUSSANG. 1816 / PUYMAURIN D[irexit] – [Für Herrn Lagrange Pfarrer in Bussang. 1816 / angeordnet von [dem königlichen Münzmeister Jean-Pierre-Casimir Marcassus] Puymaurin (1757–1841), Ø 4 cm, 40 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-26 und -27. Jean-Bertrand Andrieu, Dominique-Vivant Denon und Armand August Caqué (1793–1881), Silbermedaille LOUIS PHILIPPE I ROI DE FRANCAIS – [Louis Philippe I. König der Franzosen] im Kopfporträt im rechtsseitigen Profil auf dem Avers von CAQUÉ. Am Medaillenrand ist bei diesem Exemplar indes MR HÉRY MÉDECIN À BONNEVAL (EURE-ET-LOIRE). 1846 – [Herr Héry Arzt in Bonneval (Eure-et-Loire). 1846] eingraviert, Ø 4,1 cm, 38 g; Ø 4 cm, 40 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-28. Eine Impfmédaille von Charles X. (1757–1836) befindet sich nicht in der Sammlung. Auf dem Avers der Silbermedaille aus der Regentschaft von Napoleon III. (1808–1873) ist bei dem Exemplar in der Sammlung eine Fruchtgirlande zu sehen, in deren Mitte MR / DESNEUX / DOCTR. MÉDECIN / A ST. CALAIS / (SARTHE) / 1867 – [Herr Desneux / Doktor der Medizin / in St. Calais / (Sarthe) / 1867] steht. Am Medaillenrand ist der Herausgeber der Medaille eingraviert: MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE DU COMMERCE ET DE TRAVAUX AUX PUBLICS – [Ministerium der Landwirtschaft, des Handels und der Öffentlichkeitsarbeit], Ø 4,1 cm, 38 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-38. Eine ähnliche Weiternutzung des bewährten Motivs hatte es auch 1847 unter Louis Philippe schon gegeben. Vgl. DMMI, Inv.-Nr. 97/080-33; PFEIFFER / RULAND, Pestilenzia, wie Anm. 2, 144–145, Nr. 405, 407, 410–411. Der Großvater und zwei Tanten von Louis XVIII. (1755–1824) starben vor 1774 an den Pocken. Sein älterer Bruder hatte sich daher gegen die Pocken noch mit *Variola* impfen lassen, wie aus den Briefen von Marie-Antoinette von Österreich (1755–1793) an ihre Mutter hervorging. DORNER, Impfgeschichte, wie Anm. 43; STOLLBERG-RILINGER, Maria Theresia, wie Anm. 37, 514.



Abb. 5: Goldmedaille aus napoleonischer Zeit,
Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-24b



Abb. 6: Französische Impfmedaille aus Silber mit
Portrait Edward Jenners,
Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-32b

Es entstanden aber auch neue französische Medaillenbilder. Für das Revers einer Medaille Napoleons III. (1808–1873) beispielsweise wählte das COMITÉ DE VACCINE DE LA SEINE INF[érieu]RE - [Impf-Ausschuss der unteren Seine] eine andere Figurengruppe aus: Venus mit ihren Attributen – einem Spiegel und einem Delphin – und Hygieia mit Schale und Schlange stehen links und rechts neben einer Rollwerkkartusche mit dem Schriftzug EDWARD JENNER und dessen Porträt. Auf der Sockelkartusche darunter ist Jenners zugeschriebenes Attribut, eine Kuh, abgebildet (Abb. 6).⁷³

Numismatische Ehrungen verdienter Personen im Impfwesen

Im 19. Jahrhundert ging es bei den Herrschermedaillen zur Vakzination nicht mehr wie noch bei der Variolation darum, der Welt die eigene Genesung mitzuteilen, es sollten vielmehr einzelne Menschen für ihren Einsatz bei der Impfung geehrt werden. Je nach Land wurden Ärzte prämiert, die mindestens 100 Menschen innerhalb eines Jahres kostenlos geimpft hatten.⁷⁴ In

73 Silbermedaille NAPOLEON III EMPEREUR – [Kaiser Napoleon III.] im Kopfporträt im linksseitigen Profil von Alfred Borrel (1836–1927), Revers mit oben beschriebener Figurenkomposition signiert HAMEL G.[enuit] / À. ROUEN – [Jaques Ernest Hamel (tätig 1850–1900) erschuf sie in Rouen]. Am Medaillenrand steht: COMITÉ DE VACCINE DE LA SEINE INF[érieu]RE, Ø 4,1 cm, 36 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-32; PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 9, Nr.n 24–25 und 28.

74 PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 11. Das Grazer Gubernium sann auch schon bei der Variolation über ein gestaffeltes Bonussystem für die drei besten Ärzte nach einer gewissen Anzahl an Impfungen nach, worauf in Wien aber nicht eingegangen wurde. WIMMER, Gesundheit, wie Anm. 58, 119; Anita WINKLER, Der Kampf gegen die Pocken, online unter: <https://www.habsburger.net/de/kapitel/der-kampf-gegen-die-pocken?language=en> (letzter Zugriff: 25.09.2020).

Deutschland und Frankreich, zum Beispiel, war es aber auch üblich, dass Angehörige anderer Berufe für die Impfung eintraten.⁷⁵ Im Jahr 1879 wurde beispielweise der OFFICIER DE SANTÉ – [Gesundheitsbeauftragter] Debroucker aus Lederzeele mit einer Silbermedaille der „2^{me} classe“ ausgezeichnet.⁷⁶ Eine vergoldete Medaille „1^{re} classe“ erhielt zehn Jahre später die Hebamme, Flereck-Meunier aus Raismes.⁷⁷ Beide Medaillen wurden vom Zentralen Impfkomitee des *Département du Nord* verliehen. Auf den Vorderseiten ist je zwischen zwei Palmwedeln die Büste Jenners auf einem Postament mit der Angabe seines Geburtsjahres zu sehen, auf den Rückseiten befindet sich je ein Lorbeerkranz, in dessen Mitte der Name der Medailleneempfänger*in eingraviert wurde. Diese schlichte Reverskomposition gab es schon bei den Herrschermedaillen.⁷⁸ Die Kontinuität und die Abstufung in Gold und Silber – 1. und 2. Klasse – verdeutlichen hier die ordensartige Funktion der Medaillenverleihung. Doch nach Ausrufung der Dritten Republik 1870 entfiel verständlicherweise das Herrscherporträt auf dem Avers. Bei der neuen Vorderseitengestaltung ist auffällig, dass nun Jenner nicht wie die Herrscher direkt im Porträt, sondern etwas distanziert mittels einer Büste abgebildet wurde. Mit den Palmwedeln ist er fast wie ein ewiger Heiliger inszeniert.

Neben einer Darstellung Jenners gab es auch andere Aversmotive: Das *Département de la Gironde* ließ eine Komposition aus einer Kuh in einem Kranz aus je einem Eichen- und Lorbeerzweig auf die Silbermedaille für die PROPAGATION DE LA VACCINE – [Die Verbreitung des Impfstoffes] prägen (Abb. 7).⁷⁹ Ganz neu war die Idee indes nicht: Anlässlich der städtischen

-
- 75 KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 65, 168. In der Peripherie übernahmen Prediger, Schulhalter, Gutsbesitzer und adlige Frauen mittels amtlicher Berechtigungsatteste die Impfung der Bevölkerung. WEBER-OLDECOP, Das „Vaccinations-Buch“, wie Anm. 15, hier 175. Auch in Russland wurde im 19. Jahrhundert unter anderen Hebammen das Einimpfen der Schutzpocken gelehrt. Einfache Leute wurden dort für das Pockenimpfen wie Lebensretter mit einer Silbermedaille geehrt. KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 70.
- 76 Hamel und [Narcisse] Le Comte (1794–1882), Silbermedaille EDWARD JENNER / 1749 als Büste auf einem Sockel zwischen zwei Palmwedeln, auf dem Revers steht um einen Kranz aus zwei Lorbeerzweigen am unteren Rand COMITÉ CENTRALE DE VACCINE DU DÉPARTEMENT DU NORD – [Zentralimpfausschuss des *Département du Nord*]. Oben wird der Kranz mit den Worten MÉDAILLE DE 2^E CLASSE – [Medaille 2. Klasse] geschlossen. In der Mitte steht eingraviert: À / MR. DEBROUCKER / OFFICIER DE SANTÉ / À LEDERZEELE / 1879 – [Für Herrn Debroucker, Gesundheitsbeauftragter in Lederzeele 1879], Ø 3,65 cm, 20 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-42; HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 123, Nr. 1621.
- 77 Hamel und Lecomte, Vergoldete Silbermedaille EDWARD JENNER / 1749 als Büste auf einem Sockel zwischen zwei Palmwedeln, auf dem Revers steht um einen Kranz aus zwei Lorbeerzweigen am unteren Rand COMITÉ CENTRALE DE VACCINE DU DÉPARTEMENT DU NORD – [Zentralimpfausschuss des *Département du Nord*]. Oben wird der Kranz mit den Worten MÉDAILLE DE 1^{RE} CLASSE – [Medaille 1. Klasse] geschlossen. In der Mitte steht eingraviert: À / MME FLERECK-MEUNIER / SAGE-FEMME / À RAISMES / 1889 – [Für Frau Flereck-Meunier, Hebamme in Raismes 1889], Ø 4,1 cm, 35 g. Vgl. DMMI, Inv.-Nr. 97/080-41; HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 123, Nr. 1620.
- 78 Medaillenstempel wurden seit Beginn der Vakzination über mehrere Souveräne hinweg wiederverwendet. Vgl. die von dem COMITÉ CENTRAL DE VACCINE DU DÉPARTEMENT DU NORD – [Zentralimpfausschuss des *Département du Nord*] herausbrachten Silbermedaillen erster und zweiter Klasse, mit Napoleon III. im rechten und im linken Profil, deren Revers jeweils nur ein Lorbeerkranz um den Schriftzug der Klassenkategorie zierte. Von [Jean Auguste] Barré (1811–1896), Ø 4,1 cm, 37 g und Caqué, Ø 3,7 cm, 21 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-30 und -31; PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 145–146, Nr. 416–417; HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 123, Nr. 1624–1625.
- 79 [Amédée] Constant (19. Jahrhundert) und A[ndré] Bord (?), Impfstoff-Silbermedaille, auf dem Revers steht in der Mitte eingraviert: MME / CAU / SAGE-FEMME / A PODENSAC / 1862 – [Frau Cau, Hebamme in Podensac 1862], Ø 4,1 cm, 35 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-39. Vgl. das Exemplar von [Jean-Bapt. Étienne] Marchais (1818–?) von 1878, Ø 4,08 cm, 35 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-40; HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 124, Nr. 1629.



Abb 7: Französische Impfmedaille des *Département de la Gironde*, Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-39a

Impfung 1814 in Paris entstand bereits eine Kuhmedaille mit den Attributen der Impflanzette und des Impfstäbchens sowie dem Spruch *EX INSUPERATO SALUS* – [Rettung aus dem Unverhofften].⁸⁰

Auf nationaler Ebene entschied sich das französische Innenministerium für Hygiene, den Kopf des Götterboten Hermes auf die Vorderseite und die Äskulapschlange auf die Rückseite ihrer silbernen Impfmedaille prägen zu lassen. Sie wurde 1895 und 1896 dem Arzt Dr. Guével verliehen.⁸¹

International bekannte Ärzte wurden für ihre Verdienste im Kampf gegen die Pocken durch eine eigens für sie geschaffene Medaille geehrt.⁸² In Italien erfuhr 1802 eine solche Ehrung Aloysio Sacco (1769–1835), der dortige Begründer und Generaldirektor der Vakzination.⁸³ Zu

80 Alexis Joseph Depaulis (1792–1876), Impfmedaille mit einer Kuh, Revers mit einem Eichenblattkranz und in der Mitte *VACCINATIONS / MUNICIPALES / DE PARIS / M.DCCCXIV* – [Städtische Impfungen von Paris 1814], Ø 3,2 cm, 13 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-34; N.N., Medal Commemorating Smallpox Vaccinations, France, 1830–1840, online unter: <https://www.europeana.eu/en/item/9200579/ktxycu89> (letzter Zugriff: 14.10.2020); PFEIFFER / RULAND, *Pestilentia*, wie Anm. 2, 144, Nr. 403.

81 Hubert Ponscarne (1827–1903), Silbermedaille der *RÉPUBLIQUE FRANÇAISE* mit Hermeskopf. Auf dem Revers steht umlaufend *MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR / HYGIÈNE* und auf dem Sockel der Äskulapkomposition *VACCINE* – 1895 [bzw. „1896“] / DR. GUÉVEL, Ø 5,06–5,08 cm, 65–67,5 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-36 und -37. Vgl. das Exemplar von *Numismatics Paris*, E-auction 297-217174, online unter: https://www.cgbfr.com/troisieme-republique-medaille-de-vaccin-ttb,fme_519208,a.html (letzter Zugriff: 14.10.2020); HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 124, Nr. 1632.

82 Für Jenner sind vier und auf die Einführung der Vakzination ca. 50 Gedenkmedaillen bekannt. Vgl. die beiden Goldmedaillen für Jenner von den Ärzten der englischen Flotte von 1801 und von der Medical Society in London von 1804. PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 4, Nr. 5–6.

83 PFEIFFER / RULAND, *Pestilentia*, wie Anm. 2, 133.



Abb. 8: Medaille zu Ehren Aloysio Saccos
Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-20a

seinem Profilporträt im Schulterstück auf dem Avers, windet sich auf dem Revers eine Schlange um einen Kranz zweier Eichenzweige mit den Worten in der Mitte: IENNERI. AEMULO / AMICI BONONIENSIS. / A. I. AB ITAL. REP. CONS. – [Dem Nachahmer Jenners / Bologneser Freunde / Im ersten Jahr der Verfassung der Italienischen Republik].⁸⁴ Im Jahr 1801 hatte Sacco natürliche Kuhpocken unter den Rinderherden in der Lombardei gefunden und in acht Jahren eine halbe Million Menschen geimpft. Allein im ersten Sommer waren es 8.000 gewesen.⁸⁵ Zudem führte er eine Vielzahl von Experimenten an verschiedenen Tieren durch, um das Verhältnis der unterschiedlichen Pockenkrankheiten zueinander und deren Schutz zu untersuchen.⁸⁶ Im Jahr 1802 schuf ihm deshalb auch Luigi Manfredi (1771–1840) eine Bronzemedaille mit dem Spruch SIC MORBUS MORBO CVRATOR – [So wird die Krankheit durch die Krankheit geheilt] und einer Hygieia, die ein Kind mit einem Kranz zu seiner Büste auf einem Kuhsockel schickt (Abb. 8).⁸⁷

-
- 84 Petronio Tadolini (1727–1813), Silbermedaille ALOYSIUS SACCO. MEDIOL. MED. ET. CHIR. PROF. – [Aloysio Sacco, Mailänder Medizin- und Chirurgie-Professor], Ø 5,45 cm, 84 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-19. Die Medaille wurde einmal in Gold, „etliche“ Male in Silber und in Kupfer geprägt. N.N., Auszeichnungen, Belohnungen und Beförderungen italiänischer Gelehrten und Künstler, in: *Ephemeriden der italiänischen Litteratur, Gesetz-Gebung und Kunst für Deutschland* 3/4 (1802), 101–110, hier 105. Samuel WILKS, Correspondence. The Introduction of Vaccination in Italy, in: *The British Medical Journal* 2/2169 (1902), 290.
- 85 N.N., Glücklicher Fortgang der Kuhpockenimpfung in der cisalpinischen Republik, in: *Ephemeriden der italiänischen Litteratur für Deutschland* 2/3 (1801), 319–324, hier 320; KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 65, 172.
- 86 PFEIFFER / RULAND, *Pestilentia*, wie Anm. 2, 133.
- 87 Luigi Manfredi, Bronzemedaille ALOYSIO SACCO / JENNERIANAE INSITIONIS / PRIMO IN COENOMANIS / PROPAGATORI BENEMER. / MVNICIPIVM GRATES – [Aloysio Sacco dem ersten Verbreiter der Jennerschen Einpimpfung in der Stadt wohlverdienter Dank den gleichen Seelen], Ø 5,33 cm, 54 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-20; Karl Asmund RUDOLPH, *Index numismatum in virorum de rebus medicis vel physicis meritorum memoriam percussorum* (Berlin 1825), 103, Nr. 418.

Francesco Broggi (1811–1857), ein anderer lombardischer Medailleur, fertigte anlässlich des Todes von Joseph Frank (1771–1842) eine vergoldete Medaille mit einem Doppelporträt von ihm und Johann Peter Frank (1745–1821) an.⁸⁸ Vater und Sohn hatten sich in Wien und in Vilnius für die Vakzination eingesetzt.⁸⁹

In der Berliner Münzwerkstatt der Familie Loos entstanden zwei Gedenkmedaillen mit dem Porträt Jenners. Der „Entdecker der Schutzimpfung“ wurde im Bruststück im linksseitigen Profil auf den Vorderseiten dargestellt. Auf der Rückseite tanzen bei der einen Medaille Kinder mit den Worten EHRE SEY GOTT IN DER HÖHE / UND FREUDE / AUF ERDEN im Ringelreihen um eine Kuh, die gerade von einem Engel aus den Wolken mit einer Girlande geschmückt wird (Abb. 9).⁹⁰ Bei der anderen Medaille, die von Friedrich Wilhelm Loos (1767–1819) etwas kleiner angefertigt wurde, ist auf dem Revers ein schutzsuchendes Kind auf dem Schoß von Hygieia geborgen. Bewaffnet mit Schlange und Schild, auf welchem eine Kuh abgebildet ist, wehrt sie eine Harpyie ab, die auf das Kind zu speien versucht. Umlaufend befindet sich der Ausruf: TRIUMPH! GETILGET IST DES SCHEUSALS LANGE WUTH.⁹¹ Die Idee, eine Kuh auf dem Schild im Kampf gegen das Ungeheuer abzubilden, gefiel auch Gottfried Bernhard Loos (1774–1843). Er lässt damit zum Schutz von Mutter und Kind den Erzengel Michael gegen einen Drachen antreten. Diese religiöse Kriegserklärung gegen die Pocken, ließ er auf den Avers einer kleinen Marke prägen, deren Revers erklärt: FÜR / WILLIGE / MITTHEILUNG / DES IMPF- / STOFFES (Abb. 10).⁹² Dabei könnte es sich um eine Sonderanfertigung als Gelegenheitsgeschenk aus Dankbarkeit der Eltern an den Arzt handeln.⁹³ Wahrscheinlicher ist, dass hier ein Impfarzt einen Abimpfling prämierte.

-
- 88 Francesco Broggi, Bronzemedaille IOAN. PETR. FRANK ET IOSPH. FILIUS – [Johann Peter Frank und Sohn Joseph] beide im Kopfporträt im Profil von links, auf dem Revers ist ein Äskulapstab vor einen Eichenkranz mit der umlaufenden Schrift: SCIENTIA AUXILIUM PRAESENS HUMANITATE COMITE – [Die Wissenschaft ist wirksames Hilfsmittel im Anhänger von der Menschlichkeit], Ø 5,16 cm, 67 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-08. Vgl. das Exemplar im *Museo Galileo – Istituto e Museo di Storia della Scienza* Florenz, online unter: <https://mostre.museogalileo.it/medaglie/medaglia/JohannPeterFrankJosephFrank.html> (letzter Zugriff: 13.10.2020); HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 29, Nr. 368.
- 89 Joseph FRANK, Acta Instituti clinici Caesareae Universitatis Vilnensis. Annus tertius, quartus, quintus et sextus (Leipzig 1812), XI–XII; PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 134.
- 90 Loos'sche Werkstatt, Silberfarbene Medaille EDUARD JENNER ENTDECKER DER SCHUTZIMPfung D. 14. MAI 1796, Ø 3,6 cm, 13 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-16; Gottfried Bernhard LOOS, Verzeichniß sämtlicher Denk- und Gelegenheitsmünzen, welche aus der Berliner Medaillen-Münze von G. Loos seit der Gründung dieser Anstalt durch den Hof-Medailleur Daniel Friedrich Loos hervorgegangen sind 3 (Berlin 1842), 23, Nr. 19; PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 4, Nr. 7.
- 91 Friedrich Wilhelm Loos, Silberfarbene Medaille EDUARD JENNER ENTDECKER DER SCHUTZIMPfung D. 14. MAI 1796, Ø 2,8 cm, 7 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-17. Vgl. das Exemplar im Münzkabinett der Staatlichen Museen zu Berlin, online unter: <https://smb.museum-digital.de/index.php?t=objekt&oges=157079> (letzter Zugriff: 11.10.2020); HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, 44, Nr. 567. Diese Marken sollten nicht nur an Jenner gedenken, sondern auch an die empfangene Schutzimpfung erinnern. Sie wurden als Prämie an Eltern geschenkt, die ihre Kinder impfen ließen. Vgl. LOOS, Verzeichniß, wie Anm. 91, 27, Nr. 10; PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 5, Nr. 8.
- 92 Gottfried Bernhard Loos und L. Peld (?), Impffarbe, Ø 2,53 cm, 7 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-05; PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 7, Nr. 16.
- 93 Im Münzkatalog der Loos'schen Werkstatt wurde eine Medaille wie folgt beworben: „An Aerzte, als besondere Anerkennung für ihre Sorgfalt, nach schweren Krankheiten, an Geburts- oder Namenstagen, als Neujahrs- und Gelegenheitsgeschenk überhaupt“. Gottfried Bernhard LOOS, Verzeichniß sämtlicher [sic!] Denk- und Gelegenheitsmünzen, welche aus der Berliner Medaillen-Münze von G. Loos seit der Gründung dieser Anstalt durch den Hof-Medailleur Daniel Friedrich Loos hervorgegangen sind, Bd. 2 (Berlin 1842), 14, Nr. 18.



Abb. 9: Impfmédaille mit Jenner-Portrait aus der Werkstatt Loos, Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-16b



Abb. 10: Impfmärke aus der Werkstatt Loos, Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-05a

Impfmarken für Familien

Denn es gibt auch Medaillen dieser kleinen Größe, die explizit ZUM ANDENKEN AN ERHALTENEN UND MITGETHEILTEN SCHUTZ von Ärzten an Kinder verschenkt wurden. So verteilte 1803 Johann Emanuel Bremer (1745–1816) solche Impfmarken an die Mütter, die ihre Kinder für die Abimpfung in der Berliner Impfanstalt zur Verfügung stellten.⁹⁴ Als passende Komposition für die Vorderseite der kleinen Prämie wurde die Darstellung eines Kindes gewählt, das auf seinen nackten linken Oberarm zeigt. Es hat sich eine Blume von einem Rosenstrauch gepflückt und vor ihm liegt ein Füllhorn (Abb. 11). Die bildliche Botschaft lautet: Geimpfte Kinder gelangen zu Schönheit und Wohlstand.⁹⁵ Wörtlich steht dies auch auf dem Revers einer böhmischen Prämienmarke aus dem gleichen Jahr: GESTALT GESUNDHEIT · LEBEN GESCHÜTZET // SCHUTZPOCKEN / COMMISSION / 1803.⁹⁶ Auf dem Avers dieser Minimedaille sitzt ein Kleinkind auf dem Schoß seiner halb knienden, halb hockenden Mutter, die auf seinen nackten Oberarm zeigt.

94 Impfmärke ZUM / ANDENKEN / AN / ERHALTENEN / UND / MITGETHEILTEN / SCHUTZ // GERECHT VOM DOCTOR BREMER / IN BERLIN / 1803 als Schrift in zwei Größen auf dem Revers; Ø 2,5 cm, 5 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-06; PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 6, Nr. 13.

Die Impfungen fanden sonntäglich im zentralgelegenen Friedrichs-Waisenhaus statt. KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 65, 178. Bremer stand der Prämienverteilung an Eltern zwiespältig gegenüber; er hatte das Gefühl, die Moral dieser zu untergraben, indem er sie mit Prämien kaufte. SONNTAG, Pockenimpfung, wie Anm. 1, 217.

95 Eine ähnliche Ikonographie wurde schon für das Wappen des 1768 in den Adelstand erhobenen Kadetten Ospennyj gewählt. KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 46.

96 A.[nton] Guillemard (vor 1770–1812), Impfmärke WIR DANCKEN DIR / FÜR DIESE WOHLTHAT mit dem Auge Gottes und einer Mutter mit dem Impfling. Auf dem Revers steckt ein Äskulapstab in einer brezelförmigen Eichen-Fruchtghirlande, Ø 2,6 cm, 6 g; DMMI, Inv.-Nr. 97/080-07; PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 7–8, Nr. 18.



Abb. 11: Marke zum Andenken an die Impfung durch Dr. Bremer, Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-06a



Abb. 12: Schutzpockenmarke
Quelle: DMMI, Inv.-Nr. 97/080-07a

Vor ihnen steht eine antikisierende Vase mit Blumen, über ihnen strahlt das Auge Gottes, dem die beiden danken (Abb. 12).

Die Idee, impfwilligen Familien eine finanzielle Belohnung oder eine Medaille zu schenken, gab es schon lange vor der Vakzination, wie beispielsweise der eingangs beschriebene Imprufbel Katharinas der Großen belegt.⁹⁷

Resümee und Fazit

Im besonders pockengeplagten 18. Jahrhundert hatte die Aristokratie eine Vorreiterrolle in der Schutzimpfung eingenommen und das traditionelle Medium der Medaillen genutzt, um ihre Genesung von der *Orthopoxvirus variola* zu kommunizieren und ihre Herrschaft zu stärken. Die Strategie der medialen Verbreitung wurde auch für die Gewinnung der Akzeptanz der darauffolgenden *Orthopoxvirus vaccinia* genutzt.⁹⁸ Der Einsatz von beständigen Prämienmedaillen und -marken sollte dabei eine wesentliche Rolle spielen, um die Impfrate in der Bevölkerung

97 DORNER, Impfgeschichte, wie Anm. 43. Auch die Grazer Sanitätskommission schlug schon dem Gubernium vor, Hausväter deren Kinder geimpft wurden, mit einem „premio es seye in Geld, oder in einer goldenen Medaille huldreichst zu begnädigen“ und inokulierte Kinder zu beschenken. WIMMER, Gesundheit, wie Anm. 58, 119. WINKLER, Der Kampf, wie Anm. 75. Um die Kinder noch direkter zu erreichen, wurden ihnen andernorts Brezeln geschenkt. SONNTAG, Pockenimpfung, wie Anm. 1, 66.

98 Werner TELESKO im Interview „Herrscherimmunität“ der Österreichischen Akademie der Wissenschaften am 26. Mai 2020, online unter: <https://www.oeaw.ac.at/detail/news/herrscherimmunitaet/> (letzter Zugriff: 25.09.2020).

zu erhöhen.⁹⁹ Von Impfpopularisierern wie Impfärzten und Prominenten wurden sie nebst anderem genutzt, die Vakzination begehrter zu machen.¹⁰⁰ Gleichermaßen sollten sie als Prämien an die Impfenden diese dazu bewegen, sich um die Menschen zu bemühen, die eine ablehnende Haltung gegenüber der Impfung hatten.¹⁰¹

Im Einzelnen hatten sich dabei Katharina die Große bildlich in einen Kontext mit der Schutzmantelmadonna und Maria Theresia mit der personifizierten Religio gestellt, während Friedrich Wilhelm III. eine antikisierte Familienszene und Napoleon Asklepios und Venus wählten. Verallgemeinernd lässt sich anhand dieser vier prägnanten Beispiele aus der *Variola in nummis*-Sammlung des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt ein gradueller Wandel in der visuellen Komposition der Pockenmedaillen von der christlichen Ikonographie Mitte des 18. Jahrhunderts anlässlich der Inokulation hin zu klassischen Themen antiker Mythologie im 19. Jahrhundert anlässlich der Vakzination ablesen. Über die Generationen hinweg inszenierten und propagierten die adligen Souveräne sich dabei in altrömischer Tradition als Landesmutter oder Landesvater. Lediglich Napoleon brach damit: über seine Medaille ließ er sich nicht mit dem Schutz von Kindern, Familie und Vaterland identifizieren, sondern als Schützer der Schönheit. Nach der napoleonischen Ära zeigt sich mit der Ausbildung von Verfassungsstaaten eine Tendenz in den Verwaltungen, auf den Pockenmedaillen das Sachliche und medizinische Instrumente darzustellen.

Die Medaillen für die Menschen, die sich im Gesundheitswesen darum bemühten, das *Orthopoxvirus bovis* zu beschaffen und die Behandlung der Pocken zu erforschen und zu verfeinern, sind ebenfalls schlichter gestaltet und bestehen auf dem Revers meist nur aus einem Lorbeerkranz und Text. Auffällig ist an ihrem Avers eine Abkehr von der Profildarstellung eines Menschen hin zum Abbild eines Büsten-Denkmal. In historisierender Manier wurde so den schon verstorbenen berühmten Medizinern gedacht.

Impfmarken für die Kinder spielen in reicher Figurenkomposition mit dem Potential der Selbstidentifikation. Dabei wurde sowohl auf religiöse als auch auf mythologische Charaktere zurückgegriffen.

Die Grenzen dieser Gruppeneinteilung – Herrscher, Impfende, Impflinge – dürfen jedoch nicht als absolut gelten. Die großen und kleinen Personenmedaillen der Herrscher richten sich im Gebrauch als große und kleine Prämie an Impfende und an Impflinge. Zugleich finden sich optische Hybride: Herrschermedaillen und Impfmarken, die Ärzte feiern.

Die Numismatik als mnemotechnisches Instrument hat auf jeden Fall die Berühmtheit der Ärzte erhöht: Wer beispielweise vorher noch nichts von Jenner gehört hatte, der wurde über dessen Identität beim Anblick der Loos'schen Medaillen aufgeklärt. Dabei ist die gattungsübergreifende Präsentation aus Namensnennung, Porträt des Arztes, dem Schlagwort „Schutzimpfung“ und der Darstellung einer Kuh auf der Vorder- und Rückseite der Medaille eine zum

99 Die Pocken-Impfpflicht war unbeliebt, da die Menschen Angst vor einer Syphilisübertragung hatten. Impfgegner*innen fehlte es zwar auch nicht an Pamphleten und Karikaturen, doch sind keine numismatischen Stücke von der gegnerischen Seite bekannt. PFEIFFER, Beschreibendes Verzeichnis, wie Anm. 20, 1–2; DOBSON, Seuchen, wie Anm. 3, 136; DORNER, Impfgeschichte, wie Anm. 43.

100 SONNTAG, Pockenimpfung, wie Anm. 1, 66–67 und 141.

101 Ebd., 213.

Merken gut kombinierte Gedächtnisstütze, die beim Anblick einer anderen Kuh wieder aktiv werden kann. Aber auch die Bekanntheit der lokalen Impfpfärzte, wie die von Dr. Bremer, dürfte durch seine einfachen Impffmarken gestiegen sein und ihm mehr Impfpatient*innen als sonst eingebracht haben.¹⁰² Definitiv ist die Förderung der Pocken-Impfung in den Ländern ohne Impfwang mit den Prämienmedaillen als Wertgegenstände in objektiver und als Auszeichnung in ideeller Hinsicht beabsichtigt worden.¹⁰³ Besonders in Frankreich wurde die Durchimpfung der Bevölkerung noch lange mit der konsequenten Ehrung von Ärzten und Hebammen verfolgt.¹⁰⁴ Trotzdem kam es nach 1871 zu einer schweren Epidemie in Preußen, nachdem rückkehrende Soldaten aus Frankreich die Pocken mitbrachten, die dann drei Mal so viele Opfer wie der Deutsch-Französische Krieg forderten.¹⁰⁵ Im Jahr 1874 unterzeichnete Kaiser Wilhelm daher das Reichsimpfgesetz, das eine Impfpflicht für Kinder und eine Wiederholungsimpfung beinhaltete.¹⁰⁶ In Österreich wurde mit Blick auf das preußische Heer 1886 ein Impfwang für das k. u. k. Heer verordnet.¹⁰⁷ Im Vergleich dazu erschien in Russland schon 1832 ein Pocken-Impfgesetz, das die seit 1805 erschienenen Teil-Verordnungen zusammenfasste.¹⁰⁸ In Frankreich wurde die Pockenimpfung erst 1902 zur Pflicht.¹⁰⁹ Medaillen-Prämien für Impfende und Impflinge als Mittel der Impfpopularisierung erübrigten sich damit. Im Jahr 1979 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) offiziell die Eradikation der Pocken erklärt. Die Pockenimpfung wurde seither weltweit ausgesetzt.¹¹⁰

Information zur Autorin

Dr. Maren C. Biederbick arbeitete zuletzt für das Digitalisierungsprojekt *Bavarikon* am Deutschen Medizinhistorischen Museum, Anatomiestr. 18–20, D-85049 Ingolstadt.

102 Dies gilt es noch durch Impffregister von Ärzten, die keine Marken verteilten, zu überprüfen.

103 PFEIFFER / RULAND, Pestilentia, wie Anm. 2, 134; SONNTAG, Pockenimpfung, wie Anm. 1, 69 und 213.

104 HOLZMAIR, Katalog, wie Anm. 16, XIV.

105 GELDERBLOM, Die Ausrottung, wie Anm. 12. Zu Rückschlägen kam es aufgrund fehlerhafter Impftechniken und unwirksamen Lymphen. Überdies erlosch nach einigen Jahrzehnten der Impfschutz der Erwachsenen wieder. Für besonders exponierte Bevölkerungsgruppen, wie Soldaten, wurde daher eine Revakzination angeordnet. Vgl. HESS, Seuchengesetzgebung, wie Anm. 5, 97 und 111.

106 Silvia KLEIN / Irene SCHÖNEBERG / Gérard KRAUSE, Vom Zwang zur Pockenschutzimpfung zum Nationalen Impfplan, in: Bundesgesundheitsblatt 55 (2012), 1512–1523, hier 1512; DORNER, Impfgeschichte, wie Anm. 43.

107 Es folgten 1888 der Impfwang für Sträflinge. Ein umfassender Impfwang wurde 1939 mit dem Deutschen Impfgesetz eingeführt und 1948 als Bundesgesetz erneuert. MEMMER, Geschichte, wie Anm. 54, 24 und 26.

108 KLEIN, Geschichte, wie Anm. 21, 67.

109 N.N., Medal, wie Anm. 81.

110 Vera ZYLKA-MENHORN, Pocken. Wie man sie erkennt und wie man sich schützen kann, in: Deutsches Ärzteblatt 100/13 (2003), 821–824, hier 821.

Elke Hammer-Luza

**„Lässt nicht impfen“.
Widerstände gegen die Vakzination in der Steiermark
in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts**

English Title

“Does not get Vaccinated”. Resistance against Vaccinations in Styria in the First Half of the 19th Century

Summary

The smallpox vaccination that has been propagated in Styria by representatives of authorities, doctors and clergymen since 1802 did not only encounter approval. There was resistance from the beginning, which was expressed mainly by the rural population. It is hard to estimate the extent of this rejection, since the records about those who were “renitent against vaccination” are not conclusive and show too low figures. In fact, a double-digit percentage can be assumed. However, there were significant regional differences in Styria: while the vaccination coverage was relatively high in the Styrian capital of Graz and the southern parts of the region, the refusal was apparent especially in the area of Bruck and Judenburg. Women and mothers played an important role with regards to vaccination; they often took the decision whether children should be vaccinated or not. Did they decide against it, this did not happen for irrational and anti-progressive reasons only, as ascribed to them by the supporters of vaccination. The main argument for the refusal was health-related concerns. Such risks were real, even if their relevance was partly misjudged compared to the dangers of a smallpox disease. In order to put pressure on those who refused the vaccination, the so-called “Untertanenstrafpatent” of 1781 was applied in Styria over many years. On that basis, many prison sentences were inflicted on those “renitent against vaccination”.

Keywords

Styria, 19th Century, Smallpox, Vaccination, Refusal of Vaccination, Anti-Vaccinationist

Pocken und Pockenschutzimpfung in der Steiermark

Die Infektionskrankheit der Pocken oder Blattern, wie sie auch genannt wurden, trat in Europa vor allem im 18. Jahrhundert auf, wobei sie in Zyklen von wenigen Jahren ganze Regionen endemisch überzog. Schätzungen gehen dahin, dass rund zwei Drittel der Menschen die Krankheit durchmachten, wobei kleine Kinder besonders gefährdet waren. Die Sterblichkeit konnte bis zu 30 bis 40 Prozent erreichen, außerdem zeigten sich oft lebenslange schwere Folgeschäden wie Lähmungen, Gehörlosigkeit oder Erblindung.¹ Keine Bevölkerungsschicht blieb von der Krankheit verschont, die regelrecht einen Bestandteil des „individuellen und kollektiven Alltagslebens“ bildete.² In der Steiermark starben zwischen 1777 und 1806 im Durchschnitt 1.052 Menschen pro einer Million Einwohner an Pocken, was 3,5 Prozent der Sterbefälle im gesamten Zeitraum entspricht.³

Die ersten Schutzimpfungen gegen die Pocken fanden in Europa zwar schon Mitte des 18. Jahrhunderts statt, allerdings war die geübte Methode der Variolation, also der künstlichen Infektion mit Menschenpocken, noch sehr risikoreich und in ihrer Anwendung beschränkt.⁴ Im Dezember 1768 unternahm man in der Steiermark die ersten Versuche mit Kindern aus dem Grazer Waisenhaus, aber schon ein paar Jahre später geriet diese Form der Impfung wieder weitgehend in Vergessenheit.⁵

Als Edward Jenner 1798 seine Erfolge in der Immunisierung gegen die Pocken durch das Impfen mit der Lymphe der normalerweise harmlosen Kuhpocken veröffentlichte, war die Erwartungshaltung in ganz Europa groß. Die erste Vakzination in Wien fand 1799 statt,⁶ zumindest 1801 kam die neue Methode auch in der Steiermark zur Anwendung, und zwar in Leoben.⁷

-
- 1 Zu den Pocken vgl. u. a. Manfred VASOLD, Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute (München 1991), 180–204; DERS., Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa (Stuttgart 2008), 151–172; Karl-Heinz LEVEN, Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert (= Fortschritte in der Präventiv- und Arbeitsmedizin 6, Landsberg/Lech 1997), 43–50; Ragnhild MÜNCH, Hg., Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Begleitbuch zur Ausstellung (Berlin 1994). Grundlegend zur Pockenschutzimpfung vgl. Eberhard WOLFF, Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beih. 10, Stuttgart 1998).
 - 2 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 22–26.
 - 3 Vgl. Diether KRAMER, Der Wandel der Mortalität. Der epidemiologische Übergang in der Steiermark – Regionale Entwicklungen 1869 bis 1937, phil. Dissertation (Universität Graz 2013), 249; DERS., Die Blattern in der Steiermark. Verbreitung und Bekämpfung im 19. Jahrhundert, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 11 (2012), 75–90, hier 81.
 - 4 Zur Variolation vgl. u. a.: Erna LESKY, Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus, in: Archiv für österreichische Geschichte 122 (1959), 1–228, hier 140–154; Dagmar WEIGEL, Die „Embassy Letters“ der Lady Mary Wortley Montagu, in: Münch, Hg., Pocken, wie Anm. 1, 35–41; A. H. MAEHLE, Inokulation in Deutschland im Zeitalter der Aufklärung, in: Ebd., 42–52.
 - 5 Vgl. Johannes WIMMER, Gesundheit, Krankheit und Tod im Zeitalter der Aufklärung. Fallstudien aus den habsburgischen Erbländern (= Veröffentlichungen der Kommission für Neuere Geschichte Österreichs 80, Wien–Köln 1991), 117–121; Kerstin LAMPRECHT, Seuchenjahre. Maßnahmen zur Bekämpfung und Prävention am Beispiel der Pocken im 18. Jh. in der Habsburgermonarchie, unveröffentlichte phil. Diplomarbeit (Universität Graz 2017), 75–78.
 - 6 Vgl. Erna LESKY, Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert (Graz–Köln 1965), 28–31; Michael PAMMER, Pocken I: Gesundheitspolitik unter Franz II./I., in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte*, Frühling (2003), 17–21, hier 17–18.
 - 7 Vgl. Elfriede HUBER-REISMANN, Die medizinische Versorgung der Stadt Leoben vom 13. bis zum 20. Jahrhundert. Eine sozialhistorische Quellenstudie als Beitrag zur Medizingeschichte sowie zur steirischen Stadtgeschichtsforschung, unveröffentlichte phil. Dissertation (Universität Graz 2009), 509–510.

Ab 1802 ging man schließlich in den habsburgischen Ländern mit großem Enthusiasmus daran, die Schutzimpfung mit Kuhpocken zu propagieren und voranzutreiben, in erster Linie bei den Kindern.⁸ In welchem Alter das geschehen sollte, wird nicht dezidiert ausgeführt. Den Quellen nach zu schließen, handelte es sich aber nach Möglichkeit um Säuglinge im ersten Lebensjahr bzw. um Kleinst- und Kleinkinder.⁹ Eine Allianz von Vertretern der Behörden, der Ärzteschaft und der Geistlichkeit sollte dafür sorgen, die Bevölkerung von der „Wohltat“ der Vakzination zu überzeugen.¹⁰ Die von den Ideen der Aufklärung getragene Pockenschutzimpfung wurde damit zur ersten Maßnahme eines staatlich organisierten und kontrollierten Gesundheitssystems, welche die Medikalisierung einer breiten Öffentlichkeit einleiten sollte.¹¹

Am 28. Jänner 1808 wurde eine eigene „Vorschrift zur Leitung und Ausübung der Kuhpockenimpfung in den k. k. deutschen Erbstaaten“ herausgegeben, ergänzt um eine Vorschrift für Ärzte und Wundärzte, welche die Vakzination durchführten. Weitere überarbeitete Richtlinien folgten.¹² Das „Impfgeschäft“ sollte klar geregelt sein und so viele Menschen wie möglich erreichen. 1811 wurden in der Steiermark 8.687 Personen geimpft, fünf Jahre später waren es 16.817,¹³ womit man fast eine Verdoppelung erzielen konnte. Doch bald stockte diese Erfolgskurve und wies eine höchst unregelmäßige Entwicklung auf.¹⁴ Tatsächlich verlief die Durchsetzung der Schutzpockenimpfung in der Praxis nicht so einfach und klaglos, wie sich Ärzte und Beamte das vorgestellt hatten, und durchaus nicht alle Menschen vermochten ihre Meinung zu teilen, mit der Vakzination „das größte Geschenk des Himmels“¹⁵ erhalten zu haben. Trotzdem gab es in den habsburgischen Erblanden keinen Impfwang, allerdings versuchte man mit verschiedenen, teils sehr unmittelbaren Druckmitteln, die Bereitschaft zur Impfung zu erhöhen.

-
- 8 Vgl. z. B. Steiermärkisches Landesarchiv (= StLA), Aussee, Markt und Gemeinde, K. 288, H. 362: Impfanlagen, 1775–1804; Rothenfels, Herrschaft, K. 179, H. 599: Pocken (Blattern), 1802; Bruck an der Mur, Stadt, K. 83, H. 403: Kuhpocken-Impfung, 1802–1807.
- 9 Vgl. StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.
- 10 Vgl. Michael PAMMER, Vom Beichtzettel zum Impfzeugnis. Beamte, Ärzte, Priester und die Einführung der Vaccination, in: Österreich in Geschichte und Literatur mit Geographie 39/1 (1995), 11–29; Sabine FALK / Alfred Stefan WEISS, „Hier sind die Blattern“ – Der Kampf von Staat und Kirche für die Durchsetzung der (Kinder-) Schutzpockenimpfung in Stadt und Land Salzburg (Ende des 18. Jahrhunderts bis ca. 1820), in: Mitteilungen der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde 131 (1991), 163–186.
- 11 Vgl. Eberhard WOLFF, „Triumph! Getilget ist des Scheusals lange Wuth.“ Die Pocken und der hindernisreiche Weg ihrer Verdrängung durch die Pockenschutzimpfung, in: Hans Wilderotter, Hg., Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte (Berlin 1995), 158–189, hier 173; Juliane HEINSDORF, Vakzination – ein Geschenk Gottes. Propagierung der Impfung im Dienste medizinischer Volksaufklärung, in: Münch, Hg., Pocken, wie Anm. 1, 60–70.
- 12 „Vorschriften zur Benennung in den Impfungsanstalten“, 30. März 1818: StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1184: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; „Entwurf einer neuen allgemeinen Kuhpockenimpfungs-Vorschrift zur Begutachtung“, Wien, 8. März 1827: StLA, Gub (= Gubernium), Fasz. 66, 8173/1827; „Vorschrift über die Kuhpocken-Impfung in den kaiserl. königl. Staaten vom 9. Julius 1836, Wien 1836“: StLA, Pflindsberg, Herrschaft, K. 92, H. 776: Impfung, 1837.
- 13 StLA, Gub, Fasz. 66, 13479/1817.
- 14 StLA, Gub, Fasz. 66, 5165/1825. Vgl. Elke HAMMER-LUZA, „Ueber den Nutzen der Kuhpockenimpfung“. Die Vakzination in der Steiermark zu Beginn des 19. Jahrhunderts, in: Steirische Berichte 4 (2020), 14–15.
- 15 Aussage des Bezirkskommissärs von Göß, 22. Jänner 1814: StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820.

In der Folge geht es um jene Männer und Frauen, die Vorbehalte gegen die Schutzpockenimpfung äußerten und ihre Anwendung ablehnten; örtlich zielt die Untersuchung auf das Herzogtum Steiermark, zeitlich umfasst sie die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts.¹⁶ Die in erster Linie verwendeten Quellen stammen aus dem Steiermärkischen Landesarchiv, und zwar aus verschiedenen Herrschaftsarchiven sowie aus dem Bestand des Grazer Guberniums, der steirischen Landesbehörde. In einem ersten Schritt geht es darum, das Phänomen der „Impfrenitenz“, wie es zeitgenössisch auch bezeichnet wurde, zahlenmäßig zu fassen sowie zeitlich und räumlich zu verorten. Daran anschließend wird die Frage nach sozialen und gesellschaftlichen Hintergründen gestellt, sowohl außerhalb als auch innerhalb von familiären Strukturen. Grundlegend für den Diskurs sind die Motive für die Verweigerung einer Impfung; hier ist ein Blick auf die Differenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung besonders lohnend. Schließlich folgt noch ein Überblick über die von den Behörden eingesetzten Maßnahmen gegen Impfrenitenz, wobei die Steiermark einen ganz speziellen Weg verfolgte.

Ausmaß und zeitliche Entwicklung der Impfrenitenz

Wie groß der Widerstand gegen die Schutzpockenimpfung in der Steiermark in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts tatsächlich war, kann nur ansatzweise abgeschätzt werden. In Worte gefasste Kommentare lokaler und regionaler Autoritäten über die angebliche Verbreitung der Impfrenitenz sind durchwegs subjektiv gefärbt und haben keine allgemeine Aussagekraft, verlässliches Zahlenmaterial fehlt weitgehend bzw. ist nur punktuell vorhanden. Zugleich stellt sich die Frage nach der Begrifflichkeit; es gab eine große Bandbreite an Abstufungen, von passiver Duldung über einzelne Zeichen der Ablehnung bis hin zu offenem Widerstand.¹⁷ Was daher genau unter „Impfrenitenz“ zu verstehen war, darüber herrschten auch bei den Behörden unterschiedliche Auffassungen.¹⁸

Zu Beginn der Schutzpockenimpfung notierte man in erster Linie Erfolgsmeldungen, also wie viele Personen geimpft worden waren. Diese absoluten Zahlen geben aber keine Auskunft über die dahinterstehenden Relationen. Selbst die Angaben, wie viele Kinder noch ungeimpft verblieben waren, lassen nur wenige Rückschlüsse zu, da die Ursachen dafür mannigfaltig sein konnten. Mit einer Hofkanzleiverordnung vom 21. Februar 1812 wurden schließlich „Impfungsrenitenten-Ausweise“ zunächst für die Hauptstadt Graz sowie für die Kreisstädte eingefordert, in denen „jene Familienhäupter, welche die Vaccination verweigern“, eingetragen werden sollten; diese Ausweise waren in der Folge auch für das flache Land zu erstellen.¹⁹

16 Die ab der Mitte des 19. Jahrhunderts entstehende breitenwirksame öffentliche Debatte zur Impffrage wird hier nicht einbezogen. Vgl. dazu u. a. Eberhard WOLFF, Die Schlacht auf dem Zahlenberge. Impfgegnerschaft im späten 19. Jahrhundert – das Beispiel Sachsens, in: Münch, Hg., Pocken, wie Anm. 1, 113–128.

17 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 280–283.

18 Vgl. StLA, Gub, Fasz. 66, 5165/1825; Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

19 StLA, Gub, Fasz. 66, 4607/1816; 830/1822. Vgl. Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841; Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; Stubenberg, Familie, K. 103, H. 644: Impfungsakten, 1812–1831; Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826.

Solche Ausweise – im Wesentlichen Namenslisten, bestenfalls ergänzt durch vorgebrachte Argumente gegen eine Impfung – sollten in der Folge jährlich eingesendet werden. Doch das Gubernium erkannte bald, dass die vorgelegten Verzeichnisse weitgehend unbrauchbar waren.²⁰ So stand die geringe Zahl der Impfenitenten regelmäßig in einem auffallenden Missverhältnis zur hohen Zahl der ungeimpft verbliebenen Kinder.²¹ Die Landesbehörde musste daher der Hofkanzlei mitteilen: „Die Zahl der Widerspenstigen ist bei weitem größer und es kommen nur diejenigen in den Ausweisen vor, welche sich förmlich geweigert hatten, mit den Kindern auf dem Impffplatz zu erscheinen.“²² Einzelne Lokalbehörden machten keinen Hehl daraus, dass es für sie ein Ding der Unmöglichkeit sei, alle Renitenten zu melden, sodass man sich auf diejenigen beschränke, die am heftigsten opponierten. So meinte etwa die Bezirksobrigkeit Göß lapidar: „Die Zahl aller derjenigen, die sich gegen die Anstalt aussprechen und tätlich ihre Weigerung bewiesen haben, würde mehrere Seiten füllen.“²³ Zu bemerken ist außerdem, dass es seitens der lokalen Autoritäten unterschiedliche Strategien geben konnte, die örtliche Impfenitentenz besonderes niedrig oder besonders hoch erscheinen zu lassen. Ersteres mochte dazu dienen, die eigenen Verdienste um die Pockenschutzimpfung herauszustreichen,²⁴ zweiteres könnte wiederum ein Vehikel dafür gewesen sein, erhöhte Aufwendungen in Form von Reise-rechnungen zu erklären oder die Abordnung von zusätzlichen Beamten zu rechtfertigen.²⁵ Die folgenden Zahlen sind daher mit diesen Einschränkungen zu lesen.

1825 wurden in der Steiermark 28.611 Kinder der Vakzination unterzogen, 9.363, also 25 Prozent, verblieben ungeimpft. Impfenitente zählte man hingegen nur 1.133, also drei Prozent.²⁶ Ganz ähnlich erwiesen sich die Verhältnisse 1832: Bei 21.906 geimpften Kindern kam man auf 6.071 ungeimpfte (21 Prozent) und 1.132 Impfenitente (vier Prozent).²⁷ Mathias Macher gibt in seiner „Medizinisch-statistischen Topografie des Herzogtumes Steiermark“ schließlich für die Mitte des 19. Jahrhunderts an, dass in der Steiermark (von 276 Impfpärzten an 1.435 Impforten) von 40.595 Impffähigen nur 24.997 (also 61 Prozent) geimpft wurden. Auf 27 Impffähige wäre ein Renitenzfall (ca. 1.500) gekommen.²⁸ Auch wenn in all diesen

20 1837 stellte das Gubernium sogar den Antrag, vom Nachweis der Impfenitenten überhaupt abzugehen, was die Hofkanzlei aber nicht genehmigte: StLA, Gub, Fasz. 66, 2739/1837. Vgl. auch Michael PAMMER, Pocken II: Die Impfung im 19. Jahrhundert, in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte*, Sommer (2003), 15–19, hier 17.

21 Besonders krass war die Situation 1828: 18.294 geimpften Kindern standen 9.512 nicht geimpfte gegenüber. Als Impfenitent wurden hingegen nur 128 Personen ausgewiesen: StLA, Gub, Fasz. 66, 5165/1825.

22 StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

23 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849. Vgl. auch Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

24 In Spital am Semmering hieß es 1841 stolz: „Schließlich wird vermerkt, dass sich auch keine Impfenitenten zeigten, umso mehr, da diese Obrigkeit keine duldet.“ StLA, Mürzzuschlag, Stadt, K. 150, H. 607: Impfungsangelegenheiten, 1839–1849.

25 Vgl. z. B. StLA, Gub, Fasz. 66, 13054/1824.

26 Vgl. *Medizinisch-chirurgische Zeitung*, fortgesetzt von D. Johann Nepomuck EHRHART, Edlen von Ehrhartstein, Bd. 3 (Innsbruck 1832), 70.

27 StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

28 Vgl. Mathias MACHER, *Medizinisch-statistische Topografie des Herzogtumes Steiermark* (Graz 1860), 147–149. Diether Kramer spricht davon, dass „lange Zeit“ in der Steiermark rund zwei Drittel der Geborenen geimpft worden wären. Vgl. KRAMER, *Wandel*, wie Anm. 3, 246; DERS., *Blattern*, wie Anm. 3, 78.

Fällen klar davon auszugehen ist, dass viel mehr Kinder aufgrund der Weigerung ihrer Eltern ungeimpft blieben als dokumentiert, muss ihr tatsächlicher Anteil Spekulation bleiben.²⁹ Von einem Wert im zweistelligen Prozentbereich ist aber zumindest auszugehen.

Auf lokaler Ebene erscheinen die Ergebnisse unmittelbarer, allerdings stehen hier nur Einzelergebnisse zur Verfügung, die nur schwer miteinander verglichen werden können. Der Pfarrer von Göß berichtete 1812 darüber, dass in seinem Sprengel 67 Prozent der Kinder zur Impfung gebracht worden waren, 33 Prozent hingegen „unter größtenteils grundlosen Vorwänden“ das Angebot nicht angenommen hatten.³⁰ 1820 schätzte man, dass im Gebiet der Bezirksobrigkeit Göß sogar rund die Hälfte der Untertanen die Impfung verweigern würde.³¹ Aus den Impfausweisen 1832/1833 der ebenfalls in der Obersteiermark befindlichen Pfarren Seckau und Gaal geht hervor, dass von 112 aufgeführten impffähigen Kindern zumindest 46 (also 41 Prozent) mit dem Vermerk „Lasst nicht“, „Will nicht“ oder „Nicht erschienen“ versehen sind.³² Aus der Oststeiermark lassen sich ebenfalls Verhältniszahlen für die 1810er und 1820er Jahre errechnen. Ein Impfprotokoll der Herrschaft Trauttmansdorff aus dem Jahr 1818 verzeichnet 116 Kinder; etwa bei einem Drittel davon wurde die Impfung verweigert.³³ Sehr uneinheitlich sind die Ergebnisse in der Bezirksobrigkeit Gleichenberg. Hier machte man für das zweite Militärhalbjahr 1823 116 impfenitente Personen namhaft; geimpft wurden im gleichen Zeitraum demgegenüber nur 62 Kinder.³⁴ Aus dem Ausweis für das zweite Militärhalbjahr 1825 geht hingegen wieder hervor, dass nur rund 18 Prozent der impffähigen Personen als renitent eingestuft wurden.³⁵ Als letztes Beispiel soll noch ein Impfausweis der südlich von Graz gelegenen Herrschaft Neuschloß dienen. Hier wurden 1831 34 Kinder geimpft, 27 Kinder hingegen nicht. Nur bei neun von ihnen heißt es dezidiert „Lasst nicht impfen“, bei den übrigen verrät ein indifferentes „Ist zur Impfung nicht erschienen“ keine weiteren Hintergründe.³⁶ Die Basis für die Berechnungen ist also oft unklar und wohl auch widersprüchlich. Bei all diesen Werten ist außerdem zu berücksichtigen, dass Impfverweigerer mehrfach gezählt werden konnten, wenn sie nämlich ihren Widerstand über Jahre hindurch beibehielten. Schließlich darf auch nicht vergessen werden, dass manche Bezirksobrigkeiten zumindest ihren Berichten nach mit diesem Problem gar nicht konfrontiert waren.³⁷ Deutlich wird trotzdem, dass die Zahl der Impfenitenten weitaus mehr als jene paar Prozentpunkte ausgemacht haben dürfte, die in den offiziellen Statistiken aufscheinen.

29 In der Bezirksobrigkeit Admontbühel ging man für das Jahr 1846 bei 61 ungeimpft verbliebenen Personen von 100 Prozent Impfenitenten aus. Vgl. StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

30 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820.

31 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

32 StLA, Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 296: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

33 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh. Vgl. auch die Ausweise aus den Taufprotokollen der Pfarren Straden und Trauttmansdorff: StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 172, H. 1182: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

34 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

35 Ebd.

36 StLA, Neuschloß, Herrschaft, K. 6, H. 84: Impfwesen, Protokolle und Ausweise, 1830–1836.

37 Vgl. z. B. Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826; K. 149, H. 606: Impfungsangelegenheiten, 1827–1838; Pflindsberg, Herrschaft, K. 106, H. 928: Impfung, 1839; K. 112, H. 1003: Impfung, 1840; K. 117, H. 1053: Impfung, 1841; K. 121, H. 1095: Impfung, 1842; K. 126, H. 1167: Impfung, 1843.

Auf dieser schmalen Datengrundlage ist es kaum möglich, Aussagen über die zeitliche Entwicklung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu treffen. Nach einem zögerlichen Beginn ab 1802 setzte in den 1820er Jahren wohl ein Prozess der Gewöhnung ein, wiewohl von keinem linearen Verlauf auszugehen ist. Eberhard Wolff konstatiert ein Auf und Ab von Zustimmung, eine Annahme und Ablehnung der Schutzimpfung praktisch zu jeder Zeit nebeneinander;³⁸ dieser Feststellung kann anhand des steirischen Quellenbefundes nur zugestimmt werden.³⁹ Lokale oder regionale Ereignisse und Erfahrungen konnten Stimmungen relativ rasch verändern und in eine andere Richtung lenken.⁴⁰ Was dennoch mit aller Vorsicht festgestellt werden kann, ist ein Knick in der Impfbereitschaft ab den 1840er Jahren. Dieser Rückgang hängt sicher damit zusammen, dass der anfängliche Glaube an die lebenslange Wirkung einer Vakzination aufgegeben werden musste, indem man erkannte, dass auch in der Vergangenheit geimpfte Kinder von den Pocken ergriffen werden konnten.⁴¹ Damit sank das Vertrauen in die Impfung als Gesamtes. Seitens der Kreisämter Judenburg und Bruck an der Mur bemerkte man in den 1840er Jahren, dass die Zahl der Impflinge Jahr für Jahr nicht nur nicht zunahm, sondern zurückging.⁴² Statt die Aufmerksamkeit nur auf eine einmalige Impfung zu richten, sollte nun auch deren Wiederholung ins Auge gefasst werden, was sowohl die Behörden als auch die Bevölkerung überforderte. Ein Impfarzt aus Mitterndorf im Salzkammergut berichtete 1846 resigniert, dass in seinem Sprengel von einer Revakzination gar keine Rede sein könnte, indem es schon schwer genug wäre, die Kinder überhaupt zu einer ersten Impfung zu bringen.⁴³ Die realen Verhältnisse relativierten die Argumente und nicht zuletzt das Ansehen der lokalen Autoritäten offenbar nachhaltig.

Regionale Unterschiede und örtliche Konzentrationen

Im Folgenden geht es um die Frage, ob innerhalb des Gebietes des Herzogtums Steiermark regionale Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft einer Schutzimpfung bestanden und welche Ursachen dafür ausgemacht werden können. Die Steiermark hatte um 1790 eine Bevölkerung von rund 800.000 Menschen, 1850 betrug diese Zahl etwa eine Million.⁴⁴ Das Land war verwaltungsmäßig in fünf Kreise aufgeteilt, den Judenburger und den Brucker Kreis im Norden, den Grazer Kreis in der Mitte und den Marburger und den Cillier Kreis im Süden. Unterschiedlich zeigte sich auch die geographische und wirtschaftliche Struktur des Landes. Während

38 WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 289–290.

39 „Es ist überhaupt in diesem Geschäft ein Schwanken unvermeidlich“: StLA, Gub, Fasz. 66, 7561/1834.

40 Im Markt Vordernberg war man Anfang des Jahres 1824 noch voll des Lobes über die Verminderung der „Vorurteile gegen die Impfanstalt“. Ende des Jahres sah man sich wieder dazu veranlasst, über die Zunahme der Renitenz zu klagen: StLA, Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841. Vgl. auch: Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835.

41 StLA, Gub, Fasz. 66, 15342/1840; 10920/1843. Vgl. WOLFF, Triumph, wie Anm. 11, 177–178; Heinrich A. GINS, Krankheit wider den Tod. Schicksal der Pockenschutzimpfung (Stuttgart 1963), 95–136.

42 StLA, Vordernberg, Markt, K. 206, H. 649: Sanitätswesen, Impfungen, 1842–1866; Pflindsberg, Herrschaft, K. 146, H. 1414: Impfung, 1847. Vgl. Gub, Fasz. 66, 11095/1846.

43 StLA, Pflindsberg, Herrschaft, K. 136, H. 1280: Impfung, 1845.

44 Vgl. Ernst BRUCKMÜLLER, Sozialgeschichte Österreichs (Wien–München 1985), 287–288.

im gebirgigen Norden große, dienstbotenintensive Bauernhöfe mit Viehwirtschaft vorherrschten, dominierten in der Mittel- und Untersteiermark Ackerbau und Weinbau mit kleineren landwirtschaftlichen Betrieben.

Im Quellenbestand des Guberniums gibt es erste statistische Zusammenstellungen über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung erst aus den 1830er Jahren. Die regionale Verteilung ist dabei mehr als eindeutig: Während der Judenburger und der Brucker Kreis ausgesprochen wenige Impfungserfolge verzeichneten, war dieses Bild für den Grazer Kreis, vor allem aber für den Marburger und den Cillier Kreis ein komplett anderes. 1832 machte der Anteil der „ungeimpft gebliebenen Impfbaren“ im Landesdurchschnitt 21,8 Prozent aus. Während aber im Judenburger Kreis 47,6 Prozent und im Brucker Kreis sogar 52,4 Prozent ungeimpft blieben, betrug die Zahl der Ungeimpften im Grazer Kreis 20 Prozent, im Cillier und im Marburger Kreis gar nur 12,3 bzw. 11,5 Prozent.

Tabelle 1: Bericht des Grazer Guberniums über die Kuhpockenimpfung von 1832

| | Anteil der Ungeimpften an der Gesamtzahl der Impfbaren (1832) | Anteil der Geimpften an der Gesamtzahl der Impfbaren (1832) |
|---------------------|--|--|
| Steiermark (gesamt) | 21,8 % | 78,2 % |
| Brucker Kreis | 52,4 % | 47,6 % |
| Judenburger Kreis | 47,6 % | 52,4 % |
| Grazer Kreis | 20,0 % | 80,0 % |
| Cillier Kreis | 12,3 % | 87,7 % |
| Marburger Kreis | 11,5 % | 88,5 % |

Quelle: StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

Diese Werte finden auch Bestätigung, wenn sie mit den Bevölkerungszahlen verglichen werden. Im Brucker Kreis waren 1832 nur 1,2 Prozent der Bevölkerung geimpft, im Judenburger Kreis 1,8 Prozent. Deutlich höhere Anteile verzeichneten der Grazer Kreis (2,1 Prozent), der Cillier Kreis (2,7 Prozent), vor allem aber der Marburger Kreis (3,3 Prozent). Schließlich lohnt auch ein Blick auf die Impfungen in Bezug auf die Neugeborenen. Von den 1832 Geborenen wurden in diesem Jahr im Brucker Kreis mit 37,6 Prozent am wenigsten geimpft; der Grazer Kreis (58,7 Prozent) und der Judenburger Kreis (59,8 Prozent) lagen im Mittelfeld, während der Cillier Kreis (83,2 Prozent) und der Marburger Kreis (96,6 Prozent) erneut zu den Spitzenreitern zählten.⁴⁵ Die Zahlenreihen der nächsten Jahre bekräftigen diese Divergenzen.⁴⁶

45 StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

46 1836 betonte das Cillier Kreisamt, dass in seinem Gebiet keine impfenintenen Personen zu finden wären. StLA, Gub, Fasz. 66, 7561/1834.

Tabelle 2: Bericht des Grazer Guberniums über die Kuhpockenimpfung von 1832

| | Anteil der Geimpften an der Gesamtbevölkerung (1832) | Anteil der Geimpften an den in diesem Jahr Geborenen (1832) |
|-------------------|---|--|
| Brucker Kreis | 1,2 % | 37,6 % |
| Judenburger Kreis | 1,8 % | 59,8 % |
| Grazer Kreis | 2,1 % | 58,7 % |
| Cillier Kreis | 2,7 % | 83,2 % |
| Marburger Kreis | 3,3 % | 96,6 % |

Quelle: StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

Der Befund ist also klar, seine Interpretation konnte und kann hingegen unterschiedlich ausfallen. Das Gubernium hatte zwei Erklärungsansätze. Zum einen vertrat es die Meinung, „dass sich bei der windischen Bevölkerung des Landes mehr Folgsamkeit und Gelehrigkeit als bei der deutschen findet“,⁴⁷ dass also der „Volkscharakter“ ausschlaggebend für das Verhalten der Menschen sei. Tatsächlich war die Bevölkerung der untersteirischen Kreise Marburg/Maribor und Cilli/Celje, deren Gebiete heute überwiegend in Slowenien liegen, mehrheitlich von Slowenen bzw. slowenisch sprechenden Personen besiedelt. Zum zweiten ortete man die anders gearteten geographischen Verhältnisse „in den oberen hohen Gebirgslanden“ als Hindernis im Fortgang der Impfbewegung.⁴⁸ Es gab im Norden des Landes nur wenige geschlossene Ortschaften, hingegen viele, teils entlegene Einzelhöfe. Diese Argumentation wird durch einen Vergleich mit den regional sehr unterschiedlichen Aktivitäten der Impfpfärzte gestützt. Im Brucker Kreis führte ein Impfarzt 1832 lediglich 40 Impfungen durch, im Judenburger Kreis waren es 69, im Grazer Kreis 74. Auf einen Impfarzt im Marburger Kreis kamen hingegen 177 Impfungen, im Cillier Kreis sogar 199 Impfungen.⁴⁹ Der Aufwand, der im Norden betrieben werden musste, war also um einiges höher und kostspieliger als im Süden, wo auf dem flachen Land auf einfachem Wege große Bevölkerungsteile erreicht werden konnten. In unzugänglichen Bergregionen bedeutete es hingegen viel Zeit und Mühe, sowohl für die Impfpfärzte als auch für die Bevölkerung, Impfplätze aufzusuchen. Zu dieser Ansicht passt, dass auch in den traditionell „impffreundlichen“ untersteirischen Kreisen Klagen über renitente Personen in erster Linie aus der „rauhesten Gebirgsgegend“ kommen, so etwa aus dem Gebiet an der Soboth, das dem Marburger Kreis angehörte.⁵⁰ Durch die Kleinteiligkeit eines Gebietes konnte seitens der Impfbehörden nur ein geringerer sozialer Druck aufgebaut werden, zugleich hatten die Impfpfärzte durch die niedere Zahl der Impfungen aber möglicherweise keine so ausgeprägte Routine, mit allen Nachteilen, die für die Betroffenen damit verbunden waren.

47 StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831. „Windisch“ bezeichnet im engeren Sinn die slowenische Sprache.

48 StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

49 Ebd.

50 StLA, Gub, Fasz. 66, 10949/1823. Vgl. auch Gub, Fasz. 66, 830/1822 sowie die damit übereinstimmende Ansicht von MACHER, Topografie, wie Anm. 28, 435.

Ein detaillierter Blick auf einzelne Orte bringt zudem interessante Besonderheiten zutage. Mitte der 1830er Jahre konstatierte das Grazer Gubernium die meisten Impfenitenten im Gebiet des Bistums Leoben.⁵¹ Diese Diözese wurde 1786 von der Erzdiözese abgetrennt und hatte ihren Sitz im ehemaligen Kloster Göß bei Leoben. Sein Diözesangebiet umfasste die Obersteiermark und bestand aus 157 Pfarren.⁵² Doch auch hier konnte sich die Situation durchaus unterschiedlich darstellen. In der Pfarre Göß, also im Verwaltungszentrum der gleichnamigen Bezirksobrigkeit selbst, hatten die Behörden Grund, mit dem Erfolg der Impftätigkeit einigermaßen zufrieden zu sein. Anders sah es hingegen in den entlegenen Gemeinden aus. Es zeigte sich, dass die Zahl der Impfungen mit der Entfernung des Wohnortes von der Bezirksbehörde signifikant abnahm.⁵³ Im Gößgraben, im Schladnitzgraben, vorzüglich aber in Proleb und Niklasdorf schlugen die Versuche, Schutzimpfungen durchzuführen, regelmäßig fehl. Bemerkenswert ist die Kontinuität dieser Ablehnung: Schon 1804 bzw. 1811 betonte man die besonders widerpenstige Haltung der dortigen Bewohnerinnen und Bewohner,⁵⁴ ein Phänomen, das sich bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts fortsetzte. 1833 monierte der zuständige Impfarzt, dass er in Veitsberg niemanden und in Proleb lediglich zwei Kinder – einen Findling und ein uneheliches Kind – impfen konnte, und noch 1846 klagte der Pfarrer von Veitsberg, dass alle seine Bemühungen, seine Pfarrkinder zur Impfung zu bringen, vergebens geblieben wären.⁵⁵

Diese örtliche Konzentration der Ablehnung einer Schutzimpfung erzeugte vielmehr einen sozialen Druck der anderen Art: Indem die Menschen der eigenen Lebenswelt, Nachbarn, Verwandte und Bekannte, die Impfung ablehnten, entstand eine Art Eigendynamik, die stärker war als das Gegengewicht einer Behörde. Diese Ausprägung lässt sich – eine gute Quellenlage vorausgesetzt – auch in anderen Regionen der Steiermark beobachten. Für die Bezirksobrigkeit Feistritz im Osten des Landes bildete etwa der Ort Hainersdorf einen über die Jahre wiederkehrenden Quell des Ärgernisses. Schon 1818 erschien niemand zur dort angesetzten Impfung, was sich auch in den folgenden Jahren nicht besserte. Die Aussagen der vor die Bezirksobrigkeit gestellten Impfenitenten verraten eine intensive Kommunikation unter den Bewohnerinnen und Bewohnern, die letztlich zu diesem negativen Ergebnis führten.⁵⁶ Auch die sehr gewissenhaft geführten Impfprotokolle der Bezirksobrigkeit von Gleichenberg in der Oststeiermark verraten solche örtlichen Schwerpunkte der Impfenitenz. In den kleinen Gemeinden Hofstätten, Sulz und Wilfersdorf sollten nach dem Protokoll von 1818/1819 jeweils drei Kinder geimpft werden, doch bei allen Familien hieß es: „Lässt nicht impfen“.⁵⁷ Diese Übereinstimmung lässt eine gemeinsame Front der Ablehnung erkennen, die sich aufgrund der

51 StLA, Gub, Fasz. 66, 7561/1834.

52 Vgl. Maximilian LIEBMANN, Vom Josephinismus zur freien Kirche, in: Karl Amon / Maximilian Liebmann, Hg., Kirchengeschichte der Steiermark (Graz–Wien–Köln 1993), 220–255, hier 225–227. Obwohl die Vereinigung des Bistums mit der Diözese Graz-Seckau bereits 1804 angeordnet wurde, erfolgte die tatsächliche Vereinigung der beiden Diözesen erst 1859.

53 Vgl. HUBER-REISMANN, Versorgung, wie Anm. 7, 515. Übereinstimmend: WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 285–286.

54 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820.

55 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

56 StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824; K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835.

57 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 172, H. 1182: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

sozialen Interaktion herauskristallisiert hatte. Kleinräumig bildeten sich gewisse öffentliche Meinungen heraus, die mitunter eine hartnäckige Tradition aufweisen konnten und nur schwer aufzubrechen waren.

Eine Frage des Standes?

In zeitgenössischen Berichten und Behördenkorrespondenzen findet sich unisono die Klage, dass Impfenitz in erster Linie unter dem „Landvolk“ zu finden wäre, das die „finstersten Vorurteile“ hege und „noch auf einer sehr niederen Stufe der Kultur“ stehen würde.⁵⁸ Die Frage stellt sich, inwieweit dieses Stereotyp auf Tatsachen zurückgeht bzw. wie stark die Wahrnehmung der Obrigkeiten selbst von vorgefassten Meinungen geprägt war.⁵⁹

Angehörige der Kaiserfamilie und des Adels – auch in der Steiermark – nützten die Möglichkeit einer Pockenschutzimpfung (damals der Variolation) zum Teil schon im 18. Jahrhundert.⁶⁰ Auch Anfang des 19. Jahrhunderts verstanden sich einige von ihnen im Zusammenhang mit der Vakzination als treibende Kraft. Grundherren – wie etwa Anton Graf von Trauttmansdorff – unterstützten nach Möglichkeit die „Impfanstalten“ auf ihren Besitzungen.⁶¹ Die „Vorschrift zur Leitung und Ausübung der Kuhpockenimpfung in den k. k. deutschen Erbstaaten“ aus dem Jahr 1808 nennt sogar ausdrücklich das „Beispiel der Güterbesitzer der oberen Klassen von Menschen“, durch das die Untertanen zur Schutzimpfung angeeifert werden sollten.⁶² Eine herausragende Stellung für die Steiermark nahm Erzherzog Johann von Österreich ein, der sich um die Beschaffung von Kuhpockenlymphe aus England bemühte und 1840 die Errichtung einer „Kuhpocken-Regenerierungs-Anstalt“ in St. Florian in der Weststeiermark forcierte.⁶³

Eine tragende Rolle in der Propagierung der Schutzpockenimpfung kam auch den örtlichen Seelsorgern zu. Als lokale Autoritäten hatten sie ihre Pfarrkinder in ihren Predigten und in persönlichen Gesprächen zu belehren und zu überzeugen und waren außerdem dazu angehalten, bei den angesetzten Impfungen anwesend zu sein. Es war also von eminenter Bedeutung, dass die Geistlichen selbst an die Nützlichkeit und Wichtigkeit einer Schutzimpfung glaubten. Wiewohl die meisten Seelsorger den an sie gestellten Erwartungen gerecht wurden, gab es

58 StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847; Gub, Fasz. 66, 10949/1823. Vgl. auch Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835; Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 296: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

59 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 287–288.

60 Vgl. LESKY, Gesundheitswesen, wie Anm. 4, 140–154; WIMMER, Gesundheit, wie Anm. 5, 116–117. Zu Impfungen steirischer Adeltiger vgl. HUBER-REISMANN, Versorgung, wie Anm. 7, 508; StLA, Spiegelfeld, Familie und Herrschaft, K. 1, H. 14: Impfzeugnisse.

61 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

62 Dieser Passus findet sich auch in den folgenden Vorschriften über die Kuhpockenimpfung. Vgl. StLA, Bruck an der Mur, Stadt, K. 83, H. 404: Kuhpocken-Impfung, 1808–1811; Gub, Fasz. 66, 8173/1827; Pflindsberg, Herrschaft, K. 92, H. 776: Impfung, 1837. Vgl. FALK / WEISS, Blättern, wie Anm. 10, 178; PAMMER, Pocken I, wie Anm. 6, 20.

63 StLA, Gub, Fasz. 66, 12217/1826; 19709/1840; 3269/1844. Vgl. A. F. ZÖHRER, Der Vaccinproceß und seine Crisen. Erklärungen über die Wirkungen des Vaccingiftes auf den menschlichen Körper, und über das Verfahren der Erhaltung und Fortpflanzung eines kräftigen Vaccinkeimes zur möglichsten Beschränkung der Menschenblatterseuche (Wien 1843), 22; MACHER, Topografie, wie Anm. 28, 435–436; Elke HAMMER-LUZA, „Das größte Geschenk des Himmels“. Die Bekämpfung der Pocken durch die Vakzination im frühen 19. Jahrhundert, in: Hengist-Magazin. Zeitschrift für Archäologie, Geschichte, Kultur und Naturkunde der Mittelsteiermark 17/2 (2020), 20–27.

auch Priester, die – gerade in den ersten Jahren der Impfbewegung – Vorbehalte hatten und diese auch nicht verhehlten.⁶⁴ Ausschlaggebend waren hier wohl religiöse Überzeugungen. Das Kreisamt Judenburg sah sich 1810 sogar dazu veranlasst, in einer Kurrende jene Geistlichen zu rügen, die – „wenn nicht nach eigenem Schwachsinn, doch vielleicht aus schändlichen Eigennutz“ – die herrschenden Vorurteilen gegen die Schutzimpfung noch bestärken würden.⁶⁵ Auch in den Folgejahren finden sich vereinzelt Nachrichten darüber, dass es „Seelsorger gibt, die selbst für alles, was Neuerung ist, gar nicht empfänglich sind“.⁶⁶ Es darf also bei lokalen Autoritäten nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass weltliche wie geistliche Würdenträger vollkommen von aufklärerischen Grundsätzen durchdrungen waren.⁶⁷ Es gab auch hier Personen, die dem Projekt der Schutzimpfung vielleicht nicht offen entgegen arbeiteten, aber doch aufgrund eigenen Widerstrebens wenig bis gar nicht unterstützten. Nicht von ungefähr erging 1829 von den Kreisämtern die Anweisung, in den Ausweisen über die Impfungsrenitenten auch genau anzuführen, ob und welches „Individuum unter den Beamten und geistlichen Stande sich wider die Beförderung der Impfanstalt“ benommen habe.⁶⁸

Wie sah es nun mit der Bürgerschaft und in den Ballungszentren aus? Zu betonen ist freilich, dass die urbane Struktur der Steiermark nicht sehr entwickelt war. Die Hauptstadt Graz besaß Anfang des 19. Jahrhunderts eine Einwohnerschaft von rund 30.000 Personen, in den Kreisstädten lebten maximal ein paar Tausend Menschen, in den kleineren Märkten oft nur ein paar Hundert. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts lassen sich für die steirischen Städte und Märkte durchaus Zeugnisse von Impfenitz finden,⁶⁹ doch die Klagen sind zahlenmäßig gering und lassen im zeitlichen Verlauf früh nach. 1833 war das Grazer Gubernium nicht nur davon überzeugt, dass die Vakzination umso bessere Fortschritte machen würde, „je mehr die Menschen gesellig beisammen wohnen“, sondern glaubte auch an den günstigen Einfluss, den die „größere Zivilisation“ der Hauptstadt Graz diesbezüglich auf das Umland ausstrahlte.⁷⁰ Faktum ist freilich, dass die Vornahme der Pockenschutzimpfung in der Stadt um einiges einfacher durchzusetzen war; sie erfolgte nach einer Gubernialkurrende 1812 flächendeckend von Haus zu Haus.⁷¹ Dazu kam noch, dass eine Pockenschutzimpfung im Gewerbeleben unabdingbar wurde. Ab 1825 durfte kein Lehrjunge mehr zu einem Handwerk aufgenommen werden, der sich nicht mit einem Zeugnis über seine erfolgte Impfung ausweisen konnte.⁷² Damit bestand für viele

64 StLA, Gub, Fasz. 233, 10381/1804. Vgl. PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 10, 27.

65 StLA, Weißkirchen, Markt, K. 104, H. 209: Sanität, Impfanglegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1713–1814. Ebenso Gub, Fasz. 233, 5761/1808.

66 StLA, Rothenfels, Herrschaft, K. 178, H. 592: Impfung, 1802–1832; Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

67 Vgl. auch Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen – Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Region/Storia e regione* 14/1 (2005), 42–69, hier 61.

68 StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

69 Vgl. StLA, Gub, Fasz. 66, 22112/1817; Weißkirchen, Markt, K. 104, H. 209: Sanität, Impfanglegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1713–1814; K. 105, H. 210: Sanität, Impfanglegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1815–1865; Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841.

70 StLA, Gub, Fasz. 66, 10564/1831.

71 StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

72 StLA, Gub, Fasz. 66, 2982/1825; Goriupp, Familie, K. 2, H. 32: Zirkulare betreffend Impfzeugnisse für Lehrjungen, 1825.

Stadtbewohner schlichtweg die Notwendigkeit, ihre Kinder einer Schutzimpfung zu unterziehen, ob sie dies nun befürworteten oder nicht.⁷³

Eine Besonderheit in der Steiermark bildete die frühe Arbeiterschaft; entsprechende Quellen gibt es insbesondere zu den ärarischen Salzarbeitern im Markt Aussee und zu den Berg- und Hammerarbeitern im Markt Vordernberg. Wiewohl beide den unteren sozialen Schichten zuzurechnen sind, unterschieden sie sich in ihrem Verhalten signifikant voneinander. Während die Kinder der Salinenarbeiter regelmäßig und überwiegend der Schutzimpfung zugeführt wurden, stellte man bei den Hammerarbeitern immer wieder Anzeichen von Impfnutzen fest. Die Erklärung dafür lässt sich in den unterschiedlichen Abhängigkeitsverhältnissen finden: Den Arbeitern des kaiserlichen Salzbergwerks wurden bei einer Impfverweigerung Naturalleistungen gestrichen, namentlich der Bezug des sogenannten Hofkorns, was sie empfindlich getroffen hätte.⁷⁴ Die Vordernberger Hammerarbeiter unterstanden hingegen privaten Radwerksbetreibern, die zwar ebenfalls von der Bezirksobrigkeit dazu aufgefordert wurden, ihr „Arbeitspersonal“ zu beeinflussen und zu den Impfungen zu bringen, denen aber letztlich weniger Druckmittel zur Verfügung standen.⁷⁵ Daraus zeigt sich, dass für die Frage der offenkundigen Impfnutzen nicht so sehr die Zugehörigkeit zu einem sozialen Stand entscheidend sein musste, sondern genauso Rahmenbedingungen oder Abhängigkeiten eine nicht zu unterschätzende Rolle spielten.

Aus den Quellen ergibt sich aus vielen Hinweisen, nicht nur Behördenkorrespondenzen, sondern auch Listen und Impfprotokollen, zweifelsfrei, dass die ländliche Bevölkerung tatsächlich am stärksten als impfnutend dokumentiert ist. Eine detailliertere Untersuchung zeigt im Übrigen, dass keine weitere soziale Differenzierung erkennbar ist. Sowohl Bauern als auch unterbäuerliche Schichten wie Keuschler, Inwohner oder Dienstboten zählten gleichermaßen zu Kritikern und Verweigerern der Impfmaßnahmen.⁷⁶ Nur ein Beispiel von vielen: Ein Ausweis aus dem Taufprotokoll der Pfarre Trautmannsdorf über alle im Werbbezirk⁷⁷ Gleichenberg von 1. Mai 1818 bis 30. April 1819 geborenen, noch lebenden und zu impfenden Kinder führt insgesamt 96 Kinder auf, von denen zumindest 32 den Vermerk „Lässt nicht impfen“ tragen. Zehn der Impfnutenden waren Bauern, sechs wurden als Keuschler und 16 als „Bergler“ bezeichnet.⁷⁸

73 Auch in einer Großstadt wie Wien wurden im Übrigen für die Periode von 1819 bis 1837 im Durchschnitt nur drei Fünftel aller Kinder vakziniert. Vgl. Sibylle NAGLIS, *Smallpox in the Metropolis. A Comparison between London and Vienna in the Nineteenth Century*, unveröffentlichte phil. Dissertation (Universität Graz 2005), 71.

74 StLA, Pflindsberg, Herrschaft, K. 92, H. 776: Impfung, 1837; K. 106, H. 928: Impfung, 1839; K. 112, H. 1003: Impfung, 1840; K. 117, H. 1053: Impfung, 1841; K. 121, H. 1095: Impfung, 1842; Pflindsberg, Herrschaft, K. 126, H. 1167: Impfung, 1843; K. 132, H. 1229: Impfung, 1844.

75 StLA, Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841; K. 206, H. 649: Sanitätswesen, Impfungen, 1842–1866.

76 Vgl. z. B. StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847; Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849; Neuschloß, Herrschaft, K. 6, H. 84: Impfwesen, Protokolle und Ausweise, 1830–1836; Trautmannsdorf, Familie und Herrschaft, K. 172, H. 1182: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

77 Der Werbbezirk war eine 1770 ursprünglich für militärische Angelegenheiten eingerichtete Verwaltungseinheit, die im Laufe der Zeit viele weitere Aufgaben wahrnahm. Sie umfasste meist mehrere Grundherrschaften.

78 StLA, Trautmannsdorf, Familie und Herrschaft, K. 172, H. 1182: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

Trotz dieses konstatierten Übergewichts der Impfnutzwang im ländlichen Bereich ist dieses Ergebnis in mehrerlei Hinsicht zu relativieren. Zum ersten muss in Erinnerung gerufen werden, dass die bäuerlichen und unterbäuerlichen Schichten in der Steiermark in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in absoluten Zahlen bei weitem überwogen. Rund 75 Prozent der Bevölkerung lebten und arbeiteten auf dem Land; dieses Übergewicht schlägt sich natürlich auch in den Akten nieder. Zum zweiten ist erneut das wirtschaftliche Umfeld in Betracht zu ziehen. In der Frühzeit konnte die Pockenschutzimpfung auch eine finanzielle Frage bedeuten und kam daher für die ländliche Bevölkerung schon aus diesem Grund nicht in Betracht. In jedem Fall verblieben zeitliche Aufwendungen, die für bäuerliche und unterbäuerliche Schichten schwieriger zu bewältigen waren als für Stadtbewohner: Für die Landbevölkerung gab es – unabhängig von sonstigen Vorbehalten, die noch zu untersuchen sind – mehr Hindernisse auf dem Weg als für andere soziale Schichten.

Väter, Mütter, Kinder – Intrafamiliäre Konstellationen

In den von den Werbbezirks- und Kreisbehörden ab 1816 abverlangten Rubriken bzw. Listen der „Impfnutzwangten“ wurde gefordert, die jeweiligen „Familienhäupter“, welche die Impfung verweigerten, anzuführen. Im Verständnis der Behörden war das der Familienvater, „da die Entscheidung, ob Eltern ihre Kinder impfen lassen wollen oder nicht, zunächst dem ehelichen Vater zusteht“.⁷⁹ Die Quellen zeigen freilich, dass die Praxis ganz anders aussehen konnte; es gibt vielmehr deutliche Hinweise darauf, dass den Frauen und Müttern eine eminente Rolle bei der Frage einer Pockenschutzimpfung zukam. Sie beanspruchten Kompetenz für den innerfamiliären Bereich der Kinderbetreuung und Obsorge und verteidigten diese Zuständigkeit sowohl gegenüber den Vätern bzw. Ehemännern als auch gegenüber der Obrigkeit.

Freilich könnte als Gegenargument angeführt werden, dass der Widerstand einer Frau und Mutter als Abweichung von der Norm in den Protokollen besonders hervorgehoben worden wäre. Namentliche Auflistungen von „impfnutzwangten“ Familien oder die Befragung einzelner Betroffener vor einer Werbbezirksbehörde differenzierten aber sehr wohl, ob beide Eltern oder aber nur der Vater oder die Mutter gegen eine Impfung waren. Der Grad der Ablehnung durch die Frauen war in jedem Fall höher.⁸⁰ Damit brachten sie die sogenannten „Familienhäupter“ oft in Bedrängnis, welche die Entscheidung nach außen zu vertreten hatten und stellvertretend bestraft wurden. Johann Ainödmayr aus Kleingöß musste sich 1824 vor der Staatsherrschaft Göß rechtfertigen: „Mein Weib will kein Kind impfen lassen, und ich kann ihr es nicht schaffen“; gleiches brachte 1830 Thomas Schwarz vulgo Mayr vor: „Um nun den Hausfrieden zu erhalten, weil sie recht scharf war, habe ich ihr nachgegeben und das Kind zur Impfung nicht gebracht.“⁸¹

79 StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

80 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820: Verzeichnis derjenigen Pfarr Gössischen Insassen, welche die Pockenimpfung ihrer Kinder schlechterdings verweigern, 1812. Vgl. HUBER-REISMANN, Versorgung, wie Anm. 7, 515.

81 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849. Dieses Problem gab es auch andernorts: Vgl. FALK / WEISS, Blattern, wie Anm. 10, 180.

Dass das keine bloßen Schutzbehauptungen der Väter waren, belegen entsprechende Protokolle der Bezirksobrigkeit Feistritz in der Oststeiermark. Solche Protokolle wurden von den lokalen Behörden aufgenommen, wenn die Eltern ihre Kinder nicht – wie vorgeschrieben – zur Impfstelle gebracht hatten.⁸² Hier betonten mehrere Bauern aus dem Ort Hainersdorf 1824/1825 übereinstimmend, dass nicht sie, sondern ihre Ehefrauen die Impfung ihrer Kinder verhindern würden. „Ich kann außer dass ich den Vorwurf meines Weibes immer zu gewärtigen hätte, nichts zu meiner Entschuldigung angeben“, meinte etwa der 60-jährige Joseph Meyer, Vater eines 2-jährigen Sohnes.⁸³ In Konsequenz dessen wurden anschließend die in Rede stehenden Frauen vorgerufen, welche die getroffenen Aussagen bestätigten. Genauso wie ihre Männer als verantwortliche Hausväter erhielten sie eine Strafe auferlegt – und das sogar in durchwegs höherem Ausmaß, weil man sie offenbar als wahre Schuldige der Renitenz ausmachte. Während etwa Patritz Taucher die Nichtbefolgung des obrigkeitlichen Auftrages zum Erscheinen auf dem Impfpfplatz mit 10-stündigem Arrest bei Wasser und Brot büßen musste, erhielt seine Ehefrau Maria eine 12-stündige Arreststrafe; gleiches galt für das Ehepaar Joseph und Anna Mayer.⁸⁴

Die Frauen traten nicht nur in der Ehe selbstbewusst für ihre Entscheidungsbefugnisse als Mütter ein, sondern im Bedarfsfall auch vor der Obrigkeit. Elisabeth Stipler, eine 25-jährige Inwohnerin aus Mürzzuschlag, wollte sich vom dortigen Magistrat 1826 nicht über Schutzmaßnahmen der Pockenkrankheit belehren lassen, sondern empfand das geradezu als Einmischung: „Im Übrigen aber weiß schon jede Mutter, was sie zu tun hat.“⁸⁵ Auch Franziska Ebner, die Ehefrau eines Hutmannes am Präbichl, pochte 1838 bei ihrer Vernehmung auf ihre Zuständigkeit: „Ich bin Mutter und als solche berechtigt, damit [mit dem Kind, Anm. d. Verf.] zu tun, was ich will.“⁸⁶ Diese Aussagen dürfen nicht als Ausdruck einer überschätzten Bestimmungsgewalt missverstanden werden. Die Frauen fühlten sich für das Schicksal ihrer Kinder verantwortlich und hatten nicht zuletzt Angst, im Falle eines gefürchteten Impfschadens mit den Folgen allein gelassen zu werden. Die ledige Dienstmagd Elisabeth Scheerin, die für zwei Kinder zu sorgen hatte, fand dafür bei der Bezirksobrigkeit Seckau 1831 deutliche Worte: „Ich nur allein habe die Verantwortung auf mich, muss schauen auf meine Kinder, ich will nicht mit selben zur Hölle fahren.“⁸⁷ Es war nicht bloß die Sorge, durch die Zustimmung zur Schutzimpfung den Kindern Krankheit, Leiden oder sonstiges Ungemach zu verursachen, sondern auch der Blick auf das dadurch erschwerte eigene Leben. Die Frauen wussten, dass die Pflege und Wartung des Nachwuchses – in der Familie und erst recht bei unehelichen Kindern – ausschließlich ihre Sache war; umso zögerlicher gingen sie daher ein mögliches Risiko ein.⁸⁸ Geradezu verzweifelt mutet es schließlich an, dass nicht nur eine, sondern sogar mehrere Mütter damit drohten, falls ihre Kinder gegen ihren Willen geimpft werden würden, sie diese verlassen und sich nicht

82 Wie später noch genauer ausgeführt, wurde nicht die Verweigerung der Impfung selbst als strafbar betrachtet, sondern der fehlende Gehorsam, die Kinder zu einem verlaublichen Termin zum Impfarzt zu bringen.

83 StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824; Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835.

84 StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835.

85 StLA, Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826.

86 StLA, Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841.

87 StLA, Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

88 Diese Angst vor der individuellen Verantwortung der Eltern ortet auch Eberhard Wolff. Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 411.

mehr um sie kümmern wollten.⁸⁹ Damit machten sie mehr als deutlich, dass sie jede Verantwortung für eine solche fremdbestimmte Entscheidung ablehnten.

Abschließend wird noch der Überlegung nachgegangen, ob und inwieweit persönliche Merkmale wie beispielsweise das Alter oder das Geschlecht eines Kindes ausschlaggebend für die Verweigerung seiner Schutzimpfung sein konnten. Hinsichtlich des Geschlechts lassen sich keine Unterschiede entdecken; entsprechende Auflistungen zeigen, dass Knaben und Mädchen gleichermaßen betroffen waren.⁹⁰ Die Frage einer ungleichen Behandlung von Erst- und Nachgeborenen ist schwieriger zu beantworten. Eberhard Wolff geht in seiner These des erwünschten Kindertodes als ökonomische Überlebensstrategie in den Anfängen der Pockenschutzimpfung ja davon aus, dass eine solche Vernachlässigung in erster Linie die kleinsten Kinder mit hohem Geburtsrang betraf.⁹¹ Faktum ist, dass Eltern – soweit aus den Quellen ablesbar – tatsächlich die Impfung von jüngeren, nachgeborenen Kindern häufiger verweigerten.⁹² Allerdings erfolgten die Argumentationen der Väter und Mütter in genau umgekehrte Richtung: Gerade weil sich bei einer bereits durchgeführten Impfung der älteren Kinder Komplikationen oder Nacherkrankungen ergeben hätten, wollte man die jüngeren Geschwister davor bewahren. Oder aber: Nachdem die älteren Kinder glücklich durch ihre Pockenerkrankung gekommen waren, erhoffte man sich das auch von den jüngeren.⁹³ Deutlich differenziert wurde schließlich zwischen leiblichen Kindern und Ziehkinder. Den Aufwand, der mit einer Schutzimpfung verbunden war, wollten manche Pflegeeltern nicht auf sich nehmen. Anna Meller aus dem Gößgraben bei Leoben erklärte im Jänner 1831 der zuständigen Bezirksobrigkeit unverhohlen, dass sie keine Zeit gehabt hätte, zur Impfung zu kommen, „auch weiß ich nicht, warum ich mich um das Kind so sehr annehmen soll, weil es ja nicht mein eigenes Kind“.⁹⁴ Aussagen wie diese sind wiederum als Indiz dafür zu werten, dass die jahrelangen Beschwörungen der Impfungsanstalt als „Wohltat“ für die Kinder durchaus auf fruchtbaren Boden gefallen waren. Die (teilweise) Anerkennung einer positiven Wirkung der Schutzimpfung musste aber nicht automatisch zu deren Anwendung führen.

89 Vgl. StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824; Müzzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826; Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841.

90 Vgl. z. B. StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 172, H. 1182: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jahrhundert; Vordernberg, Markt, K. 206, H. 649: Sanitätswesen, Impfungen, 1842–1866.

91 Vgl. Eberhard WOLFF, Der „willkommene Würgeengel“. Verstehende Innenperspektive und ‚genaue‘ Quelleninterpretation – am Beispiel des erwünschten Kindertods in den Anfängen der Pockenschutzimpfung, in: Martin Dinges / Thomas Schlich, Hg., Neue Wege in der Seuchengeschichte (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Geschichte, Beiheft 6, Stuttgart 1995), 105–142, hier 131.

92 Vgl. z. B. StLA, Pflindsberg, Herrschaft, K. 86, H. 699: Impfung, 1836; Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

93 Vgl. z. B. StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847; Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

94 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

Nicht nur Vorurteil und Starrsinn – Argumente der Impfverweigerer

Welche Beweggründe führten nun dazu, die Pockenschutzimpfung zu verweigern? Vorausgeschickt werden muss, dass es sich in den meisten Fällen wohl um ein Bündel von Motiven gehandelt hat, die mit unterschiedlicher Gewichtung zum Tragen kamen. Außerdem ist zu differenzieren, woher die Aussagen stammen; es macht einen Unterschied, ob Behörden und Ärzte die Sachlage kommentierten oder ob Impfnitente selbst ihre Argumente vorbrachten. Ab 1816 galt jedenfalls die Vorschrift, dass in die Impfausweise nicht nur die Namen der Impfverweigerer einzutragen, sondern auch deren „Weigerungsgründe“ genau anzuführen waren.⁹⁵ Es oblag freilich der Einschätzung der Behörden, inwieweit sie tatsächlich auf individuelle Gegebenheiten eingingen und diese zu Protokoll nahmen. So stellte etwa die Bezirksobrigkeit Admontbichl klar, dass sie nur „vernünftige Vorstellungen“ notieren würde⁹⁶ – was auch immer sie darunter verstand. Die von den Impfverweigerern vorgebrachten Argumente wurden häufig tendenziell und äußerst abfällig geschildert bzw. gar nicht zur Kenntnis genommen: „Diese deine Antwort ist nur eine haltlose Ausflucht“, musste sich etwa Regina Üblein 1832 vom Magistrat Vordernberg sagen lassen, obwohl sie deutlich ihre gesundheitlichen und religiösen Vorbehalte erklärt hatte.⁹⁷

Die Äußerungen der lokalen Autoritäten über die Ablehnung der Pockenschutzimpfung beschränken sich meistens auf allgemeine Floskeln, die stereotyp und wenig gehaltvoll sind. Von „unüberwindlichen und albernen Vorurteilen“, „Unwissenheit und Starrsinn“, „Schwachsinn“ und „eingewurzelttem Irrwahn“ ist hier zu lesen,⁹⁸ ohne näher auf konkrete Gegebenheiten einzugehen.⁹⁹ Damit fehlt auch vielen Impfprotokollen ihre Aussagekraft. Ein Verzeichnis der Impfnitenten der Bezirksobrigkeit Göß aus dem Jahre 1819 vermerkt als einzige Ursache bei jeder der angeführten 26 Familien: „Starrsinn“, während die Protokolle der Jahre 1830 und 1831 genauso wenig informativ verzeichnen: „Lässt aus Vorurteil nicht impfen“.¹⁰⁰ Gerade in der Frühzeit der Pockenschutzimpfung trat noch ein weiteres Erklärungsmuster hinzu, nämlich die Innovationsfeindlichkeit, die „Abscheu gegen alle Neuerungen“.¹⁰¹ Nur zu deutlich klingen aus all dem der Ärger und vermutlich auch die Enttäuschung der Behördenvertreter und Mediziner heraus, dass das aufklärerische Gedankengut, von dem sie zum Wohle der Bevölkerung überzeugt waren und das sie kraft ihres Amtes durchsetzen wollten, nicht Fuß fassen konnte.¹⁰²

Mehr ins Detail gingen hier die Aussagen der Impfnitenten selbst, wobei es natürlich einen Unterschied macht, ob sie kurz gefasst in einer Tabelle aufscheinen oder aber im Rahmen einer

95 StLA, Gub, Fasz. 66, 4607/1816.

96 StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

97 StLA, Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841. In einem Schreiben der Bezirksobrigkeit Göß heißt es, dass die Impfnitenten „die niedrigsten, ja empörendsten Ausflüchte“ gebrauchten würden. Vgl. Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

98 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; Gub, Fasz. 66, 20539/1824; 2982/1825; Weißkirchen, Markt, K. 104, H. 209: Sanität, Impfsangelegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1713–1814.

99 Vgl. auch WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 413–436; UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 67, 62.

100 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

101 StLA, Gub, Fasz. 233, 10381/1804. Vgl. insbesondere die Aussagen des Bezirkskommissariats Göß 1804: Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820.

102 Vgl. WOLFF, Triumph, wie Anm. 11, 168.

offiziellen Befragung ausführlicher formuliert wurden. Aber auch hier stellt sich die Frage der Authentizität und nicht zuletzt der Wahrhaftigkeit. Was erlaubten sich die Befragten zu sagen, welche Argumente galten als angemessen, für welche Gedanken schämte man sich und behielt sie lieber für sich, um keine heftigen Reaktionen zu provozieren?

In der Frühzeit der Vakzination bildeten finanzielle Gründe einen Hinderungsgrund, dessen Relevanz von der Obrigkeit auch realisiert wurde. Weite Teile der ländlichen Bevölkerung waren nicht bereit bzw. gar nicht in der Lage, für eine Impfung zu bezahlen.¹⁰³ Die Bezirksherrschaft Donnersbach berichtete im April 1803 an das Kreisamt, dass zwar mehrere Eltern damit einverstanden gewesen wären, ihre Kinder vakzinieren zu lassen, dies aber deswegen unterließen, „weil Hr. Doktor den Ersatz seiner bar ausgelegten Fuhr- und Zehrungskosten“ von ihnen verlangt habe.¹⁰⁴ 1804 setzte das Gubernium fest, dass die Impfpärzte nur von „vermögliichen Eltern“ eine mäßige Bezahlung fordern durften; die Kinder armer Eltern wurden hingegen unentgeltlich geimpft.¹⁰⁵ Doch auch diese Lösung war nicht ideal,¹⁰⁶ sodass man letztendlich entschied, die Impfung generell kostenfrei anzubieten. 1808 wurde festgesetzt, nicht nur alle Vakzinationsauslagen „ex camerali“ zu bestreiten, sondern darüber hinaus auch Impfzeugnisse gebührenfrei auszustellen.¹⁰⁷ Wirtschaftliche Unvermögenheit sollte nicht als Begründung dafür dienen, eine gesundheitliche Schutzmaßnahme nicht anzunehmen.¹⁰⁸

Auf dem Land spielte freilich noch eine weitere Komponente eine Rolle: Kinder zu einer Impfung und zu nachmaligen Kontrollen zu bringen, verbunden mit wohl langen Wartezeiten und zuweilen Märschen von entlegenen Höfen, kostete auch Zeit.¹⁰⁹ Elisabeth Schneller entschuldigte das Fernbleiben ihres Kindes damit, dass ihr Mann bettlägerig sei und sie allein das Getreide ausdreschen habe müssen;¹¹⁰ der Witwer Joseph Siedler gab vor, unabkömmlich gewesen zu sein, da er mitten im August gerade dabei war, die Ernte einzubringen.¹¹¹ Selbst den Lokalbehörden war klar, dass Bauern und Dienstboten nicht so einfach zu jeder Zeit ihre Arbeit niederlegen konnten. „Ferner muss bemerkt werden, dass zur Zeit der Impfung, nämlich im Sommer und frühen Herbst, das Landvolk bei Bestellung ihrer Felder außerordentlich beschäftigt ist und dass die Vorgerufenen nicht zu festgesetzten Stunde erscheinen, manche auch nicht erscheinen können“, realisierte etwa die oststeirische Bezirksobrigkeit Feistritz 1824.¹¹² Tatsächlich lässt sich hier wie auch andernorts ein gewisses Entgegenkommen feststellen, indem man beim Vorliegen solcher Gründe Nachsicht übte und von Strafen Abstand nahm bzw. diese milderte.

103 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 370–380.

104 StLA, Donnersbach, Herrschaft, K. 70, H. 254: Kuhpocken-Impfung, 1802–1808.

105 StLA, Gub, Fasz. 235, 8942/1804.

106 Vgl. entsprechende Gutachten der Kreisämter: StLA, Gub, Fasz. 233, 10381/1804; Sölk, Herrschaft, K. 32, H. 324: Impfungen, 1810–1820.

107 Vgl. StLA, Weißkirchen, Markt, K. 104, H. 209: Sanität, Impfsangelegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1713–1814. Vgl. PAMMER, Pocken I, wie Anm. 6, 18; PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 10, 15.

108 Eberhard Wolff bringt ausgehend von den ökonomischen Nöten kinderreicher Familien unterer sozialer Schichten auch das Phänomen zur Sprache, dass Eltern den Tod ihrer Kinder durch die Pocken wünschten und sie deshalb nicht durch eine Impfung schützen wollten. Vgl. WOLFF, Würgeengel, wie Anm. 91, 105–142; DERS., Maßnahmen, wie Anm. 1, 385–398. Belege dafür konnten im vorliegenden Quellenbestand jedoch nicht gefunden werden.

109 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 381–384.

110 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

111 StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824.

112 Ebd.

Am weitaus häufigsten erklärten Eltern ihre fehlende Bereitschaft zu einer Impfung mit gesundheitlichen Bedenken. Allen voran stand die Kränklichkeit ihrer Kinder zum Zeitpunkt der Vakzination.¹¹³ Die Jungen und Mädchen wären gerade nicht gesund, hätten Hautausschläge – meist die „Krätze“ – oder ein sonstiges Leiden. Auch zu geringes Alter – etwa nur wenige Monate – wurde in diesem Zusammenhang angeführt. Tatsächlich bildete die schlechte Konstitution der Impflinge einen Graubereich. Behörden und Ärzte waren sich darüber einig, dass schwächliche und kränkelige Kinder nicht geimpft werden sollten. In diesem Zusammenhang zeigten sie sich besonders vorsichtig, da ihnen bewusst war, dass jede etwaige Verschlechterung des Krankheitszustandes unfehlbar einer durchgeführten Impfung zugeschrieben werden würde.¹¹⁴ Dieses Wissen dürfte bei einzelnen Eltern allerdings auch dazu geführt haben, verschiedene Krankheiten ihrer Kinder vorzuschützen, um auf diese Weise die Impfung zu verzögern oder ganz zu verhindern, dabei aber nicht in den Verdacht offener Renitenz zu geraten.¹¹⁵ Die Folge war, dass die betroffenen Kinder in jedem Fall verpflichtend zur Impfstelle gebracht werden sollten, damit dort der Arzt die Schwere der Erkrankung feststellte.¹¹⁶ Auch hier konnten natürlich die Meinungen zwischen den sicher weniger risikofreudigen Eltern und dem Mediziner über die Gefährlichkeit einer Impfung auseinandergehen.

Ernst nahmen die Behörden noch ein weiteres wiederkehrendes Motiv: Die Vakzination würde entweder gar keine Wirksamkeit entfalten oder aber höchst nachteilige Folgen für die Gesundheit der Impflinge nach sich ziehen.¹¹⁷ Dieser Komplex der gesundheitlichen Argumente gegen die Impfung bestand aus unterschiedlichen Komponenten, die eng miteinander verbunden waren und ineinander übergingen. Den Kreisämtern wurde jedenfalls eingeschärft, entsprechende Nachrichten aus der Bevölkerung auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen, um rechtzeitig gegensteuern zu können und den Ruf des Unternehmens nicht zu gefährden.

Zweifel an der Effizienz der Schutzimpfung wurden vor allem in der Frühzeit geäußert, als noch nicht auf ausreichende Erfahrungswerte verwiesen werden konnte.¹¹⁸ Tatsächlich kam es immer wieder vor, dass scheinbar vakzinierte Kinder trotzdem an den Pocken erkrankten und starben.¹¹⁹ Auch die Behörden mussten zugeben, dass Impfungen aus verschiedenen Gründen misslingen konnten – ein Problem, das man selbst in den 1820er Jahren nicht vollkommen in den Griff bekam.¹²⁰ Als ab den 1830er Jahren immer deutlicher wurde, dass eine einmalige Impfung nicht dauerhaft vor den Pocken zu schützen vermochte, hatte man schließlich ein weiteres Erklärungsproblem.¹²¹

113 Vgl. auch FALK / WEISS, Blattern, wie Anm. 10, 179–180.

114 StLA, Gub, Fasz. 66, 22112/1817; 830/1822.

115 Vgl. auch WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 317–323.

116 Vgl. z. B. GÖß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820: „Es wäre deine obrigkeitl. Pflicht gewesen, das Kind ansehen und beurteilen zu lassen, ob es impffähig ist oder nicht.“

117 Vgl. auch Katharina SÜSS, Impfen: Ja oder Nein? Eine historische Betrachtung der Impfdebatte des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum im Vergleich zur Gegenwart, in: *historioPLUS* 6 (2019), 151–182, hier 165–166.

118 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 353–361.

119 StLA, Gub, Fasz. 235, 5924/1807; Fasz. 66, 18078/1813; 2028/1816.

120 StLA, Gub, Fasz. 66, 830/1822; 2982/1825; Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 321, H. 1998: Belehrungen über Viehseuchen: Lorenz Chrysanth Edler von VEST, Ueber die Kuhpocke, als eine Krankheit der Kühe, über ihren Ursprung und über die Inoculation derselben als Schutzmittel gegen die Menschenblattern [...] (Graz 1825).

121 StLA, Gub, Fasz. 66, 15342/1840; Vordernberg, Markt, K. 206, H. 649: Sanitätswesen, Impfungen, 1842–1866. Vgl. WOLFF, Triumph, wie Anm. 11, 177–178.

Eine Schwierigkeit, mit der sich die Ärzte konfrontiert sahen, war die oft schlechte Qualität des Impfstoffes.¹²² Die Bezirksobrigkeit Gleichenberg nahm sich 1821 kein Blatt vor dem Mund: „Die Impfpärzte haben keinen Impfstoff und seien nicht Willens, sich einen derlei Stoff von Graz zu verschaffen, da dieser Stoff niemals gegriffen habe, wodurch bei dem Landmann das für die Impfung herrschende Misstrauen nur noch mehr bestärkt worden sei.“¹²³ Die Erzeugung und Bevorratung der Vakzine bildete einen dauerhaften Schwachpunkt. Nachdem die echten Kuhpocken in Europa selten auftraten, musste man „humane Lymphe“ aus der gefüllten Impfpustel einer kurz zuvor vakzinierten Person verwenden.¹²⁴ Es bedurfte damit zugleich einer gewissen Fachkenntnis und Kunstfertigkeit des Arztes, um den Erfolg einer Impfung zu garantieren. 1805 forderte ein Gutachten des Grazer Guberniums eine bessere Ausbildung der Mediziner, die methodisch noch unerfahren wären und „echte“ Pockenpusteln nicht von unechten zu unterscheiden wüssten.¹²⁵ 1818 wurde ihnen verpflichtend eine zunächst dreimalige, dann zweimalige Nachschau der geimpften Kinder aufgetragen, damit der ordnungsgemäße Gang der Vakzination kontrolliert werden konnte.¹²⁶

Mit der Person des Arztes ist bereits ein weiterer Bereich angesprochen, der eine Rolle spielte, nämlich die mit der Impfung unmittelbar in Zusammenhang stehenden Nebenwirkungen.¹²⁷ Die Vakzination wurde am Oberarm vorgenommen, wobei meist Lanzetten, mit denen man die Stiche oder Schnitte setzte, zum Einsatz kamen. Schlechte, ungeschickte Mediziner, zu denen man kein Vertrauen hatte und die den Kindern offenbar Schmerzen zufügten, bildeten einen Grund, den Impfplatz zu meiden.¹²⁸ 1821 zog man den Impfarzt von Rothenfels ab, nachdem er ein Kind angeblich „bei der Impfung so gemartert“ hatte, dass es in Folge dessen zu einem Eklat kam;¹²⁹ 1826 warnte das Magistrat Mürzzuschlag vor der Tätigkeit des Impfarztes zu Spital, einem schon bejahrten Mann, der mit unsicheren, zitternden Händen „unnötige große und nicht selten blutige Ritze“ hervorbrachte.¹³⁰ Bei einem Verzeichnis der Impfenitenten der Bezirksobrigkeit Göß 1845 heißt es bei mehreren Personen sogar dezidiert: „Lässt impfen, aber nicht durch Hrn. Kopp“.¹³¹

122 Vgl. z. B. StLA, Gub, Fasz. 66, 23176/1817; 830/1822; 2982/1825; Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820.

123 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

124 Vgl. Calixte HUDEMANN-SIMON, Die Eroberung der Gesundheit 1750–1900. Aus dem Französischen von Andrea van Dülmen (= Europäische Geschichte, Frankfurt am Main 2000), 202; LAMPRECHT, Seuchenjahre, wie Anm. 5, 80; Alois UNTERKIRCHER, „... seinen Kindern lieber die Engelsglorie, als längeres Leben ...“. Vorstellungen über die Wirkung der Schutzpockenimpfung bei Ärzten und medizinischen Laien zu Beginn des 19. Jahrhunderts, in: Tiroler Heimat 68 (2004), 93–115, hier 97; WOLFF, Triumph, wie Anm. 11, 171.

125 StLA, Gub, Fasz. 233, 10381/1804; Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820. Vgl. UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 67, 63; GINS, Krankheit, wie Anm. 41, 56–66.

126 StLA, Gub, Fasz. 66, 13807/1818; Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1183: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

127 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 296–316.

128 Vgl. StLA, Haus und Gröbming, Herrschaften, K. 160, H. 595: Pockenimpfung, 1769–1842.

129 StLA, Rothenfels, Herrschaft, K. 178, H. 592: Impfung, 1802–1832.

130 StLA, Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826.

131 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849. Melchior Kopp war ab 1839 zweiter Wundarzt in Göß und starb 1847. Vgl. HUBER-REISMANN, Versorgung, wie Anm. 7, 367–369.

Durch die Methode des „Abimpfens“ bestand seitens der Bevölkerung auch die Befürchtung, dass Krankheiten von einer Person auf die andere übertragen werden könnten, wurde hier doch das Serum aus den Revakzinationspusteln bereits geimpfter Kinder gewonnen. Um diese Sorge zu zerstreuen, sollte peinlich darauf geachtet werden, dass der Impfstoff „nur von sehr gesunden, starken, sehr schönen und reinen Kindern“ abgenommen würde. Im Kreis Judenburg hatte man insbesondere Angst, dass der Impfstoff von Findlingen herrühren könnte und ein „mit Venusseuche behafteter Bastardenstoff“ sei.¹³² Doch nicht alle Eltern waren bereit, ihre Kinder als „Impfkönige“ zur Verfügung zu stellen; hier war der Widerstand noch größer als der gegen das eigentliche Geimpftwerden.¹³³ Selbst Kinder, die gesund schienen, waren nicht davor gefeit, Krankheiten in sich zu tragen. 1833 ereignete sich in der Gegend Krakau bei Murau, dass der Impfstoff von einem syphilitischen Kind entnommen wurde, worauf zumindest 22 Impflinge und ihre Angehörigen mit Syphilis infiziert wurden.¹³⁴ Dass ein solcher Vorfall das Vertrauen der lokalen Bevölkerung in die Vakzination nachhaltig erschütterte, ist nachvollziehbar.

Inwieweit die Vorstellung wirkmächtig war, dass mit der Einimpfung der Kuhpocken zugleich ein tierisches Element auf die Menschen übergehen könnte, wird kontroversiell diskutiert. Zeitgenössische Drucke und Predigttexte nennen diese Sorge als eines der gängigen Vorurteile,¹³⁵ Eberhard Wolff sieht die „Vertierungsfurcht“ jedoch eher gering ausgeprägt und in der Forschung überschätzt,¹³⁶ was durch die steirischen Quellen bestätigt werden kann. Zwar regte das Werbbezirkskommando Seckau 1808 an, die Benennung „Kuhpocken“ zu unterlassen, um beim „Landmann“ keine Abscheu hervorzurufen,¹³⁷ und der Kreisphysiker von Bruck an der Mur nannte 1832 die tierische Herkunft des originalen Impfstoffes als einen der ihm bekannten Verweigerungsgründe,¹³⁸ doch fehlen weitere Hinweise auf dieses Motiv, vor allem seitens der befragten Impfenitenten selbst.

Den größten Raum unter den gesundheitlichen Argumenten nahm die Meinung ein, dass eine Pockenschutzimpfung allgemeine und dauerhafte Kränklichkeit der betroffenen Kinder zur Folge hätte. Diese Vorstellung resultierte aus den Grundsätzen der Humoralpathologie. Man mutmaßte, dass die Pocken eine physiologische Notwendigkeit darstellen würden, deren Ursache von Geburt an im Menschen liege. Erst durch das Ausbrechen der Krankheit könnte

132 StLA, Gub, Fasz. 233, 10381/1804.

133 StLA, Gub, Fasz. 66, 4769/1832; Müzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 606: Impfungsangelegenheiten, 1827–1838. Vgl. WOLFF, Triumph, wie Anm. 11, 171.

134 StLA, Gub, Fasz. 66, 2688/1833.

135 Johann STIGER, Praktische Bemerkungen über die Impfung und den Nutzen der Kuhpocken. Mit einer Vorrede begleitet von Doktor Joseph Schöller, k. k. wirklichem Sanitätsrathe und Protomedicus (Grätz 1807); Caspar DUFTSCHMIED, Beleuchtung der in Oberösterreich gegen die Kuhpockenimpfung herrschenden Vorurteile (Linz 1808), zit. n. PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 10, 19–20.

136 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 442–443.

137 StLA, Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 296: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

138 StLA, Gub, Fasz. 66, 4769/1832.

der Körper gereinigt werden, während die Impfpusteln den im Inneren steckenden Krankheitsstoff nicht ableiten würden.¹³⁹ Die befragten Impffrenitenten brachten das dahinterstehende Konzept nicht zur Sprache – das geschah in erster Linie durch die involvierten Ärzte –¹⁴⁰, sondern sie machten es an den äußeren Anzeichen fest, also dem Auftreten von sogenannten Ersatzkrankheiten sowie an der von ihnen wahrgenommenen allgemeinen Schwächlichkeit und Hinfälligkeit der Kinder. Aus den aufgenommenen Protokollen wird deutlich, dass es sich dabei nicht nur um Fälle vom Hörensagen handelte, sondern dass einige Eltern sehr wohl eigene Erfahrungen mitteilen konnten. Franziska Ebner, die Frau eines Hutmannes am Präbichl, verweigerte 1838 die Impfung ihrer Tochter, weil das Kind ihrer Schwester „nach der Impfung erkrankte und noch krank ist“,¹⁴¹ und Katharina Ploder aus Niklasdorf wollte nach der Vakzination ihres Sohnes Petrus keine weiteren Kinder mehr impfen lassen, weil jener „vor der Impfung gesund [war], nach der Impfung aber nie eine feste Gesundheit hat“.¹⁴²

Aufgrund der Häufigkeit der vorgebrachten Fälle von angeblich auf die Impfung folgenden Krankheiten sahen sich die steirischen Mediziner und Behörden genötigt, entsprechende Untersuchungen anzustellen. Die nachfolgenden Berichte kamen zwar zum Schluss, dass die Darstellungen meistens übertrieben wären und zahlenmäßig nicht ins Gewicht fielen, es gab jedoch Ausnahmen, für die man freilich andere Erklärungen bereit hatte. So verwies das Kreisamt Judenburg darauf, dass die aus unteren sozialen Schichten stammenden Impflinge oft unzureichend gepflegt und genährt würden und unter schlechten hygienischen Bedingungen zu leiden hätten.¹⁴³ Lorenz Chrysanth Edler von Vest räumte in seiner 1825 erschienenen Schrift „Ueber die Kuhpocke“ sogar ein: „Man muss zugeben, dass viele Kinder nach der Einimpfung kränkeln, dass sie Ausschläge, rote Augen u. d. gl. bekommen, kurz, dass die im Körper liegenden Scropheln ihre Entwicklung nach der Impfung beginnen.“¹⁴⁴ Solche Irritationen wären aber nur von kurzer Dauer und hätten keinen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder. Die Frage der tatsächlichen Repräsentativität der aufgetretenen Krankheitsfälle und ihr ursächlicher Zusammenhang mit der Schutzimpfung steht auch nicht im Mittelpunkt; die Tatsache bleibt, dass die Ängste der Menschen nicht völlig haltlos waren, wenn auch die Risikobewertung unterschiedlich ausfallen konnte.¹⁴⁵

139 Vgl. Eberhard WOLFF, „Volksmedizin“ als historisches Konstrukt. Laienvorstellungen über die Ursachen der Pockenkrankheit im frühen 19. Jahrhundert und deren Verhältnis zu Erklärungsweisen in der akademischen Medizin, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 7/3 (1996), 405–430; WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 324–328; Völker HESS, Vom Miasma zum Virus, in: Münch, Hg., Pocken, wie Anm. 1, 16–30, hier 18; Irmtraut SAHMLAND, Strategien zur Bekämpfung der Pocken um 1800 – der Beitrag Bernhard Christoph Fausts, in: Werner Köhler / Jürgen Kiefer, Hg., Seuchen gestern und heute (= Sonderschriften 32, Erfurt 1999), 33–64, hier 36–37; UNTERKIRCHER, Engelsglorie, wie Anm. 124, 98–103; UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 67, 62.

140 StLA, Weißkirchen, Markt, K. 104, H. 209: Sanität, Impfangelegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1713–1814; Gub, Fasz. 66, 20539/1824; 2982/1825; 4769/1832.

141 StLA, Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841.

142 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849. Ebenso: Vordernberg, Radmeisterekommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.; Pflindsberg, Herrschaft, K. 86, H. 699: Impfung, 1836.

143 StLA, Fasz. 66, 830/1822.

144 VEST, Kuhpocke, wie Anm. 120, 23.

145 Eberhard Wolff geht davon aus, dass die Risiken der Schutzimpfung stärker wahrgenommen wurden als die Risiken der Pockenkrankheit. Ein konkreter Einzelfall reichte aus, um die Umgebung längerfristig zu verunsichern. Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 303–313.

Ein Argument, das über die Jahre sowohl seitens der Behörden als auch seitens befragter Impfrenitenten häufig genannt wurde, war die Überzeugung, nicht in die göttliche Weltordnung eingreifen zu dürfen.¹⁴⁶ Man wollte nicht gegen den Willen Gottes handeln, sondern sich in das von ihm vorgesehene Schicksal fügen: „Gott hat uns erschaffen, er macht mit uns, was er will“,¹⁴⁷ hieß es etwa, oder: „Was Gott schickt, das schickt er“.¹⁴⁸ In diesem Zusammenhang wurde gerne darauf verwiesen, dass die eigenen Vorfahren und man selbst die Pocken glücklich überstanden hätten und das mit Gottes Hilfe auch bei den Kindern der Fall sein würde.¹⁴⁹ Eberhard Wolff interpretiert diese unbedingte Berufung auf die göttliche Allmacht auch als Angst der Eltern vor der eigenen Verantwortung.¹⁵⁰ Die Entscheidung für die Impfung bedeutete ein aktives Eingreifen in das Geschehen, wobei die Folgen für die Menschen nicht absehbar waren. Es erschien offenbar vielen sicherer, sich auf die über Generationen geübte passive Rolle zurückzuziehen und weiterhin eine höchste Autorität für sie bestimmen zu lassen. Im Laufe des Untersuchungszeitraumes lässt sich in der Steiermark – im Gegensatz zu anderen Ländern – auch kein Rückgang dieser Haltung erkennen.¹⁵¹

Peinlich vermieden Impfrenitente bei ihren Befragungen jedoch den Verweis auf weitergehende religiöse Motive, die nur aus den Berichten von Ärzten und Behördenvertretern entgegneten und die diese als „absurden Aberglauben“¹⁵² abqualifizierten. So gab es angeblich die Befürchtung, dass geimpfte Kinder nicht mehr das Sakrament der Firmung erhalten dürften.¹⁵³ Noch weiter ging die Vorstellung, bei der Impfung würden die Kinder „gezeichnet“ und damit dem Teufel verschrieben. Die Eintragung in das Impfprotokoll bedeutete damit nichts anderes als den Verlust der ewigen Seligkeit. Bei diesen Vorstellungen handelt es sich nicht unbedingt „um seltene Einzelbelege ‚volksmedizinischen Aberglaubens‘“, wie Eberhard Wolff meint,¹⁵⁴ sondern ihnen kam durchaus eine gewisse Verbreitung zu, da entsprechende Nachrichten aus verschiedenen Teilen der Steiermark, ja sogar aus Kärnten zu finden sind.¹⁵⁵ Bemerkenswert ist allerdings, dass man die Schuld an der Verbreitung dieser Geschichten explizit „Bettlern und Vagabunden“ zuschieben wollte. Dass solche irrationalen Ängste in der ländlichen Bevölkerung vorhanden waren, beweist ein spezieller Fall aus der Gegend um Fohnsdorf, der sich

146 Vgl. auch Caroline Marie HUMM, Die Geschichte der Pockenimpfung im Spiegel der Impfgegner, Medizinische Dissertation (Technische Universität München 1986), 34–35; WOLFF, Triumph, wie Anm. 11, 169; WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 399–412; FALK / WEISS, Blattern, wie Anm. 10, 175–176; PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 10, 19–20.

147 StLA, Admontbichl, Herrschaft, K. 69, H. 213: Impfungen und epidemische Krankheiten, 1825–1847.

148 StLA, Weißkirchen, Markt, K. 105, H. 210: Sanität, Impfanlagen, Epidemien, Kontumaz, 1815–1865

149 Vgl. etwa: „Ich ließe Gott darüber walten, der auch mich blattern ließ“: StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824.

150 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 411.

151 Wolff konstatiert für Württemberg, dass die Angst, in die göttliche Vorsehung einzugreifen, nach 1817 fast nicht mehr nachgewiesen ist. Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 403.

152 StLA, Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.

153 StLA, Gub, Fasz. 66, 8173/1827; Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835.

154 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 401–402.

155 Vgl. StLA, Gub, Fasz. 66, 23176/1817; 830/1822; 4769/1832; Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.; Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824; Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826. Vgl. auch Victor FOSSEL, Volksmedizin und medicinischer Aberglaube in Steiermark. Ein Beitrag zur Landeskunde (Graz 1885), 139; PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 10, 24.

1824 ereignete: Dort zog eine alte Frau herum, die geimpfte Kinder „übertaufte“, da sie der Überzeugung war, dass durch die Impfung die erste Taufe zunichte gemacht worden wäre. Tatsächlich fanden sich mehrere Personen, die sich von ihr ein zweites Mal taufen ließen.¹⁵⁶

Zwangs- und Strafmaßnahmen gegen Impfnutzens

Das oberste Kredo bei der Verbreitung der Pockenschutzimpfung im Habsburgerreich war die Vermeidung von Zwang; eine Impfpflicht gab es nicht.¹⁵⁷ Man erhob von Beginn an den Anspruch, die Bevölkerung durch Belehrung für diese neue Einrichtung zu gewinnen, wobei man in erster Linie auf persönliche Fürsprache von Beamten, Medizinern und Geistlichen, in weiterer Folge auch auf Volksschriften setzte.¹⁵⁸ In der Praxis verschwammen allerdings im Laufe der Jahre die Grenzen zwischen bloßer Überzeugungsarbeit und der Verwendung von „indirekten“ Druckmitteln,¹⁵⁹ die den lokalen und regionalen Behörden aber nach wie vor zu wenig effektiv erschienen.

Nicht zu unterschätzen ist der emotionale Druck, den unter anderem die Seelsorger aufbauen sollten. Schon 1804 sprechen schriftliche Aufrufe an die Eltern, ihren Nachwuchs impfen zu lassen, eine deutliche Sprache. Impfverweigerer werden geradeheraus als „Mörder“ ihrer Kinder gegeißelt, die sich dereinst „bei dem Allmächtigen schwer verantworten“ müssten.¹⁶⁰ Genauso setzte man auf die Autorität der lokalen Beamten. Vor ihnen hatten sich die Eltern zu rechtfertigen, wenn sie eine Impfung nicht durchführen lassen wollten; eingeschüchtert durch eine solche Verhörsituation in einer Amtskanzlei, wurde der Widerstand vermutlich oft aufgegeben. In diese Richtung geht auch die Anordnung, die Namen der Impfnutzens zu Protokoll zu nehmen und zur Kenntnis des Kreisamtes, des Guberniums, ja der Hofbehörden zu bringen.¹⁶¹ Die Unsicherheit der Betroffenen darüber, welche Konsequenzen mit einer solchen Offenlegung verbunden sein könnten, war sicher groß.¹⁶²

Schließlich gab es auch handfeste Maßnahmen, die eine Durchsetzung der Pockenschutzimpfung gewährleisten sollten. In der „Vorschrift zur Leitung und Ausübung der Kuhpockenimpfung in den k. k. deutschen Erbstaaten“ wurde 1808 festgesetzt, dass Zöglinge von Waisen- und Versorgungshäusern geimpft sein mussten, genauso wie Kinder, die ein öffentliches,

156 Aufgrund ihres bald darauf erfolgten Todes konnte die Frau nicht mehr zur Verantwortung gezogen werden. Vgl. StLA, Gub, Fasz. 66, 33015/1824.

157 Zum Verzicht auf direkte Strafbestimmungen vgl. Ute FREVERT, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 62, Göttingen 1984), 74. Manfred VASOLD spricht von einer Impfpflicht für Österreich ab 1808, was aber nicht zutrifft; in diesem Jahr wurde nur eine Vorschrift zur Förderung der Schutzimpfung erlassen. Vgl. DERS., Pest, wie Anm. 1, 223.

158 Vgl. PAMMER, Pocken I, wie Anm. 6, 17–21; DERS., Beichtzettel, wie Anm. 10, 15–16; HEINSDORF, Vakzination, wie Anm. 11, 60.

159 Vgl. WOLFF, Maßnahmen, wie Anm. 1, 196–207.

160 Aufruf an die „Lieben Eltern“. Ähnlich der Aufruf 1808 an die „Guten Eheleute“ mit dem Satzesatz: „Ich habe mein Kind selbst um das Leben gebracht.“ Vgl. StLA, Gub, Fasz. 233, 10381/1804; 5761/1808.

161 Vgl. z. B. Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820.

162 Das Grazer Gubernium befürwortete die Maßnahme aus diesem Grund ausdrücklich: StLA, Gub, Fasz. 66, 830/1822.

unentgeltliches Erziehungsinstitut besuchen oder ein Stipendium erlangen wollten.¹⁶³ Es folgten strenge Vorschriften über die Beerdigung von an Pocken verstorbenen Kindern,¹⁶⁴ über die Kennzeichnung von betroffenen Häusern mit einer Tafel und schließlich über die Veröffentlichung der Namen jener Eltern, die ihre an Pocken verstorbenen Kinder nicht impfen hatten lassen; in den Städten sollte diese Bloßstellung über die Zeitung erfolgen, am Land durch Verlesung von der Kanzel.¹⁶⁵ 1819 wurde schließlich festgesetzt, dass der Bezug einer Armenunterstützung an die Verpflichtung zur Schutzimpfung gebunden werden sollte, genauso wie 1825 die Aufnahme eines Lehrlings in ein Handwerk oder Gewerbe.¹⁶⁶

Den steirischen Bezirksobrigkeiten, Kreisämtern, ja sogar dem Grazer Gubernium ging das alles aber nicht weit genug.¹⁶⁷ Immer wieder wurden direkte Zwangsmaßnahmen, wie sie ja auch in anderen Ländern bestanden,¹⁶⁸ eingefordert. Der Bogen reichte hier etwa von weiteren Beschränkungen wie der Verweigerung von Heiratslizenzen und Begräbnisbewilligungen über die Abforderung von zusätzlichen Gebühren und Strafzahlungen bis hin zu Gemeindearbeit und Arreststrafen nach dem Strafgesetzbuch.¹⁶⁹ In der Argumentation solcher Sanktionen zeigte man sich durchaus erfinderisch. So meinte etwa ein Referent des Guberniums 1821, auch verschiedene Gattungen von Kindesverwahrlosungen seitens der Eltern würden als schwere Polizeiübertretungen erklärt und bestraft; nichts Anderes würde eine Impfenitz darstellten. Der Staat übernehme solcherart Vaterstelle.¹⁷⁰ Zwangsmaßnahmen befand das Brucker Kreisamt, in dessen Gebiet besonders viele Renitente zu finden waren, insbesondere bei den Kindern von Armen und unehelichen Müttern als legitim, „da selbe mehr oder minder dem Staate und den Lokalbehörden zur Last fallen“, woraus der Obrigkeit auch gewisse Rechte erwachsen würden.¹⁷¹ Dieser unbedingte Glaube an die Notwendigkeit von stärkeren Druckmitteln verführte so manche Lokalbehörde durchaus zu Eigenmächtigkeiten,¹⁷² fühlte sie sich doch gewissermaßen von den zentralen Stellen mit dem Problem allein gelassen.

Aus diesem Unbehagen heraus entwickelte das Grazer Gubernium einen ganz eigenen Weg, Impfungsrenitente zu bestrafen. Ausgehend von einem Hofdekret vom 15. Juli 1817, nach welchem Personen, die die Impfung verweigerten, als ungehorsame Untertanen zu betrachten seien,¹⁷³ griff es bei der Rechtfertigung einer nachfolgenden Bestrafung auf das sogenannte Untertanenstrafpatent vom 1. September 1781 zurück. Damit hatte Kaiser Joseph II. dereinst

163 Vgl. z. B. StLA, Donnersbach, Herrschaft, K. 70, H. 254: Kuhpocken-Impfung, 1802–1808.

164 StLA, Gub, Fasz. 66, 29822/1824. Ausführlich vgl. den Fall der Helena Wagner: StLA, Bruck an der Mur, Stadt, K. 28, H. 54: Jahresakten (Nachtrag), 1818–1819.

165 Vgl. z. B. Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820. Vgl. PAMMER, Beichtzettel, wie Anm. 10, 15–18; LAMPRECHT, Seuchenjahre, wie Anm. 5, 85–86.

166 StLA, Gub, Fasz. 66, 4365/1819; 4769/1832.

167 Mehrfach war zu hören: „Da mit der Impfung kein bestimmter Zwang verbunden, so argumentiere das Volk, es müsste diese Anstalt doch nicht etwas so ausgemacht Gutes sein, weil sonst zur Impfung gezwungen werden würde“: StLA, Gub, Fasz. 66, 2982/1825. Ebenso Gub, Fasz. 66, 4769/1832.

168 Allen voraus führte Bayern 1807 den Impfwang ein. Vgl. HUDEMANN-SIMON, Eroberung, wie Anm. 124, 201.

169 Vgl. z. B. StLA, Gub, Fasz. 66, 22112/1817; 2982/1825; Göß, Staatsherrschaft, K. 72, H. 148/1: Schutzpockenimpfung, 1802–1820; Weißkirchen, Markt, K. 104, H. 209: Sanität, Impfsangelegenheiten, Epidemien, Kontumaz, 1713–1814. Vgl. HUBER-REISMANN, Versorgung, wie Anm. 7, 516–517.

170 StLA, Gub, Fasz. 66, 22112/1817.

171 StLA, Gub, Fasz. 66, 4769/1832.

172 Vgl. z. B. StLA, Gub, Fasz. 66, 8383/1821.

173 StLA, Gub, Fasz. 66, 4769/1832.

festgelegt, welche Strafen eine Grundherrschaft im Rahmen der Niedergerichtsbarkeit gegenüber ihren Untertanen anwenden konnte; es sollte also einen Schutz der Bauern vor herrschaftlicher Willkür bilden. Nunmehr nahm man aber einen Paradigmenwechsel vor und instrumentalisierte das Patent zur Grundlage einer Sanktionierung von Ungehorsam gegen die Obrigkeit. Auf diese Weise konnten Arrest- und Geldstrafen verhängt und Personen mit öffentlicher Arbeit bestraft werden. Freilich gab es einen Haken, da direkter Zwang zur Impfung ja ausgeschlossen sein sollte. Daher benützte man eine Grauzone: Nicht die Verweigerung der Impfung selbst sollte bestraft werden, sondern nur das unentschuldigte Ausbleiben der impffähigen Personen auf erfolgte Vorladung zu einer Impfung.

Nach einer entsprechenden Gubernialkurrende des Jahres 1825 diente der Rückgriff auf das Untertanenstrafpatent in der Steiermark – und zwar nur hier – als wichtiges Druck- und Strafmittel gegen Impfnitenz.¹⁷⁴ Eltern, welche ihre Kinder entgegen der obrigkeitlichen Forderung nicht zu einer anberaumten Impfung brachten, wurden in die Amtskanzlei der Bezirksbehörde vorgeladen und hatten sich dort über ihren „Ungehorsam“ zu rechtfertigen. In diesen regelrechten Verhören, die vom jeweiligen Bezirkskommissar geführt und von einem Aktuar aufgezeichnet wurden, mussten die Betroffenen genau darlegen, warum sie der amtlichen Weisung nicht nachgekommen waren. Der Angelegenheit wurde durchaus Bedeutung beigemessen, so scheute man etwa nicht den Aufwand, vorgebrachte Entschuldigungsgründe durch zusätzlich einvernommene Zeugen zu hinterfragen. Je nach Sachlage wurden schließlich auch Strafen verhängt, am häufigsten Arreststrafen, die bis zu 48 Stunden betragen konnten.¹⁷⁵

1830 wurden etwa von der Bezirksobrigkeit Göß 16 Untertanen, die einen Impftermin für ihre Kinder im August dieses Jahres nicht wahrgenommen hatten, vorgefordert und befragt. Sieben von ihnen konnten sich hinreichend entschuldigen – etwa wegen unterbliebener Verständigung – und wurden nicht belangt. Bei fünf weiteren Personen erkannte die Obrigkeit aufgrund der vorliegenden besonderen Umstände, dass sie diesmal zwar „von der Strafe losgezählt“ würden, aber einen scharfen Verweis für die Zukunft erhalten sollten. Dazu zählten etwa die Mägde Juliana Keunessin und Aloisia Spornier. Sie hatten angegeben, nicht zur Impfstelle gekommen zu sein, weil ihre Kinder damals kränklich gewesen wären und sie sich durch das „Reden anderer Leute“ verleiten ließen, nicht zu erscheinen. Als strafwürdig galten schließlich vier Mütter, bei denen die Bezirksobrigkeit keine Einsicht feststellen konnte und die auf ihrer Weigerung beharrten: „Ich habe mir gedacht, einimpfen lasse ich ohnehin nicht, folglich ist mein Herabkommen nicht not gewesen“, erklärte etwa die Bäuerin Elisabeth Schneller. Für ihren gezeigten „Ungehorsam“ mussten die Frauen mit Arrest zwischen vier und 36 Stunden büßen.¹⁷⁶ Dennoch – in den Augen des Kreisamtes ging die Bezirksobrigkeit Göß zu wenig rigide gegen Impfnitenten vor. Die Lokalbehörde versuchte, ihre Nachsicht damit zu erklären, dass die Sanktionen größtenteils gegen arme Dienstboten und unbemittelte Insassen gerichtet werden müssten: „Die Züchtigung kann selbst bei Dienstboten nicht immer statthaben,

174 StLA, Gub, Fasz. 66, 2982/1825. In einigen Bezirksobrigkeiten war diese Praxis sogar schon vor 1825 üblich. Vgl. Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824.

175 Vgl. Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835; Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.; Vordernberg, Markt, K. 206, H. 648: Sanitätswesen, Impfungen, 1802–1841.

176 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

und die Arreststrafe würde eben mehr den Dienstherrn treffen, weil ihm die Arbeitskraft entzogen würde.“ Bei der Durchführung der Bestrafung nahm man außerdem auf die wirtschaftlichen Gegebenheiten Rücksicht und wartete die Beendigung „aller dringenden Feldarbeiten“ ab.¹⁷⁷

Im März 1833 wurde die Wiener Hofkanzlei schließlich auf die in der Steiermark geübte Praxis der Anwendung des Untertanenstrafpatentes aufmerksam. Nachdem die Verfügung des Guberniums durch keine allgemeine Vorschrift gedeckt war und auch in keinem anderen Kronland zur Anwendung kam, musste sie aufgehoben werden – freilich ohne öffentliche Kundmachung.¹⁷⁸ Gleichwohl sprach sich das Aussetzen der Maßnahme in der Bevölkerung schnell herum. Äußerungen einzelner Bezirksobrigkeiten der Folgejahre ist zu entnehmen, dass die fehlende Bereitschaft, Kinder zu einer Impfstelle zu bringen bzw. dort impfen zu lassen, auch auf den Wegfall dieses Druckmittels zurückgeführt wurde.¹⁷⁹

Die Möglichkeit einer Bestrafung gab es aber weiterhin in zwei Sonderfällen, nämlich zum einen bei der Erzeugung von Aufruhr im Zusammenhang mit der Impfung und zum anderen bei der Verbreitung von Gerüchten über die schädliche Wirkung einer Vakzination. Tatsächlich dürfte die Stimmung auf einem Impfplatz mitunter sehr angespannt gewesen sein. Amtspersonen, verunsicherte Eltern, schreiende Kinder, aber auch interessierte Zaungäste ergaben eine Mischung, in der es zu tumultartigen Szenen kommen konnte. Um Ruhe und Ordnung wieder herzustellen und Autorität zu beweisen, war man mit Strafen schnell zur Stelle. Als die Bindermeisterin Koch aus Rothenfels bei der Impfung 1821 dem Impfarzt ihr Kind entriss und sich lautstark und mit „zügellosem Maul“ darüber beschwerte, dass es von ihm „so gemartert und beinahe der Arm durch und durch gestochen worden sei“, hatte das nicht nur Konsequenzen für den Arzt – der „wegen dieser Rederei“ sicherheitshalber von seinem Geschäft enthoben wurde –, sondern auch für die erboste Mutter, die mit einer Arreststrafe belegt wurde.¹⁸⁰ Die Behörde wusste nur zu gut, wie schnell sich Erzählungen über solche Begebenheiten herum-sprechen und welche Eigendynamik sie entwickeln konnten. Selbst lautstark geäußerte Kritik an der Vakzination wurde nicht geduldet. Der Gerichtsdienst der Herrschaft Wasserberg 1817 wollte nach dem Kirchgang den nächsten Impftermin verlautbaren. Dabei trat Sebastian Hausbacher – angeblich „unter aufrührerischem Geschrei“ – aus der Menge hervor und erklärte, „dass man dieser neuen Sache nicht Folge leisten solle [...], wir hätten noch den alten Gott“. Nur mühsam konnte der Gerichtsdienst „den durch sein Geschrei aufgeregten Volkshaufen“ wieder beschwichtigen. Sebastian Hausberger musste „zum warnenden Beispiel für andere“ für 24 Stunden in Arrest.¹⁸¹

177 StLA, Göß, Staatsherrschaft, K. 73, H. 148/2: Schutzpockenimpfung, 1820–1849.

178 StLA, Gub, Fasz. 66, 4769/1832.

179 Die Bezirksobrigkeit Seckau äußerte 1835 resigniert an das zuständige Kreisamt: „Trotz aller Vorkehrungen ist niemand zur Impfung erschienen, daher auch niemand geimpft worden, was allerdings als Folge der gänzlich aufgehobenen sowohl direkt als indirekten Zwangsmittel zu erwarten war“: StLA, Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

180 StLA, Rothenfels, Herrschaft, K. 178, H. 592: Impfung, 1802–1832. Vgl. auch Lamberg, Familie, K. 488, H. 1909: Pocken, Impfungen, 1798–1824.

181 StLA, Vordernberg, Radmeisterkommunität, K. 207: Sanitätsangelegenheiten, 19. Jh.

Als noch verwerflicher galt es, Gerüchte über angebliche üble Folgen der Pockenschutzimpfung zu verbreiten. In Kurrenten wurden die Bezirksobrigkeiten aufgefordert, auf „derlei boshafte Menschen ein obachtames Auge zu haben“ und sie nach den geltenden Gesetzen zu bestrafen.¹⁸² Tatsächlich konnten leichtfertig weitergetragene Geschichten empfindliche Folgen für die Betroffenen haben. Über eine Mutter, welche die Impfung ihres Kindes verweigerte, gelangte der Magistrat Mürzzuschlag 1816 in Kenntnis eines umlaufenden Gerüchtes, das der Frau vom Zimmergesellen Joseph Zangl erzählt worden sei: In Reichenau an der Rax wäre eine junge Frau geimpft worden und infolgedessen gestorben. Als man sie obduzierte, hätte man gesehen, „dass sie auf dem Herz ein schwarzes Kreuz hatte, welches das Zeichen des Antichrist sei“. Die Behörde verfolgte nun den Weg dieser Schauergeschichte zurück. Der Zimmergeselle hatte sie von seiner Mutter, der Keuschlerin Elisabeth Zangl, erfahren. Diese gab wiederum an, dass ihr ein nicht näher bekannter, herumziehender Bettler, den sie über Nacht beherbergt hatte, von der Begebenheit berichtet habe. Letztendlich wurde Joseph Zangl für sein unbedachtes Reden – das als Polizeivergehen gewertet wurde – mit drei Stockstreichen bestraft, seine Mutter musste darüber hinaus wegen der an den Tag gekommenen sträflichen Beherbergung eines „verdächtigen und schädlichen Menschen“ noch für drei Tage in Arrest.¹⁸³ Mit zwei Tagen Arrest büßte auch die Inwohnerin Magdalena Gliederer in der Bezirksobrigkeit Feistritz, weil sie weitererzählt hatte, der Fürstbischof von Seckau würde Kinder nicht firmen, welchen die Kuhpocken eingeimpft worden seien. Dass sie damit keine böse Absicht verfolgt hatte, rettete sie nicht vor einer Maßregelung: „Weil ich es gehört habe, so habe ich es halt nachgepappelt“.¹⁸⁴ Unter solchen Umständen machten sich freilich viele Menschen gerade aus unteren sozialen Schichten schuldig, die wechselseitig Nachrichten austauschten, die sie selbst durchaus für möglich hielten, aber um deren Wahrheitsgehalt sie nicht genau wussten – und bisweilen auch nicht wissen konnten. Wichtig war der Behörde daher eine entsprechende Publizität solcher Urteile vor Ort, damit sie als warnendes Beispiel für andere dienen sollten.

Resümee

Die in der Steiermark ab 1802 von Behördenvertretern, Ärzten und Geistlichen propagierte Pockenschutzimpfung stieß nicht nur auf Zustimmung. Von Beginn an gab es Widerstand, der sich vor allem in den ländlichen Bevölkerungsschichten äußerte. Das Ausmaß dieser Ablehnung abzuschätzen, ist schwer, da die erstellten Protokolle über „Impfrenitente“ nur wenig aussagekräftig sind und viel zu geringe Zahlen ausweisen. Tatsächlich ist aber wohl von einem zweistelligen Prozentwert auszugehen. Dabei gab es in der Steiermark aber große regionale Unterschiede: Während um die Landeshauptstadt Graz und im Süden des Landes der Grad der Durchimpfung relativ hoch war, zeigte sich die Ablehnung vor allem im Brucker und im Judenburg-Kreis. Seitens der Befürworter der Vakzination unterstellte man den Impfverweigerern in erster Linie irrationale und fortschrittsfeindliche Motive, doch gingen die Sorgen und

182 StLA, Gub, Fasz. 66, 23176/1817. Vgl. auch Trauttmansdorff, Familie und Herrschaft, K. 173, H. 1185: Impfungsakten, 1. Hft. 19. Jh.; Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 606: Impfungsangelegenheiten, 1827–1838.

183 StLA, Mürzzuschlag, Stadt, K. 149, H. 605: Impfungsangelegenheiten, 1808–1826.

184 StLA, Lamberg, Familie, K. 488, H. 1910: Pocken, Impfungen, 1825–1835.

Ängste der Menschen darüber hinaus. Die Quellen, in denen sich die zur Rede gestellten Männer und Frauen selbst darüber äußerten, müssen allerdings sehr kritisch gelesen werden. Nicht alles wollte und konnte man den Behörden gegenüber zugeben. Im Sinne der Aufklärung als „abergläubisch“ eingestufte Vorstellungen wurden tunlich nicht vorgebracht, das Hauptargument einer Ablehnung bildeten jedenfalls gesundheitliche Bedenken. Interessant ist dabei, dass den Frauen und Müttern in der Frage einer Vakzination eine wichtige Rolle zukam. Sie trafen häufig die Entscheidung darüber, ob ihre Kinder geimpft werden sollten oder nicht und verantworteten das auch gegenüber den Kindesvätern und den Behörden.

Die zu Beginn des 19. Jahrhunderts seitens der Wiener Zentralbehörden geäußerte ehrgeizige Absicht, der Vakzination einzig durch Überzeugung und Fürsprache zum Erfolg verhelfen und keinen Impfwang ausüben zu wollen, ließ sich in der Praxis nicht verwirklichen. Im Laufe der Jahre trat immer deutlicher zutage, dass sich ohne entsprechende Druckmittel keine dauerhaften Fortschritte erzielen ließen. Insbesondere die lokalen Behörden, die sich vor Ort ständig mit Widerstand oder zumindest passiver Resistenz der Bevölkerung konfrontiert sahen, drängten auf härteres Vorgehen und entwickelten – zum Teil ohne Wissen und Wollen der Hofstellen – eigene Strategien, die Impfraten zu erhöhen und die Entscheidungsfreiheit der Bevölkerung einzuschränken. In der Steiermark geschah das durch die unorthodoxe Anwendung des Untertanenstrafpatentes von 1781, durch die man Personen, auch gegen Androhung von Arreststrafen, nötigen wollte, mit ihren Kindern die Impfstelle aufzusuchen. Vom „größten Geschenk des Himmels“ durfte niemand ausgeschlossen bleiben.

Informationen zur Autorin

Priv.-Doz. Mag. Dr. Elke Hammer-Luza, MAS, Studium der Geschichte, Deutschen Philologie und Europäischen Ethnologie an der Universität Graz, Promotion zur Doktorin der Philosophie 1996. Absolvierung des 62. Ausbildungskurses am Institut für Österreichische Geschichtsforschung an der Universität Wien, Abschluss 2001 mit dem Titel eines „Master of Advanced Studies“. Habilitation aus Österreichischer Geschichte an der Universität Wien 2017. Archivarin und Bereichsleiterin am Steiermärkischen Landesarchiv seit 1997, Lehrbeauftragte an der Universität Wien, Mitglied der Historischen Landeskommission für Steiermark seit 2004. Wissenschaftliche Publikationen mit den Schwerpunkten Sozial- und Kriminalitätsgeschichte, Alltags- und Frauengeschichte sowie Regionalgeschichte.

Elena Taddei

Aspekte von indirektem Impfzwang im Rahmen der Pockenschutzimpfung im Tirol des 19. Jahrhunderts

English Title

Aspects of Indirect Compulsion within Smallpox Vaccination in 19th Century Tyrol

Summary

The paper focuses on aspects of indirect compulsion in the context of vaccination against smallpox. The area of interest is Tyrol in the 19th century. Starting with the difference between the Western part under the Bavarian regency with compulsory vaccination (until 1814) and the rest of the Austrian monarchy with a voluntary vaccination, we see an increasing enforcement of restraint during the 19th century by contemporary avoiding the introduction of a compulsory vaccination. To increase the number of voluntary vaccination the government tied different social benefits to the certificate of vaccination – with moderate success. Therefore, the demand for an intensification of the compulsion came both from the medical practitioners and from the local authorities.

Keywords

Vaccination, Smallpox, Tyrol, 19th Century, Compulsion, Social Benefits, Certificate of Vaccination, Archival Records, Remonstrance

Einleitung

Zwischen der ersten und der zweiten Welle der Corona-Pandemie, die Österreich wie den Rest der globalisierten Welt 2020 unvorbereitet erfasst hat, schlug Niederösterreichs Patientenanwalt, Gerald Bachinger, anlässlich einer Erhebung der TU Wien zur Masernimpfung in Österreich, die einen eindeutigen Aufholbedarf in der Republik konstatiert hat, vor, „sanften Druck in Richtung Erhöhung der Impfquote“¹ auszuüben. Dabei sollten einerseits Patient*innen mit Hilfe

1 Impfquote: Bachinger für „sanften Druck“, 04.08.2020, online unter: <https://noe.orf.at/stories/3060931/> (letzter Zugriff: 10.11.2020).

des künftigen elektronischen Impfpasses an Impfungen erinnert werden; andererseits sollte die Masernimpfung in den Mutter-Kind-Pass, dem österreichischen Nachweis gesundheitlicher Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder, aufgenommen werden. Dadurch bekäme sie den Status einer finanziellen Hürde, wie alle anderen verpflichtenden Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen. Eltern, die ihr Kind nicht gegen Masern impfen lassen würden, erhielten somit weniger Kinderbetreuungsgeld. Dieser sanfte Druck sei, so Bachinger, „quasi ein Bonus-System – wer die Impfung nicht macht, hat finanzielle Nachteile“.² Die Corona-Pandemie hat viele geplante/gewollte Impfungen verschoben bzw. die Impfkampagnen für die „klassischen“ Infektionskrankheiten überschattet, sodass auch Bachingers Vorschlag vorerst auf Eis gelegt wurde. Dabei handelte es sich bei der von ihm beworbenen Masernimpfung um eine Präventionsmaßnahme durch einen bereits vorhandenen und bewährten Impfstoff. Die teilweise noch in Testung befindlichen Impfmöglichkeiten gegen Covid-19 haben die Debatten über Impfpflicht, -zwang, persönliche (Entscheidungs-)Freiheit, über obrigkeitlich verordneten Herdenschutz und kollektive Verantwortung neu entfacht.

Doch weder die zumeist heftigen Diskussionen über Pflicht, Zwang und Verantwortung, noch die Bewerbung von und das Erinnern an Impfungen, der sanfte Druck, oder das Bonus-/Malus-System sind ein Novum, sondern gehen auf die Mutter aller Impfungen, die Pockenschutzimpfung im 19. Jahrhundert, zurück. Der Beitrag zeigt aufbauend auf die in der Literatur bereits festgestellten Impfproblematiken Anregungen und Methoden zur Erhöhung der Impfquote und zur Verrechtlichung eines Impfwanges jenseits der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht. Dabei weist der Beitrag auf der Basis von Quellen aus dem Tiroler und dem Südtiroler Landesarchiv sowie dem Staatsarchiv Bozen verschiedene Facetten des indirekten Impfwanges im Kronland Tirol des 19. Jahrhunderts auf und nennt die damit verbundenen Akteur*innen.³

Die Forschungen zum Impfwesen allgemein und zur Pockenschutzimpfung insbesondere haben sich in den letzten Jahren intensiviert. Den jüngsten, zeitlich und räumlich breit angelegten Überblick hat Malte Thießen⁴ vorgelegt. Sein Werk konzentriert sich auf die Schutzimpfungen im deutschen Raum ab 1870 als Medium zum Staatsbildungsprozess und behandelt die diesbezüglichen Debatten und Kontroversen bis in die 1970er Jahre. Die behandelten Aspekte dieses umfangreichen und maßgebenden Werkes reichen von den Akteur*innen, über den Impfstoff bis zu Debatten, Skandalen und den Impfwang. Auch statistische Erfassungen bezüglich der Pockensterblichkeit, die weitgehend als Argument für die (Wieder-)Einführung der Impfpflicht dienen, werden hier ausgewertet.

Einzelstudien zum Umgang mit Pocken und der Schutzimpfung, ebenfalls auf der Basis von statistischen Auswertungen, liegen bereits seit den 1990er Jahren für Württemberg,⁵

2 Ebd.

3 Hierbei handelt es sich naturgemäß vorrangig um männliche Akteure, jedoch gibt es in den eingesehenen Quellen durchaus auch einige Frauen, vorrangig Mütter, die im Entscheidungsprozess für/gegen die Impfung involviert sind und gegebenenfalls im Widerstand gegen den indirekten Impfwang auftreten.

4 Malte THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 225, Göttingen 2017).

5 Eberhard WOLFF, *Einscheidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 10, Stuttgart 1998).

Preußen,⁶ Baden⁷ und Salzburg⁸ vor. Auch hier fließen die Debatten zwischen Impfbefürworter*innen und Impfgegner*innen in die Analysen ein. Für Österreich haben sich besonders Michael Pammer,⁹ Heinz Flamm und Christian Vutuc¹⁰ mit den Pocken und der Pockenschutzimpfung auseinandergesetzt. Den rechtlichen Aspekten der Schutzimpfung hat sich Michael Memmer in einem historischen Abriss gewidmet.¹¹ Für den Tiroler Raum ist Alois Unterkircher¹² der Frage nach der altersspezifischen Verteilung bei der Pockenmortalität und den Rahmenbedingungen für die Kuhpocken-Schutzimpfung nachgegangen.¹³ Dabei hat Unterkircher, wie auch Memmer, bereits grundlegende Hinweise auf die Benachteiligungen im Zuge von Impferweigerung und den indirekten Impfwang gegeben und die Frage aufgeworfen, welche Gründe das Kaiserreich Österreich zum Verzicht auf die Einführung einer Impfpflicht veranlassen konnten.

Die Pocken

Pocken, „echte Menschenpocken“, „natürliche Blattern“ oder *variola* bezeichnen eine von Pockenviren (*Orthopoxvirus variolae*) verursachte, für den Menschen gefährliche und lebensbedrohliche Infektionskrankheit. Die mittlerweile ausgerottete Erkrankung begleitete den Menschen seit jeher und hat besonders im 18. und 19. Jahrhundert etliche tausende Opfer gefordert, darunter überproportional viele Kinder.¹⁴ Doch waren die Pocken trotz der Bezeichnung „Kinderblattern“ keine ausschließliche „Kinderkrankheit“, wie allein die Reihe der erwachsenen

-
- 6 Ute FREVERT, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 62, Göttingen 1984).
 - 7 Francisca LOETZ, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 2, Stuttgart 1993).
 - 8 Sabine FALK / Alfred Stefan WEISS, „Hier sind die Blattern“. Der Kampf von Staat und Kirche für die Durchsetzung der (Kinder)Schutzimpfung in Stadt und Land Salzburg (Ende des 18. Jahrhunderts bis ca. 1820), in: Mitteilungen der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde 131 (1991), 163–186.
 - 9 Michael PAMMER, Pocken I. Gesundheitspolitik unter Franz II./I, in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte. Medizin I* (Frühling 2003), 17–21; DERS., Pocken II. Die Impfung im 19. Jahrhundert, in: *Historicum. Zeitschrift für Geschichte. Medizin II* (Sommer 2003), 15–19.
 - 10 Heinz FLAMM / Christian VUTUC, Geschichte der Pocken-Bekämpfung in Österreich, in: *Wiener Klinische Wochenschrift. The Middle European Journal of Medicine* 122 (2010), 265–275.
 - 11 Michael MEMMER, Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich. Eine rechtshistorische Analyse, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (= Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 11, Wien 2016), 9–36.
 - 12 Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! Lasset eure Kinder impfen“ – Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Region / Storia e regione* 14/1, Schwerpunkt: Medikalisierung auf dem Lande / Medicalizzazione in area alpina (2005), 42–68.
 - 13 Eberhard WOLFF, Die Schlacht auf dem Zahlenberge. Impfgegnerschaft im späten 19. Jahrhundert – Das Beispiel Sachsen, in: Ragnhild Münch, Hg., *Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Begleitbuch zur Ausstellung* (Berlin 1994), 113–128.
 - 14 Schätzungen zufolge starb rund ein Drittel der Kinder vor Erreichen des fünften Lebensjahres. In Wien entfielen während der Epidemien der Jahre 1752–1754 28 % der Toten auf Säuglinge, 20 % auf Kleinkinder und 50 % auf Drei- bis Zehnjährige. PAMMER, Pocken I, wie Anm. 9, 17; UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 12, 50; ERNA LESKY, Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus (= Archiv für österreichische Geschichte 12 2/1, Wien 1959), 146.

Pockenopfer im habsburgischen Herrscherhaus beispielhaft zeigt: Kaiser Joseph I., einige erwachsene Söhne und Töchter (Karl Joseph, Maria Josepha, Johanna Gabriele) sowie die beiden Schwiegertöchter von Maria Theresia (Isabella von Bourbon-Parma und Maria Josepha von Bayern) starben an den Pocken;¹⁵ 1767 erkrankte auch Maria Theresia selbst, überstand die Krankheit wie auch der Thronfolger Joseph – wie sie sagte – mit Hilfe Gottes und ihres Leibarztes van Swieten.¹⁶

Nicht zuletzt auch aufgrund dieser persönlichen Tragödie ließ Maria Theresia 1768 einige ihrer Kinder mithilfe der nicht ganz ungefährlichen Inokulation/Variolation, der Einimpfung echten Pockeneiters,¹⁷ gegen die Seuche immunisieren. Der nächste Schritt in der Eindämmung der Infektionskrankheit war der Übergang zu der von Edward Jenner (1749–1823)¹⁸ 1796 in England entwickelten Methode der Impfung von für den Menschen harmloseren Kuhpockeneiter (Vakzination).¹⁹ Die Methode gelangte bereits 1799 nach Wien; die Kaiserstadt war eine der ersten auf dem europäischen Kontinent, die diese Form der Immunisierung anbot.²⁰ Diese Präventionsmaßnahme ließ die Pockenmortalität im Laufe des 19. Jahrhunderts vor allem dort stark zurückgehen, wo eine frühe Impfpflicht eingeführt worden war, wie z. B. in Schweden. Mit oder ohne Zwang bestanden hier wie da in der Bevölkerung weiterhin Skepsis und Angst vor einer Erkrankung durch die Impfung und vor Komplikationen, die auf den unweigerlichen Lernprozess dieser neuen Bekämpfungsmaßnahme zurückzuführen sind.²¹

Ab den 1860er Jahren nahm die Pockensterblichkeit in Österreich und Teilen Mitteleuropas auch unter den Geimpften und vor allem den Erwachsenen wieder zu, denn der nachlassenden Schutzwirkung musste mit einer Revakzination entgegengesteuert werden.²² 1871 erreichte die Pockenwelle nicht zuletzt im Zuge des deutsch-französischen Krieges pandemische Ausmaße. Allein in Wien starben über 3.000 Menschen, in Tirol waren es am Höhepunkt 1875

15 Barbara STOLLBERG-RILINGER, Maria Theresia. Die Kaiserin in ihrer Zeit. Eine Biographie (München 2017), 504–515.

16 Ebd., 506.

17 Inokulieren, wörtl. einpflanzen; es handelt sich um eine Impfung mit pathogenen, also nicht abgeschwächten Erregern. „Inokulation“, in: Duden. Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke (Mannheim u. a. 72003), 388. Siehe auch Arnold C. KLEBS, Die Variolation im achtzehnten Jahrhundert. Ein historischer Beitrag zur Immunitätsforschung (Gießen 1914).

18 Eberhard WOLFF, Edward Jenner, in: Wolfgang U. Eckart / Christoph Gradmann, Hg., Ärztelexikon. Von der Antike bis zur Gegenwart (Heidelberg–Berlin–New York 32006), 186.

19 Eduard JENNER, An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae. A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by the Name of the Cow Pox (London 1798); Otto NOWOTNY, Über die Entdeckung der Schutzpockenimpfung im Jahre 1796, in: Österreichische Apothekerzeitung 50 (1996), 504–507.

20 Friedrich KATSCHER, Vor 200 Jahren. Die ersten Pockenschutzimpfungen in Wien, in: Wiener Klinische Wochenschrift 111 (1999), 299–306.

21 Vgl. Andreas-Holger MAEHLE, Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem. Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9 (1990), 127–148; UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 12, 47–48.

22 Diese erfolgte nur teilweise im Bereich des Militärs, so z. B. in Württemberg, wo seit 1829 die Rekruten revakziniert wurden. Eberhard WOLFF, „Triumph! Getilget ist des Scheusals lange Wuth.“ Die Pocken und der hindernisreiche Weg ihrer Verdrängung durch die Pockenimpfung, in: Hans Wilderotter, Hg., Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Eine Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums-Dresden 8.12.1995 bis 10.3.1996 (Berlin 1995), 158–189, hier 178. Selbst in Staaten mit vorherrschender Impfpflicht setzte sich die Notwendigkeit der Revakzination durchschnittlich aber erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts durch. Siehe bereits UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 12, 50.

1.142 Tote. Eine letzte Epidemie erreichte Tirol 1882 und dauerte bis 1885.²³ Eine verpflichtende Impfung, also eine Impfpflicht, war von Preußen auf das 1871 neu entstandene Deutsche Kaiserreich ausgeweitet worden; im Kaiserreich Österreich wurde eine allgemeine Impfpflicht nicht eingeführt, sondern erst unter der nationalsozialistischen Herrschaft 1939.²⁴ Jedoch prägten zahlreiche Anläufe und nicht zuletzt das Vorbild der von den Bayern in Tirol 1808 eingeführten und bis 1814 geltenden Impfpflicht, eine rechtliche Basis für eine Verpflichtung zu schaffen, das gesamte 19. Jahrhundert.²⁵

Eine Möglichkeit zur Impfung bestand für Kinder bereits seit 1802 beim Wiener Findelhaus Alserstraße/Lange Gasse durch das „Schutzpockenimpfungs-Hauptinstitut“, wo täglich unentgeltliche Impfungen stattfanden.²⁶ Gleichzeitig begann man die Werbetrommel für diese Präventionsmaßnahme zu rühren z. B. mit wiederholten, an die Eltern gerichteten Impfaufrufen in allen Landessprachen und besonders von der Kanzel aus bzw. im Rahmen der Taufe.²⁷

Die Pockenschutzimpfung in Tirol zwischen Pflicht und Zwang

Das aus dem Zerfall des Heiligen Römischen Reiches entstandene Kaiserreich Österreich war zu Beginn des 19. Jahrhunderts gespalten in einem unter bayerischer Fremdherrschaft stehenden Westen, in dem zwischen 1808 und 1814 eine obligatorische Impfung durch das bayerische Gubernium verordnet wurde, und dem Rest der Monarchie mit einem zwar stark beworbenen und mit Druck propagierten aber letztendlich weiterhin freiwilligen Impfangebot. Allerdings gab es Bereiche, wie die Fürsorgeinstitutionen (Waisenhäuser) und das Militär, in denen auch hier nach und nach eine verpflichtende Impfung eingeführt wurde.

Obwohl es in Bayern bereits seit 1805 eine Impfpflicht gab, die das sogenannte Impfgeschäft vorangetrieben und eine Expertise geschaffen hatte, wovon auch das besetzte Tirol und Vorarlberg profitierten, gab es dennoch zahlreiche Schwierigkeiten, mit denen Impfarzte vor Ort und Beamte auf allen Ebenen konfrontiert waren.

Die häufigsten Beschwerden der Ärzte im historischen Tirol betrafen die Verfügbarkeit und die Qualität von Impflymphe. Der schlechte bzw. wirkungslose oder nicht greifbare Impfstoff verminderte nämlich die oft bereits mangelhafte Impfbereitschaft in der Bevölkerung und erschwerte die Überzeugungsarbeit von Impfarzten und der sie unterstützenden Seelsorger. Zu Beginn mussten Ärzte zumeist selbst nach an Kuhpocken erkrankten Kühen in den Ställen oder auf den Almen Ausschau halten. Benedetto Rasa, Impfarzt in Rovereto, merkt eindrucksvoll seine Herausforderungen bei der Beschaffung des Kuhpockeneiters an: Sein Gebiet sei so groß, dass er tagelang auf der Suche nach Kuhpocken unterwegs sei und bei seiner Rückkehr von vorne anfangen könne. Er müsse von Haus zu Haus und von Gut zu Gut gehen, weil er das Gebiet nicht kenne und nicht wisse, wo überhaupt Kühe seien. Kaum erreiche er einen Stall, seien die Kühe bereits auf die Weiden getrieben worden. Wenn er dann die Bauern nach der

23 Vgl. Joseph DAIMER, Sanitäts-Bericht über Tirol und Vorarlberg für die Jahre 1883 und 1884 (Innsbruck 1886).

24 Deutsches Reichsgesetzblatt bzw. Gesetzblatt für das Land Österreich (1938–1940), Impfgesetz, Geltung in der Ostmark, 1939, 936.

25 Siehe MEMMER, Die Geschichte, wie Anm. 11, besonders 19–28.

26 Vgl. FLAMM / VUTUC, Geschichte, wie Anm. 10, 267–268.

27 MEMMER, Die Geschichte, wie Anm. 11, 12.

Gesundheit ihrer Kühe frage, würden sie entweder aus Ignoranz oder Furcht, dass sie durch diese Nachfragen zu Schaden kommen könnten, unwirsch antworten.²⁸ Diese Schwierigkeiten bei der Beschaffung des Kuhpockeneiters betraf die meisten Ärzte. Vom Impf- und Wundarzt Bergmeister aus Bruneck kam daher 1808 der Vorschlag an das Landgericht eine Geldstrafe von sechs Taler über jene Viehhalter*innen zu verhängen, die keine Anzeige der Pocken machten oder warteten bis die Pusteln vertrocknet seien.²⁹ Doch auch Ärzte hatten eine Geldstrafe von zwei Taler zu befürchten, wenn sie nicht der Anzeige von erkrankten Kühen folgten und über eine mögliche Kuhpockenquelle Bericht erstatteten. Der Impfarzt von Borgo d'Arco, Giacomo Alovisi, sicherte sich vor dem Vorwurf der Unterlassung dadurch ab, dass er – wie er selbst mitteilte – vorsorglich das traditionelle Zusammentreiben der Kühe zum Almauftrieb genutzt hatte, um jede Kuh zu inspizieren. Weiters habe er den Hirten eingetrichtert, sich zu melden, sobald sie Anzeichen einer Erkrankung merkten, ihnen diese beschrieben und versprochen, dass die Meldung nicht umsonst sein werde.³⁰

Wenn Kuhpockeneiter gesammelt wurde, dann wurde er entweder frisch oder in getrocknetem Zustand zwischen zwei Glasscheiben oder an Seidenfäden weitergereicht. Bei dieser Weiterreichung verdarb er oft, wurde ineffektiv oder sogar gesundheitsschädlich. So äußerte ein Impfarzt aus Schlanders gegenüber einem Arztkollegen seine Bedenken, in der vorgeschriebenen Zeit impfen zu können, da durch den Impfstoff, den er vom Kreisphysikus erhalten hatte, die Kinder auffällig erkrankt seien und er es nicht mehr wagte, damit zu impfen. Aus diesem Grund bat er den Kollegen um Impfstoff aus dessen Lymphe.³¹

Als im Sommer und Herbst 1814 vermehrt Blatternfälle in ganz Tirol auftraten und trotz der Aufforderung an die Innsbrucker Stadtärzte, durch häufiges Impfen Stoff für die ländlichen Teile des Kronlandes „zu produzieren“, nicht genug Lymphe zur Verfügung stand, wurden „40 Stück elfenbeinerne mit solchem Impfstoffe gefüllte doppelte Lanzetten“ bei der Wiener Impfanstalt bestellt.³² Dies war eine weitere, über das gesamte 19. Jahrhundert in Anspruch genommene Bezugsquelle für das Impfgeschäft in Tirol und Vorarlberg. Diesem Zentralismus stand der bereits unter bayerischer Herrschaft 1807 mehrfach geäußerte aber ungehört gebliebene Vorschlag aus der Tiroler Ärzteschaft gegenüber, eine eigene Impfanstalt zu installieren.³³

28 Tiroler Landesarchiv (= TLA), Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität) Fasz. 2423, Bezirk Rovereto, 29. Mai 1808. Siehe auch die dokumentierten Bemühungen des Impfarztes Benedetto Dordi in Borgo (Trentino) in: ebd., Z. 1751/117, 19. Mai 1808. Auch der Kreisphysikus in Trient hielt fest, dass „aus Mangel an Impfmaterie nicht geimpft worden seye, Unterzeichneter bath zu wiederholtem Male um Versehungung des nöthigen Impfstoffes, aber seine Bitte war nur clamanti in deserto.“ Ebd., Kreisphysikus von Comini an das köngl. Bay. Kreisamt, 19. April 1808. Vom Kreisamt Schwaz wurde der „Mangel an frischem Impfstoffe [...] als eines der unübersteigendsten Hindernisse“ an das bayerische Gubernium gemeldet. Ebd., Z. 1013/115, 2. Juni 1808.

29 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität) Fasz. 2423, Impfarzt Bergmeister an das Landgericht Bruneck, 30. Mai 1808.

30 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität) Fasz. 2423, Impfarzt Giacomo Alovisi an das Ufficio Feudale, 29. Mai 1808.

31 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität) Fasz. 2423, Z. 2105, Impfarzt Vögele an den Impfarzt von Meran, 30. Mai 1808.

32 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität), Fasz. Impfstoff, Z. 7965, k. k. bevollm. Hofkommission in Tirol und Vorarlberg, 27. Oktober 1814.

33 Siehe den dahingehenden Vorschlag zur Verbesserung der Impfquote von Dr. Galvagni an das Kreisamt in Trient, März 1807 in: TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität) Fasz. 2423.

Zu dem kam 1808 die Vorschrift, die Lymphe nur mehr über vakzinierte Kinder zu gewinnen und den Impfstoff von Kind zu Kind zu übertragen, was verständlicherweise eine Zunahme von anderen übertragbaren Krankheiten verursachte. Da sich diese Methode aufgrund der Schwierigkeit sogenannte Impfkönige, Kinder, die zur Einimpfung herangezogen wurden, zu finden, als quantitativ nicht ausreichend und qualitativ aufgrund der Übertragung anderer Krankheiten als bedenklich erwies, ging man (allerdings erst ab 1873) wieder zur Tierlymphe zurück, die in der Impfanstalt unter Verwendung von fünf Wochen alten Kälbern kontrolliert hergestellt und weitergegeben werden sollte.³⁴ Diese Institution sollte sich daraufhin von den Findelanstalten, an die sie bis dahin angedockt war, wie z. B. in Trient am Findelhaus Alle Laste, lösen. Es entstand die zentralistische k. k. „Impfstoff-Gewinnungsanstalt“ in Wien, die auch Tirol belieferte.³⁵

Auch das Zusammenspiel von Impfungen zu vorgeschriebenen Zeiten, zumeist in den Monaten Januar, Februar und März bzw. August und September bei gleichzeitigem Vorherrschen von üblichen Krankheiten (von der simplen Erkältung bis zu Masern und Scharlach) spielte eine große Rolle. Eine aufgrund von Krankheitsfällen notwendige Verlängerung der Impfzeit musste aber unter Angabe einer Begründung eigens beantragt und vom Gubernium genehmigt werden. So häuften sich die dementsprechenden Bitten, z. B. bis weit in den Monat Mai impfen zu dürfen, weil die Ärzte selbst krank (gewesen) seien, oder die Witterung zu schlecht sei bzw.

„weil die kleinen Kinder, welche der Winter hindurch beständig in der eingeschperrten Stuben läßt, und bey gemeinen Leuten meistentheils sehr unrein gehalten werden, großentheils kränklich und fast durchgehend mit der Krätze behaftet sind. Kränkliche und krätzige Kinder impfen zu lassen, sind die Eltern nie geneigt (auch kann bei letzteren schwer oder gar nicht bestimmt werden, ob der Erfolg der Impfung ächt oder unächt war) und so dürfte die Anzahl derjenigen, die jetzt geimpft werden könnten und würden äusserst unbedeutend seyn.“³⁶

Der Zeitfaktor spielte nach Ansicht der Ärzte also eine entscheidende Rolle. Als das k. k. General-Commissariat die Impfung sogar auf vierzehn Tage Anfang Februar beschränken wollte, listeten die für die Impfung Verantwortlichen alle mit dieser Einschränkung verbundenen Hindernisse auf. Dass diese Impfvorgabe, so die Verfasser, „eine platte Unmöglichkeit sey, ist jedem, der das Impfgeschäft kennt, eine einleuchtende Wahrheit.“ Die Seelsorger müssten die Listen der Impffähigen und Impfpflichtigen erstellen, der Arzt müsse genügend Impfstoff besorgen. Dafür müssten einige Kinder mit dem trockenen Stoff vakziniert werden, aus dem erst nach neun Tagen die Pusteln erscheinen und den Impfstoff produzieren würden. „Diesen Gang kann keine Thätigkeit der Impf-Vorstände abkürzen.“ Außerdem sei die Jahreszeit ungünstig, da die Kinder über mehrere Stunden über steiles noch eisiges Gebirge und unter Lawinengefahr zur

34 Siehe dafür die Anweisungen in Josef DAIMER, Handbuch der österreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen für Behörden und Gemeinden, amtliche Sanitäts- und Veterinär-Organen, Districts- und Gemeindeärzte, Aerzte, Thierärzte, Apotheker, Verwaltungen von Heil- und Humananstalten etc. etc., Zweiter Theil (Leipzig–Wien 1898): Instruction, betreffend die Einrichtungen und die Gebarung in concessionirten Impfstoff-Gewinnungsanstalten, 268–272.

35 FLAMM / VUTUC, Geschichte, wie Anm. 10, 269–270.

36 TLA, Jüngeres Gubernium, Pockenimpfung (Sanität), Fasz. Berichte über die Impfung 1815, Z. 122, das Landgericht Glurns an die k. k. Prov. General-Commission, 19. Februar 1815.

Impfung getragen werden müssten. Das Impfgeschäft um Lichtmess, wo alle Zahlungen erfolgten, belaste zudem die Amtsgeschäfte und die Gerichtspersonen würden mit der Verwaltung nicht nachkommen.³⁷

Neben den praktischen witterungs- und gesundheitsbedingten Gründen, die Eltern daran hinderten, ihre Kinder zum Impfsammelpunkt zu bringen (sogenannte Impfsäumige), gab es auch dezidierte Impfverweigerer, in den Quellen „Impfrenitenten“ genannt. Im Hofkanzleidekret vom 28. Januar 1819 wurden als solche jene Familienoberhäupter definiert, die sich weigerten, die durch die Obrigkeit angekündigte Impfung für ihre dafür geeigneten Kleinkinder zuzulassen. In den Erlässen der Jahre 1857 bis 1859 wurde festgehalten, dass derartige Impfverweigerer „protokollarisch zu vernehmen“ seien und wer eine absichtliche und ungegerechtfertigte Nichtbeachtung der Impfaufforderung vorlege in einem eigenen „Ausweise als Renitenten gezählt“ werden sollte. Allerdings wurde auch festgehalten: „Ein directer Impfwang ist mit dieser Vorladung nicht verbunden“,³⁸ womit verständlich wird, dass niemand gegen seinen/ihren Willen oder den seiner/ihrer Eltern oder vormundschaftlichen Vertreter*innen geimpft werden durfte.

Die von den Ärzten den vorgesetzten Behörden mitgeteilten Gründe für die Impfweigerung lagen in Tirol und Vorarlberg ab 1814 vor allem in der Reminiszenz an die bayerische Herrschaft. So rechtfertigte das Landgericht Sterzing die niedrige Impfquote mit dem Hinweis, dass „das Volk noch zu sehr gegen diese Anstalt eingenommen ist, indem es solche bloß als eine Verfügung der bayerischen Regierung ansieht, und ihre Beibehaltung nur dem Eigenmangel des Landgerichtes, oder Impfarztes zuschreibt.“³⁹ Das k. k. prov. General-Commissariat klärte hingegen auf, dass es nicht sein könne, dass die Imp fzahlen zurückgingen, „weil man glaubt, daß zünftighin die Schutzpocken-Impfung unter der neuen Regierung unterbleiben dürfte.“⁴⁰

Der für die Gemeinden Latzfons und Velthurns (Eisacktal im heutigen Südtirol) zuständige Landrichter berichtete von seinen Erfahrungen und der aufgeheizten, gewaltbereiten Stimmung vor und nach der bayerischen Herrschaft.

„Schon unter der vorigen Regierung trieben sie ihre Widersetzlichkeit gegen die Impfung soweit, daß sie durch Militärexecution dazu verhalten werden mußten; und als unterfertiger nicht unlängst in das Haus eines der angesehensten Bauern von Velthurns kam, und ihn und seine Gattin aufmunterte, ihr Kind (es ist ihr einziger Sohn) impfen zu lassen, so erklärte sich die Mutter ungeachtet aller möglichen Belehrungen und Zusprüche glattweg, daß sie ihr Kind eher an der Wand zerschmettere, als zur Impfung bringen werde.“⁴¹

Auf die Frage, wie sich die Regierung in Wien in dem zum Kaiserreich Österreich zurückgekehrten Tirol bezüglich der Weiterführung bzw. Einführung einer Impfpflicht verhalten sollte, konnte auch Landrichter Stainer keine eindeutige Meinung äußern. Wenn nämlich die Impfung

37 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität), Fasz. Berichte über die Impfung 1815, Z. 102, das Landgericht Rinn an das k. k. prov. General-Commissariat in Innsbruck, 10. Februar 1815.

38 DAIMER, Handbuch, wie Anm. 34, 267.

39 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität), Fasz. Berichte über die Impfung 1815, Bericht zur abgegebenen Tabelle des Landgerichts Sterzings an das k. k. prov. General-Commissariat, Z. 417, 22. Dezember 1815.

40 Ebd. Z. 467, k. k. prov. General-Commissariat an das Landgericht Mühlbach, 12. Juli 1814.

41 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität), Fasz. Berichte über die Impfung 1815, Z. 1568 Bericht des prov. k. k. Landgerichtes Klausen, 12. Juli 1814.

freiwillig bliebe und „blos der Willkür der Aeltern unterlassen wird“ so werde sie sicher irgendwann gänzlich entfallen, allein aufgrund der Tatsache – so seine Einschätzung –, dass „das Volk von seiner vorgefaßten Meynung, daß alles das was Baiern eingeführt hat, etwas Schlechtes sey, nicht abgebracht werden kann; so glauben die Aeltern, die Impfung schon aus dem Grunde unterlassen zu müßen, um ja nicht für Anhänger der bairischen Regierung gehalten zu werden.“⁴² Er räumte ein, dass es natürlich auch allgemeine Vorurteile gegenüber der Impfung gäbe. Führe man eine Impfpflicht wie unter bayerischer Herrschaft ein, so würden sich viele bemüßigt fühlen, durch Weigerung ihre Treue zu Österreich und ihren Hass auf die Franzosen und Bayern durch Vereitelung des Impfgeschäftes zu beweisen und andere dazu anzustacheln. Deshalb sah der Landrichter nur den Weg der Überzeugung und des Appells an die Gewissenspflicht mit Hilfe der Priesterschaft, denn: „In Tyrol sind die Priester Herren der öffentlichen Meynung, und können also unmöglich umgangen werden, wenn es sich um Bearbeitung derselben handelt.“ Die Geistlichkeit müsse mit schmeichelhaften Worten gewonnen werden, „dem Volke die Impfung als eine Gewissenssache und heilige Handlung vorzutragen“.⁴³ Gegebenenfalls sollte ihr diesbezüglicher Diensteifer auch bei der Verleihung von Pfründen mitberücksichtigt werden. Geldstrafen, wie unter bayerischer Herrschaft, sollten nach Meinung des Landrichters hingegen vermieden werden und wenn überhaupt, eher andere Zwangsmittel eingesetzt werden.

Neben der (angeblichen problematischen) Assoziation der Impfung mit der mehrjährigen bayerischen Herrschaft in Tirol gab es – wie in den übrigen Teilen der Monarchie – andere Gründe der Impfverweigerung. Einige waren religiöser Natur, so z. B. die Auffassung, dass man in den göttlichen Willen nicht eingreifen dürfe, oder aber sozial motiviert, wie die Befürchtung, dass zu viele überlebende Kinder die Armut mancher Familien vergrößern würden. Auch laienmedizinische Erklärungsmodelle, nämlich dass das Blattern gesund sei und dem Körper giftige Stoffe entziehe, lagen der Impfablehnung zugrunde.⁴⁴ Umso wichtiger schien es also die Impfbereitschaft mittels Überzeugungsarbeit und Aufklärung zu erhöhen. In Tirol war es zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Bergwerksarzt und Cameralphysikus Anton Canestrini aus dem Nonstal, der von ihrer Wirksamkeit überzeugt, die Impfung sowohl in der Praxis als auch durch seine publizistische Tätigkeit bereits vor der bayerischen Herrschaft propagierte.⁴⁵ Ähnliches Engagement zeigten zu Beginn der Etablierung der Impfung mit Kuhpocken der Stadtphysikus von Lienz, Dr. Peter von Scala, oder auch jener von Bozen, Dr. Joseph Öttl, die aber auch die wirkungslosen Impfungen und damit einhergehend die wachsende Kritik und sinkende Bereitschaft unter den Eltern dokumentierten.⁴⁶ Andere Ärzte sahen hingegen nicht ihre ärztliche Beratungs- und Aufklärungsarbeit als Maßstab für den Erfolg, sondern allein die

42 Ebd.

43 Ebd.

44 UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 12, 93–94; Eberhard WOLFF, „Volksmedizin“ als historisches Konstrukt. Laienvorstellungen über die Ursachen der Pockenkrankheit im frühen 19. Jahrhundert und deren Verhältnis zu Erklärungsweisen in der akademischen Medizin, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 7/3 (1996), 405–430.

45 Anton CANESTRINI, Belehrung über das Einimpfen der Kuhpocken: absichtlich zum Wohl meines Vaterlandes Tyrols (Innsbruck 1802); DERS., Nachricht an das Tyrolische Publikum über den Fortgang der Schutzblattern-Impfung in und um Schwatz: nebst einer zweyten Aufmunterung und Widerlegung einiger noch hie und da herrschenden Vorurtheile (Innsbruck 1803).

46 UNTERKIRCHER, Tyroler, wie Anm. 12, 58.

geleistete oder „unterbliebene Aufmunterung und Belehrung des Landvolkes von Seite der Ortsgeistlichkeit“, wenn z. B. in Lana 1853 von 300 potentiellen Impfungen gerade einmal 112 geimpft wurden und der Rest als Impfenitenten in die Statistik aufgenommen werden musste.⁴⁷

Die 1808 erlassene „Schutzpocken-Impfungsordnung“ für die österreichischen Erblande regelte nicht nur das mit der Vakzination entstandene Impfgeschäft nach 1814 auch in Tirol und Vorarlberg, sondern bot Ärzten auch eine Dokumentationsmöglichkeit für Impferfolge und -misserfolge.⁴⁸ Wissend, dass vom persönlichen Einsatz der Impfärzte die Durchsetzung dieser Präventivmaßnahme abhing, wurde auch mit Impfprämien zur Mitarbeit motiviert. Seit 1808 wurden jährlich vom Staat, nach 1864 vom Land, Prämien zu 100 fl (dann 50 fl) für die eifrigsten Impfärzte bereitgestellt.⁴⁹ Dabei kam es bei der Auszeichnung auf Vorschlag des Landes-Sanitätsrates nicht nur darauf an, die meisten Impfungen durchzuführen, sondern „auch auf die bezwungenen Hindernisse[n]“ und die Erfolgsnachweise.⁵⁰ Das Bonus-System betraf also zunächst die Leistungserbringer, manchmal auch die engagierten Seelsorger und die Kuhpockenanzeiger (Hirten, Bauern) nicht aber die Empfänger, für die die Impfung – bis auf die Gebühr für die Ausstellung des Impfscheines – unentgeltlich war. Erst mit der Durchsetzung der Arm-zu-Arm-Impfung mit humaner Lymphe gab es auch für die wenigen bereitwilligen Impfkönige, Kinder, von denen die Impflymphe gewonnen wurde, Prämien. Gründe für diesen elterlichen Unwillen könnten die allgemeinen Vorbehalte, animalische Substanzen mit den menschlichen zu verbinden, gewesen sein, ebenso wie die Tatsache, dass Impfkönige mit großer Wahrscheinlichkeit an mehreren Stellen durch kleine Einschnitte mit Kuhpocken „infiiziert“ wurden, um genügend (dann vernarbte) Pusteln zu gewinnen. Das Bonus-System wurde mit dem kontinuierlichen Rückgang der Bereitschaft der Eltern, ihre Kinder zur Verfügung zu stellen, immer wichtiger, war aber dennoch nicht ausreichend. In einem Brief an die Bezirkshauptmannschaft Meran bedauerte der Impfarzt aus Laas die Impfung nicht durchführen zu können, da „sich die Mütter weigerten, ihre Kinder als Impfkönige verwenden zu lassen [...] trotz des Versprechens einer Belohnung von 3 fl“.⁵¹

Die Impfung blieb in Tirol wie im Rest der österreichischen Monarchie fakultativ, aber der Druck erhöhte sich zunehmend, denn in den weiteren Verordnungen finden wir zudem den Ausschluss Ungeimpfter von Stipendien. Der Impfnachweis musste für die Bewerbung um ein Stipendium nicht aber bei der Immatrikulation an einer Universität erbracht werden. Die Bewerbungstabellen für Stipendien aus dem Archiv der Universität Innsbruck zeigen diese Erwartungshaltung bereits im Vordruck des Formulars in der zweiten Spalte, wo zusammen mit dem Geburtsort die Bestätigung der Impfung mit dem gedruckten Vermerk „geimpft“ festgehalten wird.⁵²

47 Staatsarchiv Bozen (= StBz), Sanität, Nr. 210, Fasz. 338 Bericht von Dr. Alois Lobenwein aus Lana an die Bezirkshauptmannschaft Meran von seiner Impfung, 1. November 1853.

48 Franz von ZIMMETER TREUHERZ, Die Fonde, Anstalten und Geschäfte der Tiroler Landschaft geschichtlich und sachgemäß dargestellt (Innsbruck 1894), 162–163.

49 Ebd., 166.

50 StBz, Sanität, Nr. 19, 2 Fasz. 20: Impfung, Impftabellen (1820), Nr. 2346, vom Landgericht Meran an die Pfarrer weitergeleitete Gubernial-Intimation, 16. Dezember 1820.

51 StBz, Sanität, Nr. 210, Fasz. 338, Z. 5192, Impfarzt aus Laas an Bezirkshauptmannschaft Meran vom 12. November 1853.

52 Universitätsarchiv Innsbruck, Competententabelle der Bewerber um ein landesfürstliches Stipendium, Mediz. Fakultät, WS 1898/99.

Auch die an die Vorlage des Impfscheines geknüpfte Aufnahme in Staatsversorgungsanstalten, der drohende Entzug der Armenunterstützung, wenn begünstigte Personen ihre Kinder nicht impfen ließen, und schließlich die an die Impfung gebundene Zulassung zur Pflichtschule sollte die Impfbereitschaft unter dem Prinzip der Freiwilligkeit erhöhen.⁵³ Bereits 1820 machten die Kreisämter die Landgerichte aufmerksam, dass auch Kinder von Wanderarbeitern, „Dörchern“ und Ausländische zu impfen seien. Wo von den Vaganten Geburtsort und -datum nicht bekannt seien, sollten die Angaben der Impfung (Ort und Datum) als Identifikation und gleichzeitig Kontrollmittel dienen.⁵⁴

Die Aufforderung, den Druck auf die sogenannten Impfsäumigen oder Impffrenitenten zu erhöhen, kam sowohl von Ärzten, als auch von den lokalen Autoritäten. Ärzte scheinen besonders in der Übergangszeit von der bayerischen zur österreichischen Herrschaft in Tirol unsicher in ihrer Handhabung im Rahmen des Impfoperates gewesen zu sein. Der Kreisphysikus von Brixen, Michael Ulrich von Comini, ließ nachfragen, was im Falle von Impfverweigerung zu tun sei. Denn

„falls solche Widersetzlichkeit nicht gestraft werden würde, so sehe ich mich bey dem Umstande, wo die kais. könig. Österr. Impfverordnungen deshalb keine Strafen bestimmen, veranlaßt, die gehorsamste Anfrage zu machen, ob, und welche Strafe, als Zwangsmittel gegen die saumseligen und widerspenstigen Eltern der Impfpflichtigen, worunter jene Kinder, die das dritte Jahr vollzählig erreicht haben, zu verstehen sind, zu verhängen sey.“⁵⁵

Bürgermeister, Stadträte und das Gubernium bzw. dann die Statthalterei selbst hatten durch das gesamte 19. Jahrhundert hindurch Sorge um die zu rechtfertigende Nichterfüllung der Impfquote und die mit einem Epidemieausbruch zusammenhängenden Kosten und chaotischen Verhältnissen. Die Sorge um die Wahrung der Ordnung drückt sich u. a. im Eifer bei der Denunzierung und allfälligen Ahndung der Säumigen aus. So machten der Bürgermeister und der Stadtrat von Meran 1853 die Bezirkshauptmannschaft Meran aufmerksam, dass von 180 den Taufregistern entnommenen Impfkandidat*innen nur 21 Kinder zum Impftermin im Rathausaal gekommen waren. Diesen, in den Augen der Lokalbehörde, beklagenswerten Zustand führte man auf die Lockerung des Druckes zurück. Besonders der Bürgermeister befürchtete,

„daß die Impfung bey der gegenwärtig zum Grundsätze angenommenen Freystellung ohne alle Zwangsmaßregeln wie es früher recht zweckmäßig der Fall gewesen ist, nach und nach ganz aufhören wird, weil sie, wenn der weit größere Theil der Kinder ungeimpft bleibt, bey dem Einreisen der Blattern-Epidemie, welcher auf solche Weise die Thüre offengelassen wird, nicht mehr der frühere Schutz gewährt wie zur Zeit, wo alle Kinder ohne Ausnahme geimpft werden mußten, und der Epidemie [schon?] die Schwelle der Kinderstube allgemein versperrt gewesen ist. Wenn

53 DAIMER, Handbuch, wie Anm. 34, 246f. „Vorschrift über die Kuhpocken-Impfung in den Kaiserl.-Königl. Staaten“ von 1836. So sollten ungeimpfte Kinder bei Schuleintritt geimpft werden, durften aber bei Weigerung nicht von der Aufnahme ausgeschlossen werden.

54 StBz, Sanität Nr. 19, 2 Fasz. 20, Impfung, Impftabellen (1820), Z. 657/54 Kreisamt Bozen an das Landgericht Meran, 21. Januar 1820.

55 TLA, Jüngerer Gubernium, Pockenimpfung (Sanität), Fasz. Verordnungen, Z. 2198, von Comini an die Hofkommission für Tirol und Vorarlberg, 18. Februar 1815.

daher die Kuh-Pocken-Impfung von einem beruhigenden Erfolge seyn solle so ist es unerläßig nöthig, daß die frühern strengen Maßregeln von indirektem Zwange, und falls dieser nicht hinreichen sollte, selbst von direktem Zwange wieder in Anwendung gebracht werden. Der vernünftige und einsichtsvollere Theil der Bevölkerung wird dieses mit vielem Dank erkennen, die Kurzsichtigen und Widerspenstigen müssen ohnehin jederzeit völlig mit Gewalt zu ihrem eigenen Interesse hingeleitet werden.⁵⁶

Mit direktem Zwang war eine Geldbuße bzw. Haftstrafe wie im Rahmen der Impfpflicht unter bayerischer Herrschaft gemeint, nach der allerdings bei Impfverweigerung ebenso wenig mit „Gewalt“ also unter Zwang geimpft wurde.⁵⁷ Der indirekte Zwang hingegen baute weiter auf den Ausschluss von Förderungen und Unterstützungsleistungen auf.

Die Vorschläge und Aufforderungen zur Einführung eines direkten Impfwanges, also einer Impfpflicht, häuften sich besonders zur Jahrhundertmitte, doch das Ministerium pochte auf die Verbesserung und Reform der Impfung um die Renitenzproblematik in den Griff zu bekommen, denn

„nicht blos die zunehmende Zahl der Renitenten, sondern auch der Umstand, daß die Zahl der angeblich mit echten Kuhpocken Geimpften, die bei später auftauchenden Blattern-Epidemien, dennoch von Blattern ergriffen werden, zunimmt, eine Revision u. Änderung der in Bezug auf das Impfwesen bestehenden Anordnungen u. Einrichtungen nothwendig machen. Es wurde daher angeordnet, das Impfwesen in seinem ganzen Umfange einer genauen Prüfung u. Würdigung zu unterziehen, u. die zur sichern Erreichung des Zweckes geeignet befundenen Anänderungsvorschläge zu erstatten.“⁵⁸

Ein Rechenbeispiel aus den Quellen bietet eine Vorstellung der Größenordnung des Verhältnisses zwischen Geimpften, erfolglos Geimpften und Nichtgeimpften: In ihrer Darlegung des Impfoperates von 1853 nennt die Bezirkshauptmannschaft Meran im gesamten Kreis Brixen 11.959 zu impfende Kinder (laut Taufbüchern), von denen nach Abzug von Verstorbenen und Ausgewanderten tatsächlich 11.552 einer Impfung hätten unterzogen werden sollen. Von diesen wurden 3.624 mit Erfolg geimpft, bei 18 scheint die Impfung wirkungslos gewesen zu sein, bei 104 gab es wahrscheinlich, aber nicht sicher einen Impferfolg, bei 262 konnte keine Aussage gemacht werden. 4.008 wurden also geimpft, wenn auch nicht alle gleich erfolgreich. 7.544 hingegen blieben ungeimpft, bzw. überstanden 33 davon ohne Impfung die Blattern und wurden dadurch immunisiert.⁵⁹ Zu diesen beispielhaften ca. zehn Prozent an erfolglos Geimpften, bei denen sich also keine Symptome wie die Pustelbildung zeigten, kamen dann jene, die trotz Impfung an Blattern erkrankten oder verstarben bzw. jene, die besonders durch die Methode der Arm-zu-Arm-Impfung mit anderen Krankheiten infiziert wurden.⁶⁰

56 StBz, Sanität, Nr. 210, Fasz. 338, Z. 737, der Bürgermeister von Meran und der Stadtrat an die Bezirkshauptmannschaft Meran, 14. Juni 1853 [Hervorhebungen im Original].

57 MEMMER, Die Geschichte, wie Anm. 11, 22.

58 StBz, Sanität, Nr. 210, Fasz. 338, Z. 9836, der Kreispräsident von Brixen an den Bezirkshauptmann in Meran, 5. Dezember 1853.

59 StBz, Sanität, Nr. 210, Fasz. 338, Z. 5192, der Kreispräsident von Brixen an den Bezirkshauptmann in Meran über die Resultate aus den Berichten der Impfoperate der Bezirkshauptmannschaft, 20. Juni 1853.

60 Vgl. auch MEMMER, Die Geschichte, wie Anm. 11, 31.

Der indirekte Impfwang am Beispiel einer neuen Fürsorgeeinrichtung des 19. Jahrhunderts: Die Kleinkinderbewahranstalt

Neben Waisenhäusern und Schulen waren seit den 1820er Jahren im deutschen wie im englischsprachigen Raum auch sogenannte Kleinkinderbewahranstalten⁶¹ im Zeitalter der Industrialisierung und der Etablierung der weiblichen Erwerbstätigkeit auf Laienvereine wie Ordensgemeinschaften gegründete Einrichtungen der Armenunterstützung und der Kinder- und Jugendfürsorge.⁶² Nicht zuletzt aufgrund des jungen Alters der Betreuten spielten diese Institutionen eine wichtige Rolle im Rahmen der Pockenschutzimpfung und ganz allgemein im Rahmen von Präventionsmaßnahmen gegen Infektionskrankheiten. Diese, die sich später zu Kindergärten entwickelten, boten eine vorschulische Erziehung für Drei- bis Sechsjährige im sittlich-konfessionellen Sinn und eine Unterstützung in der Pflege und Aufzucht wirtschaftlich bedürftiger Familien und derer, die aus Arbeitsgründen ihre Kinder nicht selbst betreuen konnten.

Die erste und vorerst einzige „Kleinkinderbewahranstalt der Stadt Bozen“ entstand 1847.⁶³ Sie betreute zunächst 70, dann Mitte der 1860er Jahre schon über 300 Kleinkinder. Finanziert wurde die Einrichtung mit Mitgliedsbeiträgen und dem Erlös von Wohltätigkeitsveranstaltungen, Spenden, sowie aus Legaten, allen voran das Vermächtnis der Wilhelmine Kofler geborene Grätzel, die für die Bozner Institution namensgebend war. Das erste Gebäude in der Pfarrgasse, heute Eisackstraße, sowie seit 1872 das größere Gebäude in der Hintergasse, heutige Vintlergasse, stellte die Stadtgemeinde zur Verfügung. Geleitet wurde die Anstalt von einem Komitee aus fünfzehn adeligen und bürgerlichen Boznerinnen; das Lehr- und Aufsichtspersonal wurde aus den Reihen der Lokalgeistlichkeit und der Barmherzigen Schwestern rekrutiert.⁶⁴

1857, zehn Jahre nach der Gründung der Institution und zu Beginn einer starken Pockenwelle, setzte der Bürgermeister von Bozen, Anton Kappeller, der im April die Fürsorgeinstitution zur Eindämmung der Infektionskrankheit hatte schließen lassen, die Leitung der Kleinkinderbewahranstalt darüber in Kenntnis, „daß für die Zukunft nur jenen Kindern der Besuch der Kleinkinderbewahranstalt gestattet werden darf, welche sich mit dem Kuhpocken-Impfungszeugnisse bei der löblichen Vorstehung ausgewiesen haben werden“.⁶⁵

Als die vermutlich nicht gänzlich freiwillige Bereitschaft zur Impfung durch eine ärztliche Verordnung des Stadtphysikus, Dr. Baur, gebremst wurde, der aufgrund von verschiedenen grassierenden Erkrankungen befürchtete, die Impfung nicht erfolgreich durchführen zu können,

61 Vgl. Günter EMING, Geschichte der öffentlichen Kleinkindererziehung von den Anfängen bis zur Kaiserzeit, (Freiburg 1987). Siehe auch im Südtiroler Landesarchiv die Aufarbeitung zum Bestand des Koflerschen Kindergarten: Florian HUBER, Bearb., Aus dem Verzeichnis des Archivs des Koflerschen Kindergartens Bozen (Koflerstiftung) 2007.

62 Vgl. Giuseppe PANTOZZI, Il governo della beneficenza in Tirolo secoli XVIII–XX (= Pubblicazioni del Museo storico in Trento. Grenzen/Confini 3, Lavis 2006), besonders 145–166.

63 Vgl. dazu Siglinde CLEMENTI / Martha VERDORFER, Frauen Stadt Geschichte(n) Bozen-Bolzano. Vom Mittelalter bis heute (Bozen 2000), 174–175.

64 Südtiroler Landesarchiv (= SLA), Archiv des Koflerschen Kindergartens 195, Personalstand der Kleinkinderbewahranstalt 1856.

65 Ebd., Anlehnung an Z 2740/4 Magistrat der Stadt Bozen/Bürgermeister Kappeller an die Vorstehung der Kleinkinderbewahranstalt, 10. Juni 1857.

beschloss der Bürgermeister von Bozen „um jedoch den Kindern oberwählter Eltern, bei denen der Wille zur Impfung vorhanden ist, die Wohlthat der Kleinkinderbewahranstalt nicht zu entziehen“, dass jene Kinder, die vom Stadtphysikus ein Attest erhielten, aufgenommen werden konnten.⁶⁶ Dieses Zeugnis muss wohl die Impfbereitschaft und gleichzeitig die Verschiebung des Impftermins auf günstigere Zeiten bescheinigt haben.

1876 wurde der weibliche Vorstand der Kleinkinderbewahranstalt erneut aufgerufen, die Weichen zu stellen, um

„jährlich einmal alle noch nicht oder nicht wirksam geimpften Kinder, welche in der Kleinkinderbewahranstalt Zutritt oder Aufnahme finden, der Impfung durch die Stadtärzte nach vorgängiger Untersuchung unterziehen zu lassen, und jenen Kindern, deren Eltern sich der Impfung der Kinder widersetzen sollten, den Zutritt oder die Aufnahme in die Anstalt verweigern zu wollen, um dadurch wenigstens einen nach den bestehenden Gesetzen zulässigen indirekten Zwang auf die Impfernitenten auszuüben.“⁶⁷

Der Zugang zu diesem Angebot der Kinderfürsorge, dem – so der Bürgermeister – „ungeachtet der in der Bevölkerung noch wach gebliebenen Erinnerung an die Blatternepidemie des Jahres 1874/5 [...] eine völlig beispiellose Apathie“⁶⁸ bezüglich der Impfung gegenüberstand, sollte also immer enger an die Pockenschutzimpfung gekoppelt werden. Mit diesem indirekten Zwang sollte die Säumigkeit oder Verweigerung gegenüber der Immunisierung bis zum Eintritt in die Pflichtschule wettgemacht werden. Allerdings traten nun die Ärzte mit ihrer Expertise und die garantierte Sicherheit durch eine der Impfung vorangehenden Untersuchung in den Vordergrund. Damit wollte man der Impfkritik und -skepsis entgegensteuern, deren Hauptargumente größtenteils die Nebenwirkungen und Wirkungslosigkeit der Impfung waren.

Als sich 1886 die Blatternfälle auch in der Stadt Bozen wieder häuften, zog der Bürgermeister, Josef von Braitenberg, den Stadtarzt, Dr. Hepperger, heran, welcher bestätigte, dass die Impfung

„gerade an einer der wichtigsten Anstalten, der Kleinkinderbewahr-Anstalt, welche der Sammelpunkt der Kinder der arbeitenden Bevölkerung ist, nicht den erwünschten Anklang, obschon die geehrte Vorstehung im Hof-Kanzlei-Decrete zum 9. Juli 1836 Zl 13192 ein kräftiges Mittel in der Hand hätte, die Bestrebungen der Behörden zur Verbreitung der Kuhpocken-Impfung wirksam zu unterstützen, da nach demselben Ungeblatterte, welche kein Zertifikat der überstandenen Impfung aufweisen, in kein öffentliches unentgeltliches Erziehungs-Institut aufgenommen werden sollten“.⁶⁹

Die Wiederholung der Impfpflicht bzw. der Maßnahme indirekten Zwanges, die nach Ansicht der (männlichen) Vertreter der Lokalbehörden den vorstehenden Frauen zur Hand

66 SLA, Archiv des Koflerschen Kindergartens 195, Z. 2771/4 der Bürgermeister von Bozen an die Vorstehung der Kleinkinderbewahranstalt, 22. Oktober 1857.

67 Ebd., 14. April 1857.

68 Ebd.

69 SLA, Archiv des Koflerschen Kindergartens 176, Z. 3160, der Bürgermeister von Bozen an die Vorstehung der Kleinkinderbewahranstalt, 17. Mai 1886.

gegeben wurde, scheinen nicht oder nicht im zufriedenstellenden Ausmaß ausgeschöpft worden zu sein. Es muss offenbleiben, ob dahinter tatsächlich eine Impfkritik oder Säumigkeit der Vorstehung der Kleinkinderbewahranstalt vermutet werden kann, oder nicht eher eine allgemeine Versperrung dieser weiblichen Vereine vor männlicher Bevormundung, der sie sich bis dahin weitgehend erfolgreich entzogen hatten.⁷⁰

Die Aufforderungen und Ermahnungen scheinen nicht oder nicht anhaltend die Impfbereitschaft einerseits und deren Überprüfung durch die Vorstehung der Kleinkinderbewahranstalt andererseits erhöht zu haben, wenn der Bürgermeister die Situation wie folgt beschreibt:

„wenn die gefertigte Vorstehung sich vergegenwärtigt, wie ein einziger Fall von Blattern in der Anstalt unter Hunderten von Kindern die Ansteckung verbreiten kann, und welche Verheerung von da aus in den Familien dieser Kinder bei den erbärmlichen Wohnungsverhältnissen u. den geringen Reinlichkeitsbedürfnissen dieser Klassen anrichten könne, so kann man sich der sichern Erwartung hingeben, daß sie selbst mit aller Strenge darauf achten wird, daß die die Anstalt besuchenden Kinder der Impfung unterzogen u. in Hinkunft Ungeimpfte nicht zugelassen werden.“⁷¹

Die Debatte um eine verpflichtende Pockenschutzimpfung hatte, wie am letzten Zitat erkennbar, mittlerweile auch eine soziale Dimension erreicht. Wie bei anderen Infektionskrankheiten, so Cholera, Typhus oder Fleckfieber, wo Hygienemaßnahmen und der Zugang zu sauberem Trinkwasser sehr wohl eine Distinktion zwischen den vornehmen Stadtteilen und den sogenannten Elendsvierteln machten, waren gegen Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend ärmere Stadtviertel mit mangelhafter Versorgung durch Ärzte und Fürsorgeeinrichtungen von den Pockenwellen betroffen, wie Andreas Weigl dies bereits für Wien nachgezeichnet hat.⁷²

Resümee

Der Großteil der potentiellen Opfer jener zahlreichen endemischen wie epidemischen Pockenwellen, die das 19. Jahrhundert prägten,⁷³ war – wie in Falle der eingangs genannten Masern für die heutige Gesellschaft – nicht entscheidungsfähig über die Annahme oder Verweigerung der neu entwickelten Schutzmaßnahme durch die Impfung mit Kuhpocken oder später mit humaner Lymphe. Dort wo der Staat und seine untergeordneten Behörden im Rahmen von Fürsorgeeinrichtungen als Vormund fungierten, übernahmen sie diese Entscheidung zugunsten der Schutzimpfung. Wo Eltern entscheidungsbefugt waren, galt es, diese für die in den Kinderschuhen steckende Präventionsmaßnahme zu gewinnen, ohne sie einem direkten Zwang zu unterwerfen. In einem Land, in dem, anders als in Bayern oder Preußen, die Impfpflicht nicht bzw. nur teil- und stufenweise eingeführt wurde und es besonders in den 1860er und 1870er Jahren viele

70 Siehe dazu CLEMENTI / VERDORFER, Frauen, wie Anm. 63, 177 und den hier zitierten Hinweis „Die Männer reden zu lassen und wie bisher fortzufahren.“

71 SLA, Archiv des Koflerschen Kindergartens 176, Z. 3160, der Bürgermeister von Bozen an die Vorstehung der Kleinkinderbewahranstalt, 17. Mai 1886.

72 Vgl. Andreas WEIGL, Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (= Kommentare zum Historischen Atlas von Wien 1, Wien 2000), 231–237.

73 WOLFF, Einschneidende Maßnahmen, wie Anm. 5, 22–26.

Pockenopfer gab, setzte man im Kaiserreich Österreich weiterhin auf den indirekten Zwang zur Erhöhung der Impfbereitschaft, indem der Zugang zu Pflichtschuleinrichtungen und öffentlichen Lehranstalten, oder der Genuss von finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten an den Impfnachweis gekoppelt wurden. Dieses Bonus-System wurde beim Übergang zur Impfung mit humaner Lympe noch um die Belohnungen für Impfkönige erweitert.

Auch wenn das Malus-System, also die mit Geldbußen verbundene Ahndung der Impfsäumigen oder -verweigerer, zumindest im Tiroler Raum nach der bayerischen Herrschaft auf den ersten Blick nicht praktiziert wurde, so prägte der indirekte Impfzwang sehr wohl das Alltagsleben der Menschen, wenn z. B. weiterhin an einem Hofkanzleidekret von 1811 festgehalten wurde, demnach an den Blättern verstorbene ungeimpfte Kinder ohne Begleitung der Verwandten und der Gemeinde bestattet werden sollten.⁷⁴

Auch die sogenannte Volksbelehrung war weit entfernt davon, wertfrei oder sachlich informativ zu sein; die zahlreichen Impfaufrufe hatten nicht nur Erinnerungsfunktion, sondern erhöhten auch aufgrund der benutzten Sprache den Druck auf das elterliche Gewissen. In einem Aufruf von 1824 werden nicht nur die Vorteile hervorgehoben, so die Schutzwirkung der nachgewiesenen harmlosen Kuhpocken, die Impfung, die von Geburt an in jedem Alter, in jeder Jahreszeit und ohne Unkosten verabreicht werden könne, ohne das Kind in seiner Gesundheit zu gefährden, wie die echten Pocken, die Augen oder andere Körperteile in Mitleidenschaft ziehen können. Die trotz der genannten Vorteile allfällige Säumigkeit oder der Widerstand der Eltern wird mit harten Worten kritisiert, die in Fall der Weigerung im Aufruf „nichts geringeres als die Mörder eurer eigenen Kinder“⁷⁵ genannt wurden.

Die Vermutungen, die schon Unterkircher anstellte, dass eine Impfpflicht als „verhasstes“ Erbe der bayerischen Herrschaft negativ konnotiert gewesen sei und dass die nicht unerheblichen Misserfolge auch unter den Ärzten für Unsicherheit und Unmut gesorgt hätten, erhärten sich an den angeführten Quellen. Der Mangel an Selbstbewusstsein eines schwächelnden Kaiserhauses in einem von den napoleonischen Kriegen und der Auflösung des Heiligen Römischen Reiches dezimierten Österreichischen Kaisertums, ein neues Verständnis von Staatsgewalt und Freiheitsrechten⁷⁶ dürften ebenso wie die belegbaren Erkrankungen trotz erfolgter Impfung dazu beigetragen haben, die als notwendig empfundene Präventionsmaßnahme gegen die Pocken weiterhin auf die wackeligen Beine der Vernunft und Freiwilligkeit zu stellen.

Informationen zur Autorin

Dr. Mag. Elena Taddei, assoziierte Professorin im Kernfach Neuzeit am Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der Universität Innsbruck, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: elena.taddei@uibk.ac.at

74 DAIMER, Handbuch, wie Anm. 34, 243.

75 SLA, Nachlass Rasmo I., Nr. 3, 1824, k. k. Landesgubernium für Tirol und Vorarlberg. Aufruf welcher auf allerhöchsten Befehl zur allgemeinen Wissenschaft, besonders für Aeltern zur Nachachtung andurch bekannt gemacht wird, 15. Juli 1824.

76 Vgl. auch MEMMER, Die Geschichte, wie Anm. 11, 16.

Alois Unterkircher

Die Fotoserie aus der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ in München (ca. 1914): Potentiale einer visuellen „Kulturgeschichte des Impfens

English Title

The Photo Series from the “Königlich Bayerische Zentralimpfanstalt” in Munich (approx. 1914):
Potential of a Visual “Cultural History of Vaccination”

Summary

This contribution uses a series of photographs from the “Königlich Bayerische Zentralimpfanstalt” (Royal Bavarian Central Vaccination Institute) in Munich, which is kept in the German Museum of Medical History in Ingolstadt, as sources of a visual history of smallpox vaccination. The approximately 40 black and white photographs were taken around 1914 and give a rare insight into a facility for the production of animal smallpox lymph. The vaccination institute manufactured the vaccine for the smallpox vaccination and distributed it to the vaccinators throughout the Kingdom of Bavaria. You can see all the rooms in the extensive building complex, from the waiting room and the vaccination room to the quarantine barn for the calves. The Munich institute wanted to use this series of photographs to advertise the new building erected in 1904, which was equipped according to the most modern hygienic standards of the time. Using the photographs, the article not only shows how the smallpox vaccine was bred, “harvested” and processed on the calves’ abdominal skin. It also develops the thesis that the photo series should promote the safety of the vaccine produced there and underline their leadership claim with regard to research on animal lymph.

Keywords

Smallpox Vaccination, Vaccine Production, Vaccination Technology, Royal Bavarian Central Vaccination Institution, Bavaria, Munich, Photo History, German Museum of Medical History Ingolstadt

Einleitung

Am 2. Oktober 1905 verewigte sich Dr. med. Leonhard Voigt im Gästebuch der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ in München. Voigt, seit 1874 Oberimpfarzt der Hamburger Staatsimpfanstalt, war sichtlich beeindruckt von der Modernität des weitläufigen Gebäudekomplexes und fand für seine Bewunderung folgende Worte: „Möchte die schöne Anstalt zu München bald zur Herrichtung [sic] ähnlicher Anstalten in Deutschland führen.“¹ Voigt schrieb diesen Eintrag sicherlich nicht aus reiner Höflichkeit, sondern in aufrichtiger Anerkennung für die Arbeit seiner Kollegen im Süden. Denn das Gebäude war erst ein gutes Jahr zuvor als Neubau eröffnet worden und entsprach somit dem neuesten Stand des bakteriologischen, hygienischen und veterinärmedizinischen Wissens. Die „Zentralimpfanstalt“ stellte nicht nur einen wesentlichen Pfeiler der allgemeinen Gesundheitsfürsorge Bayerns dar. Als hochspezialisierte Einrichtung erfüllte sie zugleich mehrere Funktionen innerhalb der medizinischen Infrastruktur. Denn in ihr wurde nicht nur der Schutzpockenimpfstoff für das gesamte Königreich hergestellt, aufbereitet, verpackt und an alle Impfarzte in den Bezirken versandt. Hier forschte man auch an einer besseren Verträglichkeit der von Kälbern gewonnenen Lymphe, erprobte neue Impftechniken und gab dieses Wissen an die Medizinstudenten weiter. Zu guter Letzt konnte die Münchner Bevölkerung ihre impfpflichtigen Kinder gemäß den gesetzlichen Bestimmungen dort „vakzinieren“ und „revakzinieren“ lassen. Wenn Malte Thießen die Ärzte des ausgehenden 19. Jahrhunderts demnach als „Ingenieure des Volkskörpers“² bezeichnet, waren die Impfanstalten deren Technische Büros.

Anders als die überschwänglichen Worte Voigts nahelegen, war die „Königlich Bayerische Zentralimpfanstalt“ jedoch nicht die einzige derartige Einrichtung auf dem Gebiet des Deutschen Kaiserreichs. Um 1900 bestanden 22 staatliche Betriebe zur Produktion frischer Kuhpockenlymphe, daneben existierten noch einige privat geführte Institute.³ Von Königsberg im äußersten Nordosten über Kassel in der Mitte bis hin zu Straßburg im Südwesten durchzog ein dichtes Netz von „Lympegewinnungsanstalten“ das Kaiserreich. Was war demnach das Besondere an der Münchner Einrichtung, die sich Voigt als Vorbild für alle anderen wünschte? War es die spezifische Architektur der aus vier Gebäuden bestehenden Anlage? War es die für diese Zeit hochmoderne Ausstattung mit Elektrizität, Telefon, Zentralheizung und Warmwasseranschluss? Begeisterte sich der Hamburger für das neueste Instrumentarium zur Impftechnik oder für die effiziente Verwaltungsstruktur, oder wünschte er sich schlichtweg ein ebenso edles Mobiliar wie im Münchner Vorstandszimmer? Wie muss man sich diesen Gebäudekomplex in Hinblick auf seine Fassade, seine Inneneinrichtung und seine räumliche Aufteilung überhaupt vorstellen? Gerade vor dem Hintergrund der ab Beginn 2021 intensiv geführten Debatte über die Herstellung, Beschaffung und Verteilung der Vakzine gegen COVID-19 wäre ein Vergleich mit einer historischen Produktionsstätte für (Pocken-)Impfstoff erhellend.

-
- 1 Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt (DMMI), Gästebuch der Bayerischen Landesimpfanstalt, Inv.-Nr. Ms/086, o.P.
 - 2 Malte THIESEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 18. und 20. Jahrhundert* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 225, Göttingen 2017), 18.
 - 3 Vgl. die Tabelle in: Die Thätigkeit der im Deutschen Reiche errichteten staatlichen Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1900, in: *Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte* 7 (1903), 1–63, hier 4.

Historiker*innen würden sich bei ihrer Suche nach einer Antwort auf all diese Fragen wohl zuallererst in Archive begeben, um Akten der Anstaltsverwaltung oder der Baubehörde zu sichten. Das so rekonstruierte Bild der Innenräume der Münchner Impfanstalt wäre allerdings in erster Linie aus schriftlichen Quellen gewonnen, auch wenn sich in den Akten mitunter ein Grundriss, ein Aufriss oder gar das eine oder andere Foto finden ließe. Einen unmittelbaren visuellen Eindruck von der Impfanstalt oder gar ein authentisches „Abbild“ derselben können Texte jedoch nur schwer vermitteln.

Ein bislang relativ unbeachteter Fotobestand im Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt (fortan DMMI) könnte helfen, die Geschichte der Pockenschutzimpfung und somit auch die „Kulturgeschichte des Impfens“ um eine visuelle Dimension zu erweitern und die eingangs aufgeworfenen Fragen aus der Perspektive einer Historischen Bildforschung⁴ zu beantworten. Bei diesem Bildmaterial handelt es sich um ein Konvolut von 38 Schwarz-Weiß-Fotografien, die sämtliche Innenräume der aus vier Gebäudeteilen bestehenden Münchner Anstalt zeigen. Sie stammen aus der Zeit um 1914 und wurden wohl in erster Linie zur fotografischen Bestandsaufnahme der zu dieser Zeit um einen Versuchstierstall erweiterten Anlage angefertigt. Zugleich dienten diese Fotografien aber auch einer selbstbewussten Darstellung nach außen, denn mit ihnen sollte die Führungsrolle der bayerischen Wissenschaftler hinsichtlich der Forschungen zur tierischen Pockenlymphe unterstrichen werden. Diese Hypothese legen zumindest die Bildinhalte der einzelnen Aufnahmen und die besondere Gestaltung nahe. Die einzelnen Papierabzüge im Format von 23 x 14,5 cm wurden nämlich auf schwarze Kartons in der Größe 32 x 23,5 cm geklebt und mit einem weißen Stift sorgfältig beschriftet (vgl. Abb. 1). Über einen eingestanzten Stempel in der rechten unteren Ecke eines jeden Bildes kann der Fotograf bzw. das Fotostudio identifiziert werden. Es handelt sich um die „Photographische Anstalt Rehse & Co.“, eines der rund 90 selbständigen Ateliers, die gemäß der Gewerbezahlung von 1900 in der bayerischen Hauptstadt ihre Dienste anboten.⁵ Von jedem Foto existiert ein zweiter, manchmal sogar ein dritter Abzug. Ausrisse an den Ecken einiger der Kartons deuten darauf hin, dass diese Fotografien an einer Wand angebracht und somit für einen größeren Personenkreis sichtbar waren.

Im Folgenden soll zunächst kurz nachgezeichnet werden, wie dieses Bildmaterial überhaupt ins DMMI gelangte und wie Fotografien für die Medizin- und Impfgeschichte nutzbar gemacht werden können. Anschließend wird anhand der Entwicklung der Impfgesetzgebung der 1870er bis 1910er Jahre erläutert, welche konkreten Auswirkungen diese normativen Vorgaben auf die Münchner Impfanstalt als spezifischen „medikalen Raum“⁶ hatten. In einem dritten Abschnitt wird eine einzelne Fotografie des umfangreichen Bestands genauer analysiert und herausgearbeitet, welche Informationen über die Abläufe in einer „Lymphengewinnungsanstalt“ um 1914 aus den Bildinhalten gewonnen werden können.

4 Siehe hier den Sammelband von Klaus SACHS-HOMBACH, Hg., *Bildwissenschaft. Disziplinen, Themen, Methoden* (Frankfurt am Main 2005).

5 Vgl. Heinz GEBHARDT, *Königlich Bayerische Photographie 1838–1914* (München 1978), 89–90.

6 Zum Konzept des medialen Raumes vgl. den Sammelband von Nicholas ESCHENBRUCH / Dagmar HÄNEL / Alois UNTERKIRCHER, Hg., *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit* (Bielefeld 2010).



Abb. 1: Der Warteraum. DMMI, Inv.-Nr. GT/0549-03-1

Fotografien als Quellen zur Impfgeschichte

Fotografien sind eine konservatorisch schwierig zu handhabende Objektgruppe und stellen Museen, die auf keine fotohistorische Expertise im Haus zurückgreifen können, vor erhebliche Herausforderungen.⁷ Aufgrund spezifisch fotochemischer Prozesse auf den Trägermaterialien verblassen die Bilder im Laufe der Zeit, bei unsachgemäßer Lagerung zersetzen sie sich regelrecht. Diese „Dämonen der Fotochemie“⁸, wie der Fotohistoriker Peter Geimer jene Schleier, Flecken und Verdunkelungen beschreibt, die Lichtbilder mit der Zeit befallen und trüben, behindern aber gerade eine der Kernaufgaben der Museumsarbeit. Denn im Gegensatz zu Bibliotheken und Archiven wollen Museen das fotografische Erbe der Menschheit nicht nur sicher

7 Zum konservatorischen Umgang mit historischen Fotografien vgl. etwa Marjen SCHMIDT, Fotografien. Erkennen Bewahren Ausstellen (= MuseumsBausteine 17, Berlin–München 2018), 103–155.

8 Peter GEIMER, Was ist kein Bild? Zur „Störung der Verweisung“, in: Peter Geimer, Hg., Ordnungen der Sichtbarkeit. Fotografie in Wissenschaft, Kunst und Technologie (Frankfurt am Main 2016), 313–341, hier 316.

verwahren, also „deponieren“, sondern im Sinne eines Bildungsauftrags auch zeigen, also „exponieren“ (Gottfried Korff).⁹ Fotografien, zumal jene aus der Frühphase dieser Technik, erschweren der Institution Museum als Vermittlerin der materiellen Kultur jedoch genau diese Aufgabe.

Vielleicht ist es dieser besonderen Materialität geschuldet, dass Fotografien als Quellen in den historischen Disziplinen lange im Schatten der schriftlichen Überlieferungen standen. Immerhin steigt im Zuge des allgemeinen Aufschwungs der *Visual Studies* bzw. des *Iconic Turn*¹⁰ seit gut zwei Jahrzehnten auch in den Geschichtswissenschaften das Interesse sowohl an Fotografien als auch daran, eine eigenständige Methodik und Quellenkritik für diese zu entwickeln.¹¹ Auch in der Medizingeschichte nimmt die Beschäftigung mit fotografischen Bildquellen seit geraumer Zeit merklich zu.¹² Zunächst untersuchten vor allem Vertreter*innen einer Geschlechter- und Körpergeschichte, wie Fotografien von körperlich und psychisch Kranken Vorstellungen vom scheinbar „Abnormalen“ und Pathologischen generierten und verfestigten.¹³ Sie arbeiteten heraus, wie die medizinischen Disziplinen im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert fotografische Abbildungen von Kranken und Krankheitsprozessen als besonders realitätsgetreu ansahen und die vormals zur Bebilderung ihrer Lehr- und Handbücher verwendeten Zeichnungen nach und nach durch Lichtbildaufnahmen ersetzen. Neue Techniken wie die Mikrofotografie in der Bakteriologie oder die Röntgenfotografie in der Chirurgie und Inneren Medizin beschleunigten diese Tendenz.¹⁴

Wie dutzende erhaltene Glasplattenpositive und -negative aus den ersten Jahrzehnten sowie hunderte Papierabzüge aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bis hin zu umfangreichen Diaserien der 1960/70er Jahre zeigen, nutzten nahezu alle Ärzte der Bayerischen Zentralimpfanstalt fotografische Techniken zur Dokumentation ihrer Arbeit.¹⁵ Im Gegensatz zu dieser großen Fülle an Aufnahmen greifen Medizinhistoriker*innen bei ihren Untersuchungen zu den Pocken aber immer noch weitgehend auf klassische Abbildungen wie Gemälde oder (kolorierte) Druckgrafiken zur Illustrierung ihrer Texte zurück. Besonders die im British Museum befindliche Karikatur „The Cow-Pock or the Wonderful Effects of the New Inoculation!“ aus dem Jahre 1802, die Edward Jenner und seine Impflinge, denen Hörner und Schwänze wachsen, zeigt,

-
- 9 Gottfried KORFF, Speicher und/oder Generator. Zum Verhältnis von Deponieren und Exponieren im Museum, in: Martina Eberspächer / Gudrun M. König / Bernhard Tschofen, Hg., Gottfried Korff. Museumsdinge. Deponieren – Exponieren (Köln–Weimar–Wien 2017), 167–178.
- 10 Zum Iconic Turn vgl. Doris BACHMANN-MEDICK, Cultural Turns. Neuorientierungen in den Kulturwissenschaften (Reinbek 2006), 329–377.
- 11 Vgl. dazu die Einführung von Jens JÄGER, Fotografie und Geschichte (= Historische Einführungen 7, Frankfurt am Main 2009), oder den Überblick von Karin HARTEWIG, Fotografien, in: Michael Maurer, Hg., Aufriß der Historischen Wissenschaften, Bd. 4: Quellen (Stuttgart 2002), 427–448.
- 12 So widmete sich das 37. Fortbildungsseminar des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung 2018 Bildern, Filmen und Dingen als Quellen der Medizingeschichte und rief explizit zur Einreichung von Arbeiten zu Fotografien auf. Siehe <https://www.hsozkult.de/event/id/event-84996> (letzter Zugriff: 14.8.2021). Zu Fotografien als Quellen der Medizin-, Psychiatrie- und Kriminalitätsforschung vgl. JÄGER, Fotografie, wie Anm. 11, 162–168.
- 13 Vgl. etwa das Themenheft „Versehrte Körper. Fotografie und Medizin“ in: Fotogeschichte. Beiträge zur Geschichte und Ästhetik der Fotografie 80 (2001).
- 14 Vgl. dazu Jutta SCHICKORE, Fixierung mikroskopischer Beobachtungen. Zeichnung, Dauerpräparat, Mikrofotografie, in: Geimer, Ordnung, wie Anm. 8, 285–310.
- 15 Auch dieser umfangreiche Bestand lagert derzeit unbearbeitet im DMMI.

wird beispielsweise gerne als Abbildung für eine immer schon bestehende Impfkritik verwendet.¹⁶ Dabei scheint den Verfasser*innen nicht bewusst zu sein, dass dieser englische Stich aus der Frühzeit der Vakzination nicht ohne weiteres auf die Situation in deutschsprachigen Ländern übertragbar oder als Bebilderung für die vereinsmäßig organisierten Impfgegner im Kaiserreich des späten 19. Jahrhunderts geeignet ist.¹⁷

Dieser Beitrag möchte das Bewusstsein um das verfügbare Bildrepertoire zur Impfgeschichte insofern erweitern, als er den umfangreichen Fotobestand aus der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ nicht nur einer breiteren Fachöffentlichkeit vorstellt. Er möchte aus der Perspektive der Fotogeschichte auch thematisieren, inwiefern die Auftraggeber über bewusste Raumin szenierungen oder das absichtliche Weglassen oder Hinzunehmen von Personen, Gegenständen und Tieren bei den Aufnahmen „Impfpolitik“ betrieben. Denn wie der Fotohistoriker Jens Jäger betont, ist ein fotografisches Bild keine unmittelbare „Dokumentation des menschlichen Seheindrucks“¹⁸. Vielmehr gibt bereits der gewählte Bildausschnitt, der Lichteinfall oder der gewählte Standort des Fotografen Einblicke in die hinter den Aufnahmen steckende Absicht. Derartige Inszenierungen in den historischen Kontext zu stellen, sei eine der Hauptaufgaben einer Fotogeschichte.¹⁹ Zunächst jedoch soll kurz skizziert werden, wie dieser außergewöhnliche Fotobestand überhaupt ins DMMI gelangte.

Zur Überlieferungsgeschichte des Konvoluts

Der Bestand lagerte lange in einem Regal mit unbearbeiteten Grafiken und war wie bei Altbeständen üblich mit keiner Eingangsnummer versehen.²⁰ Daher ist bereits die Frage nach dem Zeitpunkt der Übernahme ins Museum nicht so leicht zu beantworten und erfordert eine aufwändige Recherche. Der Blick in die museumsinterne Datenbank ergab allerdings sogleich einen ersten Anhaltspunkt. Denn die Abfrage nach dem Stichwort „Impfanstalt“ zeigte, dass im Jahre 1997 rund ein Dutzend Objekte aus der Bayerischen Landesimpfanstalt ins Haus gekommen waren.²¹ Zu diesen Gegenständen zählten etwa Impfinstrumente aus verschiedenen Jahrzehnten oder das beim Haupteingang der Anstalt angebrachte Hausschild. Auch jene Medaillensammlung, die Maren Biederbick in diesem Band näher vorstellt, dürfte Teil der Schenkung von 1997 gewesen sein. Als Vorbesitzer der Objekte wird in der Datenbank Prof. Helmut Stickl, der letzte Leiter der Anstalt, angegeben. Übergeben hatte das Konvolut allerdings nicht

16 Der Stich stammt von James Gillray und erschien bei Hannah Humphrey. The British Museum, Inv.-Nr. 1851,0901.1091. Für Details siehe https://www.britishmuseum.org/collection/object/P_1851-0901-1091 (letzter Zugriff: 12.8.2021).

17 So etwa bei Mathias STEINMANN, *Impf-Alltag im 19. Jahrhundert. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Bevölkerung vor dem Hintergrund der Pockenschutzimpfung im Kanton Luzern*, in: *Gesnerus* 52 (1995), 66–82, hier 81.

18 JÄGER, *Fotografie*, wie Anm. 11, 14.

19 Vgl. ebd., 91–103.

20 Ein standardisiertes Eingangsbuch wurde erst ab 2011 angelegt, mögliche Unterlagen zu Ankäufen und Schenkungen vor diesem Zeitraum sind – wenn überhaupt vorhanden – in diversen Aktenordnern abgelegt, die jedoch im Zuge des Neubaus des Verwaltungsgebäudes in Schachteln verpackt wurden und seitdem im Außendepot lagern.

21 Es handelt sich um die Inventarnummern 97/068 bis 97/083.

Stickl selbst (er verstarb 1991), sondern dessen Witwe.²² Es ist daher zu vermuten, dass Stickl einige Dinge nach Aufhebung der Anstalt 1983 als private Erinnerungsstücke für sich behalten hatte – und so womöglich vor deren Entsorgung rettete.

Mit diesem konkreten Datum konnten gezielt die zwischen 1973 und 1999 erschienenen Jahrbücher des Museums nach weiteren Hinweisen durchforstet werden. In der Tat fand sich für das Berichtsjahr 1997 folgender Eintrag in der Rubrik zu den jährlichen Neuzugängen: „Eine umfangreiche Sammlung von Drucken zum Thema Impfung, Infektiologie und Immunologie schenkte Frau Renate Stickl, München, aus dem Nachlass ihres Mannes, des ehemaligen Leiters der damaligen Landesimpfanstalt, Prof. Dr. Helmut Stickl.“²³ Der Eintrag bezieht sich zwar nur auf Druckwerke (diese sind mittlerweile in den Bibliotheksbestand des Museums eingegliedert). Es steht jedoch außer Zweifel, dass zu dieser damaligen Spende nicht nur Bücher aus rund 150 Jahren Impfgeschichte gehörten, sondern auch die erwähnten Objekte sowie die genannte Diasammlung zu Forschungsaufenthalten in endemischen Pockengebieten wie Indien, zur Impfstoffherstellung oder zur Impftechnik, die die Mitarbeiter*innen der Anstalt über die Jahrzehnte angelegt hatten. Offenbar wurden das umfangreiche Bildmaterial und die Objekte bei der Übergabe als unbedeutend angesehen, sodass diese im Jahresbericht nicht eigens erwähnt wurden. Was sprach also dagegen, die Fotoserie aus der Anstalt ebenfalls als Teil dieser großzügigen Schenkung von 1997 zu betrachten?

Ein Zufallsfund stellte diese Annahme jedoch in Frage. Ende 2019 stieß der Verfasser beim Durchblättern alter Karteikärtchen, die museumsintern dem Teilbereich „Klinische Chemie“ zugeordnet wurden, auf eine Karte zum Objekt „Reibeschale zur Lymphbereitung“. Als Herkunft wurde die Landesimpfanstalt angegeben. Die systematische Durchsicht des gesamten Zettelkastens förderte nun weitere fünf Objekte zu Tage, die laut der damals vergebenen Inventarnummer im Jahre 1985 ins Museum gelangt sein mussten.²⁴ Folglich waren dem Museum also bereits 1985 diverse Gegenstände aus dieser Einrichtung übergeben und dem Bereich „Klinische Chemie“ / „Labormedizin“ zugeordnet worden. Mit dieser neuen Information ergab plötzlich eine dem Fotobestand beiliegende handschriftliche Notiz Sinn. Diese enthielt die Stichworte „Prof. Stickl“, „Schließung“, aber auch „Reibemaschine“ und „Pockenoberarm-moulage“²⁵. War es demnach möglich, dass der Fotobestand bereits kurz nach der Anstaltsschließung im Jahre 1983 gemeinsam mit den sechs Objekten ins Haus kam und später fälschlicherweise der Spende Stickl von 1997 zugeordnet wurde? Die Frage, wie und wann der Fotobestand ins DMMI gelangte, muss bis zur Durchsicht der unzähligen Aktenordner aus der Anfangsphase des Museums unbeantwortet bleiben. Die noch nicht völlig geklärte Überlieferungsgeschichte schmälert indes in keiner Weise den Wert der Fotoserie als einmalige Quelle zur Geschichte der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ und zur Geschichte der Pockenschutzimpfung.

22 Stickl wurde 1926 in Heidelberg geboren und übernahm die Anstalt 1966.

23 Christa HABRICH, Bericht über das Museum und den Arzneipflanzengarten. 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1998, in: Heinz Goerke / Christa Habrich, Hg., Jahrbuch des Deutschen Medizinhistorischen Museums 13/1997–1999 (Ingolstadt 2000), 13–25, hier 16.

24 Es handelt sich um die Inventarnummern 85-S 42-1 bis 85-S 42-6. Diese „alten“ Nummern auf den Karteikarten wurden im Zuge der Umstellung auf eine digitale Datenbank nicht mit integriert, weshalb sie über eine Suchabfrage nicht auffindbar sind.

25 Hierbei handelt es sich vermutlich um das Objekt mit der Inv.-Nr. AB/1388. Diese Moulage wurde offensichtlich als „wertvoll“ eingestuft und sehr früh als nicht zuordenbarer Altbestand inventarisiert.

Die „Reichsimpfgesetze“ und deren Auswirkungen auf die Münchner Impfanstalt

Wie Malte Thießen in seiner Studie plausibel herausarbeitet, kann die neuere Geschichte der Impfanstalten als moderne Vorsorgeeinrichtungen mit der Reichsgründung im Jahre 1871 angesetzt werden.²⁶ Die Nationswerdung zog auch einen Prozess der Vereinheitlichung der territorial unterschiedlichen Regelungen zur Schutzpockenimpfung nach sich, denn während z.B. die südlichen Staaten wie Bayern oder Württemberg bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine Impfpflicht eingeführt hatten, kannten andere Staaten, darunter Preußen, keine verpflichtende Impfung.²⁷ Das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 regelte nun, dass bei jedem im Deutschen Kaiserreich geborenen Kind innerhalb des ersten Lebensjahres die Impfung mit Schutzpocken durchgeführt werden musste.²⁸ Des Weiteren wurde verordnet, dass jedes Kind vor Ablauf des 12. Lebensjahres „revakziniert“ werden musste, also eine Wiederimpfung vorzunehmen wäre, um den zeitlich begrenzten Schutz der Erstimpfung aufzufrischen. Ausnahmen bestanden nur für Kinder, die nachweislich bereits eine Pockenerkrankung durchgemacht hatten. Das Gesetz trat am 1. April 1875 in Kraft und führte letztlich auch zur Gründung des „Kaiserlichen Reichsgesundheitsamts“ im Jahre 1876. Diese Behörde sollte die Durchführung der Impfung in den Bundesstaaten kontrollieren und das eingesandte Zahlenmaterial in einer reichsweiten Statistik zusammenfassen.²⁹

Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht hatte für Länder mit bereits bestehender Zwangsimpfung zunächst keine größeren Auswirkungen auf die Produktion und Verteilung von Pockenlymphe. In Bayern etwa musste der seit 1809 in München ansässige „Zentralimpf- arzt“ frischen Impfstoff für die jeweilige Impfsaison oder für allfällige „Notimpfungen“ nach einem lokalen Pockenausbruch vorrätig halten.³⁰ Dazu impfte er ein Kind, nahm diesem nach Entwicklung der Schutzblattern Pockenlymphe ab und impfte mit dieser ein weiteres Kind und so weiter, wodurch er stets frischen Impfstoff erhielt. Aufgrund der Unwägbarkeiten dieser Methode (nicht alle Kinder „überstanden“ das überaus strenge Auswahlverfahren hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes; viele Mütter mussten für ihr Einverständnis mit Geld bezahlt werden) war man in München jedoch um 1850 dazu übergegangen, die Pockenlymphe von Kälbern zu gewinnen. Diese neue Methode änderte zunächst nichts am System der Impfstoffverteilung an die Bezirksimpfärzte.

Kurz vor dem Beginn der öffentlichen Impfungen im Mai schickte der Zentralimpfarzt frische Portionen an die jeweiligen Ärzte, die diese zur Impfung aller weiteren Kinder vor Ort selbst „vermehrten“ mussten. Dazu impften sie sogenannte „Stammimpflinge“ und warteten auf die Entwicklung der prall gefüllten Bläschen, deren Inhalt sie allen anderen Kindern direkt „von Arm zu Arm“ verabreichten.³¹ Die frühen Impfanstalten, die so wie das Münchner Institut

26 Vgl. THIESSEN, Gesellschaft, wie Anm. 2, 42–59.

27 Für Preußen siehe Wolfram KERSCHER, Der preußische Weg zum Impfwang – Die Entwicklung der preußischen Pockenschutzgesetzgebung 1750–1874, Inaugural-Dissertation (Bonn 2010).

28 Zum Wortlaut des Gesetzes siehe etwa L[udwig] PFEIFFER, Die Schutzpockenimpfung. Ein Leitfad für Studierende und Impfarzte (Tübingen 1888), 1–6.

29 Zur Geschichte dieser Behörde siehe Axel C. HÜNTELMANN, Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933 (Göttingen 2008).

30 Zur Entwicklung der Bayerischen Gesetzgebung siehe N.N., Bayerische Gesetzgebung (o.O., o.J.)

31 Vgl. H[einrich] GINS, Die Impfung mit humanisierter Lymphe, in: O.[tto] Lentz / H[einrich] Gins, Hg., Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung (Berlin 1927), 241–269.

häufig nur aus einem Zimmer und einem angemieteten Stall bestanden, hatten also in erster Linie für einen beständigen Vorrat an „Anzuchtlymphe“ für die öffentlichen Impfungen zu sorgen.

Diese jahrzehntelang eingespielte Praxis der Impfstoffvermehrung änderte sich jedoch nach einer Revision des Reichsimpfgesetzes im Jahre 1885. Nach langen Beratungen beschloss die Reichsimpfkommission am 18. Juni, dass fortan nur noch von Kälbern gewonnener Impfstoff verwendet werden sollte. Diese „animale Lymphe“ sollte Übertragungen von Krankheiten wie der Syphilis verhindern,³² was bei einer direkten „Arm zu Arm“-Impfung mitunter vorkam und den Impffegner*innen ein gutes Argument zur Agitation lieferte.³³ Allerdings war sich die Kommission bewusst, dass die bestehenden Impfanstalten diese enormen Mengen an Tierlymphe bei einem sofortigen Inkrafttreten nicht herstellen konnten. Daher erlaubte das Gesetz, dass die Impfung mit tierischer Pockenlymphe nur „allmählich durchzuführen [sei]“³⁴. Zugleich ordnete es die Errichtung entsprechender staatlicher Impfanstalten zur Gewinnung tierischer Lymphe im gesamten Reichsgebiet an. Im Jahre 1899 endete diese Übergangsphase. Von nun an durfte nur noch tierische Lymphe verwendet und die einst großflächig eingesetzte humanisierte Lymphe „nur in Ausnahmefällen“³⁵ verimpft werden.

Die Zentralimpfanstalt in München konnte die Gesetzesvorlage von 1874 noch relativ schnell umsetzen. Der Erlass von 1885 bedeutete jedoch eine ungleich größere Herausforderung, weil zur termingerechten Versorgung aller Impfpärzte im Königreich die bisherige Rinderhaltung neu organisiert werden musste. So erinnerte sich der Anstaltsleiter 1904 an die gewaltigen Anstrengungen seines Vorgängers, „wenn statt der bisherigen Menge von etwa 2500 Impffportionen, mit denen sich die Amtsärzte die Impfung in ihren Bezirken selbst gestalten mußten, so viele Lympheportionen von der zentralen Erzeugungsstätte geliefert werden mussten, als Impflinge im Lande vorhanden waren“.³⁶ Quasi über Nacht mussten Räumlichkeiten für die größere Kälberzahl angemietet, mehr Personal eingestellt und neues Gerät angeschafft werden.

Zumindest die Frage nach der Unterbringung der Impfkälber konnte dadurch gelöst werden, dass man einen Teil des landwirtschaftlichen Versuchsstalles der technischen Hochschule mitbenutzen durfte. Die Halte- und Arbeitsbedingungen erwiesen sich jedoch als schwierig.³⁷ So waren die Impfkälber gemeinsam mit den Schweinen der Versuchsstation untergebracht

32 Vgl. dazu die Passage in: KAISERLICHES GESUNDHEITSAMT, Hg., Blattern und Schutzpockenimpfung. Denkschrift zur Beurtheilung des Nutzens des Impfgesetzes vom 8. April 1874 und zur Würdigung der dagegen gerichteten Angriffe (Berlin 1896), 116–117.

33 Vgl. hierzu Andreas-Holger MAEHLE, Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem. Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 9 (1990), 127–148.

34 Der genaue Wortlaut ist nachzulesen in: M. SCHULZ, *Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik. Ein kurzer Leitfaden für Studierende und Ärzte* (Berlin ³1892), 82.

35 Nachzulesen in: Erich PEIPER, *Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungsbestimmungen in Deutschland und Österreich-Ungarn* (Berlin–Wien ³1901), 66.

36 Ludwig STUMPF, *Zur Geschichte der k. b. Zentralimpfanstalt*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 52 (1905), 128–131, hier 130.

37 Tierärzte empfahlen im Allgemeinen, nur Kälber im Alter zwischen fünf bis 12 Wochen anzukaufen und lediglich in Ausnahmefällen auf ältere Tiere zurückzugreifen. Begründet wurde dies einerseits mit der leichteren Haltung aufgrund der geringeren Größe und Schwere. Andererseits gingen die Tierärzte davon aus, dass der Organismus eines jungen Kalbes die Auswirkung der „Impfprozeduren“ besser verkraften würde. Vgl. F[elix] ROEPCKE, *Die animale Impfanstalt. Deren Anlage, Einrichtung und Betrieb* (Stuttgart 1890), 42–45.

und standen dicht an dicht im überfüllten Stall, sodass die Temperatur mitunter kritische Werte erreichte.³⁸ Unter diesen Voraussetzungen schlug das „Anzüchten“ von Impfstoff an einigen Tagen fehl, weshalb bereits angekündigte Impftermine in einzelnen Bezirken wieder abgesagt werden mussten. Einige Bezirksimpfärzte drängten ob dieser Verzögerungen darauf, die Produktion zu dezentralisieren und mehrere kleine Anstalten im gesamten Land zu errichten. Schließlich hätte sich gezeigt, dass „die Versendung der gewonnenen Lymphe an alle Impfstellen des Königreiches incl. deren Herstellung eine für ein Impfinstitut fast nicht zu bewältigende Aufgabe sein dürfte“³⁹. Welche Dimensionen das Hochfahren der Produktion innerhalb nur eines Jahres angenommen hatte, zeigt der Bericht über die Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern für das Jahr 1886. Plötzlich gingen „[a]us allen Theilen des Königreiches [...] Bestellungen von Thierlymphe in kleineren und grösseren Quantitäten ein, und mit Mühe konnte die k. Centralimpfanstalt den Anforderungen genügen“⁴⁰. Denn neben den regulären Dosen für die Bezirksimpfärzte mussten auch jene für das Heer, für private Besteller und für den Impfbezirk München produziert werden. Insgesamt gewann man in diesem Jahr 248.000 Portionen von 84 Kälbern.

Aufgrund dieser unerträglichen Situation wurde der Bau eines eigenen Gebäudes mit separaten Räumen für Tiere, Mitarbeiter und Labor beschlossen. 1888 konnte auf dem Areal des Hauner'schen Kinderspitals die in Rekordzeit errichtete, an das Maschinenhaus des Spitals angebaute neue Zentralimpfanstalt bezogen werden. Das Gebäude stand inmitten von Gärten, besaß zwei Stockwerke und einen Heuboden und beherbergte in der ersten Etage diverse Arbeitszimmer sowie einen Material- und Laborraum.⁴¹ Die großzügige Bauweise bot ausreichend Luft und Licht, sodass der Leiter der Impfanstalt im Jahresbericht stolz verkünden konnte, dass der vor kurzem noch stockende Nachschub an Lymphe „wohl zu den überwundenen Calamitäten zu zählen sein [dürfte]“⁴².

Allerdings drohte von völlig unerwarteter Seite bald neues Ungemach. Durch das starke Bevölkerungswachstum Münchens in der zweiten Jahrhunderthälfte konnte das Kinderspital den Zustrom an jungen Patient*innen nicht mehr bewältigen. So errichtete man auf den freien Flächen des Areals je einen Pavillon für Scharlach- und für Diphtheriekranken und die in den vorjährlichen Berichten so idyllisch beschriebenen Gärten und Freiflächen verschwanden.⁴³ Da diese Pavillons unmittelbar an die Impfanstalt grenzten, stufte man die Gefahr eines Aufeinandertreffens von Kindern mit hochansteckenden Infektionskrankheiten, Mitarbeiter*innen einer Produktionsstätte für Pockenimpfstoff und impfpflichtigen Säuglingen als zu hoch ein. In Anbetracht des „Bedenkliche[n] dieser Nachbarschaft“⁴⁴ wurde daher um 1890 die Errichtung eines weiteren Gebäudes beschlossen.

38 Vgl. Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1887, 6.

39 Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1886, 21.

40 Ebd., 5–6.

41 Vgl. die Beschreibung des Hauses in: Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1889, 6–8.

42 Ebd., 13.

43 STUMPF, Geschichte, wie Anm. 36, 131.

44 Ebd.

In der Zwischenzeit bezog man das alte Waagegebäude am Rande des städtischen Schlacht- und Viehhofs als Provisorium, das für diese Zwecke den hygienischen Anforderungen angepasst wurde. Der für zehn Tiere konzipierte Stall bekam einen betonierten Boden und einen Anstrich aus Emaillefarben, was eine leichte Reinigung ermöglichte.⁴⁵ Die Randlage sowohl zur Stadt als auch zu den Gebäudeteilen des Viehhofes ließen „eine Seucheneinschleppung [...] nach ärztlichem und thierärztlichem mündlichen Gutachten nicht [...] befürchten“⁴⁶, sodass die Baracke im Herbst 1901 bezogen werden konnte. Die Planungen zum Neubau schritten indessen zügig voran.

Im Sommer 1899 besuchten der Zentralimpfparzt und ein Sachbearbeiter des Bauamts dreizehn Impfanstalten in Deutschland und Holland, um sich einen Überblick über die verschiedenen „Lymphgewinnungsanstalten“ und deren spezifische Problematiken zu verschaffen.⁴⁷ Denn während es sich bei den einen um reine Produktionsstätten ohne Publikumsverkehr handelte, wurde der Impfstoff in anderen nicht nur gewonnen und aufbereitet, sondern zugleich auch verimpft. Nach dieser Rundreise war Dr. Ludwig Stumpf daher zur Überzeugung gelangt, dass eine moderne Impfanstalt nicht nur beide Funktionen vereinen sollte. Er erkannte auch die Notwendigkeit eines eigenen Beobachtungsstalls, um etwa an Maul- und Klauenseuche oder an Rindertuberkulose erkrankte Kälber rechtzeitig zu erkennen und auszusondern. Denn die Erfahrungen mit den früheren Standorten hatten gezeigt, dass der Impfstoff von erkrankten Tieren untauglich war und die gesamte, mühsam produzierte Tranche vernichtet werden musste. Als daher am 2. Dezember 1899 im Staatsministerium die abschließende Sitzung zwecks Errichtung einer neuen Zentralimpfanstalt stattfand, einigten sich die Vertreter der obersten Medizinalbehörde, des Stadtmagistrats, des Bauamts und der Impfanstalt auf den Bau eines großen Gebäudekomplexes. Dieser sollte neben einem Verwaltungsgebäude für die öffentliche Impfung einen Impfstall, einen von diesem durch eine Mauer getrennten Beobachtungsstall und ein separates Haus zur Gewinnung, Verarbeitung und Aufbewahrung der Lymphe umfassen. Unter mehreren möglichen Standorten wählte man ein Areal rechts der Isar in der Auer Vorstadt aus („Am Neudeck 1“), das durch eine Straßenbahnlinie leicht erreichbar war.⁴⁸

Am 26. November 1904 konnte der Neubau der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ bezogen werden und, ausgestattet mit den modernsten Gerätschaften und nach den neuesten hygienischen Standards eingerichtet, in die Impfsaison 1905 starten. Die moderne Anlage galt neben der ebenfalls kurz zuvor errichteten Hamburger Anstalt als Vorzeigemodell und ging weit über die gesetzlich geregelten Anforderungen an Lymphgewinnungsanstalten hinaus.⁴⁹ In diesem Sinne erscheinen die eingangs zitierten Worte Leonhard Voigts, der Bau möge für alle noch zu bauenden Anstalten als Maßstab dienen, keinesfalls als übertrieben.

45 Die Tätigkeit der im Deutschen Reiche errichteten staatlichen Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1901, in: Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 7 (1903), 155–208, hier 156–157.

46 Staatsarchiv München (= StArchiv-M), Landbauämter 2747, No 3240: „Vorbericht über die Errichtung eines Provisoriums für die Centralimpfanstalt auf dem Areal des städtischen Schlacht- & Viehhofes“ vom 21.2.1901.

47 StArchiv-M, Landbauämter 2746, zu No 25936: „Reisebericht über den Besuch von Impfanstalten im Jahre 1899“.

48 Vgl. STUMPF, Geschichte, wie Anm. 36, 131.

49 So H[einrich] GINS, Die Einrichtung von Impfanstalten, in: Rudolf Kraus / Paul Uhlenhuth, Hg., Handbuch der mikrobiologischen Technik, Bd. 3: Besondere Gebiete – Einrichtungen von Instituten (Berlin–Wien 1924), 2610–2620, hier 2612.

Der „Kälberimpfraum“ – was sagt uns ein Foto?

Es ist eigentlich ungewöhnlich, dass der Fotobestand aus der ehemaligen Zentralimpfanstalt nicht an eines der staatlichen Archive Bayerns abgegeben wurde, sondern an ein Museum, auch wenn dessen Ausrichtung medizinhistorisch ist. Andererseits würde gerade dieser museale Aufbewahrungsort nahelegen, sich bei einer Bildanalyse auf die abgelichteten Gerätschaften und Instrumente zu fokussieren. Schließlich könnte gerade der direkte Vergleich eines physischen Objekts mit seinem zweidimensionalen Abbild aufschlussreiche Erkenntnisse liefern. Allerdings entgeht einer solchen, an Fragen der Realienkunde interessierten Bildforschung jener gesellschaftliche Repräsentationsrahmen, der bei Auftragsfotografien aus einer staatlichen Institution immer mitgedacht werden muss. Wie Jens Jäger unter Berufung auf den Kunsthistoriker Johan Tagg betont, verfolgten Vorstände, die ihre Einrichtung im öffentlichen Auftrag von einem professionellen Studio fotografieren ließen, immer bestimmte Strategien der Selbstdarstellung. Und diese wiederum waren in zeitgenössische Diskurse eingebettet, die eine historische Analyse erlauben.⁵⁰ Daher soll im folgenden Abschnitt eine einzelne Fotografie aus der gesamten Serie exemplarisch dahingehend untersucht werden, wie sich die dargestellten Personen auf der Aufnahme inszenierten, welche Funktion diese hatte und an welche Adressat*innen sie sich richtete.

Das ausgewählte Foto zeigt drei mit einem weißen Arbeitskittel bekleidete Männer in einem steril anmutenden Raum.⁵¹ Auf dem mit einer ausgeklügelten Mechanik ausgestatteten Arbeitstisch liegt ein Kalb, dessen rechtes Hinterbein an einer aus dem Tisch ragenden Eisenstange festgebunden ist, sodass die Bauchunterseite frei liegt. Das Zimmer ist nur spärlich mit einem (Instrumenten-)Schrank eingerichtet, aber es gibt einen Heizkörper und elektrisches Licht. Außer dem Schrank und dem auf dem Boden fixierten „Impftisch“ sind lediglich zwei weitere Gerätschaften zu sehen: ein rollbares Trägerstativ mit zwei Glasflaschen, die wohl eine desinfizierende Lösung enthalten, und ein Gestell mit zwei Sterilisiertrommeln, die offensichtlich mit steril gemachten Gazestreifen gefüllt sind. Die Bildunterschrift auf dem schwarzen Trägerkarton benennt den abgebildeten Raum und das Bildmotiv: „Lymphbereitungsgebäude – Anlegung des Tegminverbandes“. Es handelt sich demnach um jenen Raum der Zentralimpfanstalt, in dem die Kälber zunächst auf das „Anzüchten“ und später auf das „Ernten“ der Lymphe vorbereitet wurden. Anhand eines 1904 gezeichneten Grundrisses, der bei den im Staatsarchiv München aufbewahrten Bauakten zur Anstalt liegt, kann die Lage dieses Gebäudes in der gesamten Anlage bestimmt werden.⁵² Es befand sich im westlichen hinteren Teil des Areals, grenzte an den Kälberstall und war vom Beobachtungsstall durch eine Mauer getrennt. Auf dem Plan trägt das Zimmer die Bezeichnung „Kälberimpfraum“. Laut einer Beschreibung der Anstalt aus dem Jahre 1908 waren in diesem Gebäudeteil folgende Zimmer untergebracht: „Vom Impfstall gelangt man durch einen überdachten Verbindungsgang zu dem im Erdgeschoß des Lymphbereitungsgebäudes liegenden Kälberimpfraum. Mit diesem Raum ist durch eine große Schiebetüre der Hörsaal für die Studierenden verbunden. Die Verbindung des Raumes für Lymphbereitung mit dem im Kellergeschoß liegenden Lymphaufbereitungsraum ist durch einen

50 JÄGER, Fotografie, wie Anm. 11, 91–103.

51 DMMI, Inv.-Nr. GT/0549-24-1.

52 StArchiv-M, „Grundriss der Zentralimpfanstalt Am Neudeck“, liegend in: Landbauämter 2748.

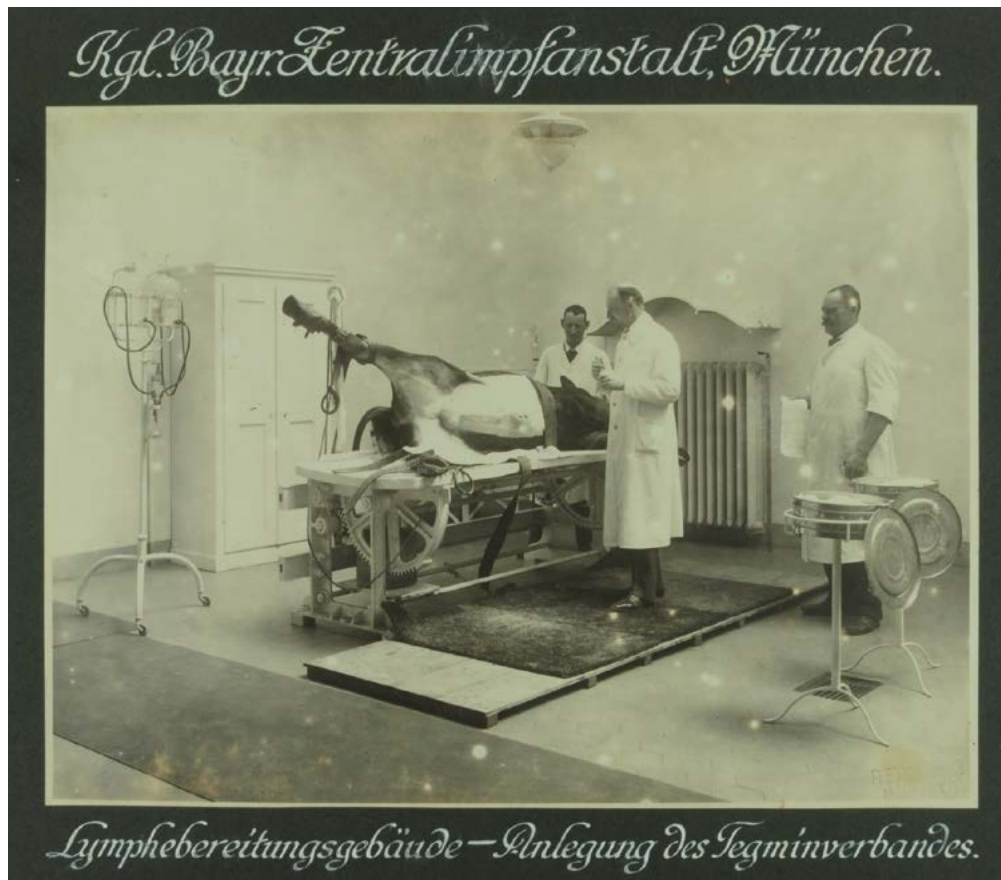


Abb. 2: Anlegen des Tegminverbandes. DMMI, Inv.-Nr. GT/0549-24-1

Aufzug hergestellt.“⁵³ Wir haben es also mit dem „Herzstück“ der Produktionsanlage zu tun, in dem die Lymphe für das gesamte Königreich Bayern in einem mehrstufigen Prozess gewonnen und verarbeitet wurde.

Die Fotografie unterscheidet sich von den meisten anderen insofern, als hierauf Personen zu sehen sind. Bei der gesamten Fotoserie handelt es sich streng genommen um klassische Innenaufnahmen und Raumansichten, bei denen die Anwesenheit des dort arbeitenden Personals offensichtlich als störend empfunden wurde. Lediglich auf den Fotos im Labor, bei der Waschorruchtung für die Tiere und im Kälberimpfraum sind die Angestellten beim Verrichten ihrer Arbeit mitabgebildet. Wer die fotografierten Personen waren, ist aufgrund der fehlenden namentlichen Kennzeichnung schwer zu ermitteln. Vermutlich handelt es sich beim Mann in der Mitte entweder um den damaligen Anstaltsleiter, Dr. Adolf Groth (1876–1971)⁵⁴ oder den

53 StArchiv-M, Landbauämter 2748, No 60 IV.: „Schreiben der K.b. Zentralimpfanstalt an das Königl. Landbauamt in München vom 12.2.1908“.

54 Zur Biografie Groths siehe den Nachruf in: Bayerisches Ärzteblatt 5 (1971), 497.

zuständigen Tierarzt. Bei den beiden anderen Männern dürfte es sich wohl um den Hilfsassistenten und den Tierwärter bzw. den Hausdiener handeln.

Einfacher zu bestimmen ist hingegen die festgehaltene Szenerie: Wie die Bildunterschrift vermerkt, legen die Mitarbeiter dem Kalb gerade einen Tegminverband an. Das Anlegen eines solchen Verbandes geschah unmittelbar nach der Einbringung des Pockenstoffes in die Kälberhaut und beendete die „Anzüchtung“.⁵⁵ Am Beginn dieser Prozedur wurde das Kalb in den Impfraum geführt und ohne Betäubung auf den Impftisch geschnallt.⁵⁶ Angesichts der ausgefeilten Mechanik dieser Vorrichtung scheint diese Bezeichnung etwas untertrieben, verfügte der in München um 1914 verwendete Tisch doch über eine muldenförmig ausgehöhlte Platte und eine wuchtige Drehvorrichtung. Mit dieser brachte man das Kalb, das an die senkrecht gestellte Platte gebunden war, ohne größere Anstrengung in die Horizontale. Trotz der mechanischen Hilfe dürfte das Festbinden immer noch Schwerstarbeit gewesen sein, denn im bereits zitierten Protokoll zur Sitzung von 1899 sprach Stumpf davon, dass er „3 Mann [brauche], um einen 2 jährigen Bullen auf den Impftisch zu legen“⁵⁷. Sodann band man das rechte Hinterbein mit einem Lederriemen an die Stange, um freien Zugang zur Bauchfläche und den Innenseiten der Schenkel zu erhalten. Eine Öffnung am hinteren Ende der Tischplatte fing den vom aufgeregten Tier abgesonderten Kot und Urin auf. Auf dem Foto ist bei genauem Hinsehen der unter das Loch gestellte Eimer zu erkennen. Lag das Kalb sicher festgezurrt auf dem Tisch, rasierte man das Fell, reinigte die nackte Hautfläche mit einer Sublimat- oder Karbollösung und spülte diese gründlich mit Wasser nach. Nun schnitt der Arzt in regelmäßigen Abständen linienförmig in die Haut am Bauch, an den Schenkeln und (bei männlichen Tieren) am Skrotum. Zur Entstehungszeit der Fotos waren bereits mehrklingige Messer in Gebrauch, die vor der Schnittführung in die bereitgestellte Lymphgele getaucht wurden. Dieses Instrumentarium ermöglichte eine zeitsparende und effiziente Einbringung der Lymphge.⁵⁸

Wie gesagt bildete die Anlegung des Tegminverbandes wie auf dem Foto zu sehen den Abschluss dieses Arbeitsschrittes. Der Verband sollte die geimpfte Fläche bis zur Ausbildung der prall gefüllten Pockenbläschen vor Verunreinigungen im Stall oder vor einem Ablecken der offenen Stellen durch das Kalb schützen. Das Tegmin bestand aus einem Gemisch von Bienenwachs, Wasser, Glycerin, Zinkoxyd und Gummi arabicum und wurde zu einer Paste angerührt, die mit einem Spatel über die gesamte eingeschnittene Hautfläche gestrichen wurde.⁵⁹ Anschließend legte man steril gemachte Watte- oder Gazestreifen darauf, die sich mit dem noch feuchten Tegmin zu einem Verband verfestigten, der die gewünschte Pustelbildung jedoch nicht beeinträchtigte. Nach diesem Schritt stellte man die Tischplatte mit dem festgebundenen Kalb wieder in eine senkrechte Position, löste die Riemen und führte das Kalb in eine reservierte Box des Impfstalls.

55 Zum Tegminverband siehe Adolf GROTH, Impfstoffgewinnung, in: Gins, Hg., Handbuch, wie Anm. 31, 324–373, hier 348–349.

56 Impftische sind genauer beschrieben in ROEPCKE, Impfanstalt, wie Anm. 37, 19–25.

57 StArchiv-M, Landbauämter 2746, zu No 25936: „Registratur über die am 2.10.1899 im k. Staatsministerium des Inneren gepflogene Berathung, betreffend die Errichtung einer neuen Zentralimpfanstalt zu München“.

58 Zu diesen Impfmessern siehe ROEPCKE, Impfanstalt, wie Anm. 37, 26–29.

59 Vgl. GROTH, Impfstoffgewinnung, wie Anm. 55, 348–349.

Nach ca. vier bis fünf Tagen hatten sich die Pockenbläschen gebildet und so weit mit Lymphe gefüllt, dass die „Ernte“ vorgenommen werden konnte – im selben Raum und auf demselben Tisch.⁶⁰ Nach der Abnahme des begehrten Stoffes hatte das Kalb ausgesiedet. Es wurde geschlachtet und das Fleisch verkauft. Wenn der Tierarzt bei der Obduktion des Kadavers keine Anzeichen der typischen Tierkrankheiten wie Milzbrand oder Rindertuberkulose feststellte, konnte die aufgesammelte Lymphe im Labor zum Schutzpockenstoff aufbereitet und in portionierte Glasampullen abgefüllt werden.⁶¹

Trotz der über die Jahrzehnte erreichten Routine misslang die Anzüchtung von Lymphe immer wieder. 1913 etwa mussten etliche der in diesem Jahre gewonnenen 760.500 Portionen vernichtet werden, da sie bei der sogenannten Probeimpfung nicht genügend Virulenz zeigten.⁶² 1912 schlug bei vier der sechs benutzten Kälber die verimpfte Lymphe nicht an und führte nicht zur ersehnten Bläschenbildung.⁶³ Auch krankheitsbedingte „Ausfälle“ kamen immer wieder vor. 1904 etwa reagierten in der Cannstatter Anstalt 11 der 26 in diesem Jahr angekauften Rinder positiv auf die Tuberkulinprobe.⁶⁴ Das Foto lichtet also einen im Prozess der gesamten Lymphegewinnung höchst kritischen Moment ab, denn die kleinste Unachtsamkeit beim Ritzen der Haut, bei dem Aufkratzen der Pusteln oder bei der Überwachung der „geimpften“ Rinder konnte den Ausfall einer gesamten Lymphe-Charge bedeuten.

Von der Bildersprache her ähnelt die Aufnahme dabei den klassischen Gruppenporträts, die zum Kerngeschäft eines jeden Fotoateliers gehörten.⁶⁵ Egal ob Handwerker, Bauer, Industrieller oder Fabrikarbeiter: Die Ganzkörperporträts zeigen diese Menschen meist mit ihren jeweiligen Arbeitsgeräten und in ihrem Arbeitsumfeld. Allerdings ist den fotografierten Personen durch die um 1900 noch notwendigen Belichtungszeiten ein starrer Gesichtsausdruck zu eigen, sodass sie weniger als individuelle Charaktere erscheinen denn als typische Stellvertreter einer spezifischen Profession. Auch auf unserem Foto wirken die Abgebildeten durch die seltsam eingefrorene Haltung und die Vermeidung des direkten Blicks in die Kamera wenig individualisiert, eher wie Idealbilder von Angestellten einer Impfanstalt. Sie könnten fast dem um 1930 entstandenen Fotozyklus zu Berufstypen des Fotografen August Sander (1876–1964) entstammen.⁶⁶ Dennoch inszeniert der Fotograf die Personen wohl genauso, wie diese sich selbst gezeigt haben wollten.⁶⁷

60 Vgl. etwa SCHULZ, Impfung, wie Anm. 34, 65–72.

61 Solche Röhrcchen und Ampullen sind abgebildet in ROEPCKE, Impfanstalt, wie Anm. 37, 33.

62 Alfred GROTH, Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1913, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 1915, 469–470, hier 469. Wie genau eine solche „Probeimpfung“ von statten ging, ist aus einem Bericht der Königsberger Anstalt für das Jahr 1904 ersichtlich. „Zu diesem Zweck hat anfangs April bis zum Monat Dezember meist allwöchentlich eine Impfung von 12 Erstimpfungen stattgefunden. Grundsätzlich wird, wenn bei der Probeimpfung nur einige Impfschnitte ausfallen, oder die Pusteln kein kräftiges Aussehen zeigen, die ganze Ernte zurückbehalten.“ N.N., Die Thätigkeit der im Deutschen Reiche errichteten staatlichen Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1904, in: Medizinal-statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte 9 (1905), 49–130, hier 88.

63 Alfred GROTH, Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1912, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 191, 134–137, hier 136.

64 N.N., Thätigkeit, wie Anm. 62, 64.

65 Vgl. Ludwig HOERNER, Das Photographische Gewerbe in Deutschland 1839–1914 (Düsseldorf 1989), 137–150.

66 Zu Sander vgl. Boris von BRAUCHITSCH, Kleine Geschichte der Fotografie (Leipzig 2018), 116–119.

67 Zur Bedeutung von Atelierkonventionen in der medizinischen Fotografie vgl. Sabine SCHLEGELMILCH, Eine Sensation in Carl Dauthendey's letztem Lebensjahr. Die Röntgenfotografie vor dem Hintergrund der frühen Fotografie in der Medizin, in: Eckhard Leuschner, Hg., Der Photopionier Carl Albert Dauthendey. Zur Frühzeit der Photographie in Deutschland und Russland (Petersburg 2021), 320–335, hier 325–328.

Wer um die ungeheure Bedeutung von Hygiene und Bakteriologie im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert weiß,⁶⁸ erkennt in dieser Aufnahme unweigerlich die Vorbilder, welche die Dargestellten (oder der Fotograf) wohl vor Augen hatten. Denn die Inszenierung erinnert sehr an die zu dieser Zeit massenhaft in Umlauf gebrachten Lithografien, Flugblätter und Karikaturen großer Bakteriologen wie Robert Koch oder Louis Pasteur. Viele der in Illustrierten abgedruckten Darstellungen zeigten die Wissenschaftler sinnierend in ihren Laboratorien und umgeben von Käfigen voller Versuchstiere. Denn diese Blätter berichteten ausführlich über die spektakulären Entdeckungen von Pasteur zur Tollwut oder von Koch zur Tuberkulose, und sie reicherten ihre Reportagen mit Bildmaterial an, das mittlerweile längst in das ikonografische Gedächtnis über diese Ära eingegangen ist. Der Aufstieg der Bakteriologie zur Leitwissenschaft ist auch den populären Zeitschriften und Illustrierten zu verdanken, die die sensationelle Entdeckung von spezifischen Erregern als Ursache von Infektionskrankheiten einer breiten Bevölkerung näherbrachten.⁶⁹

Unzählige Ärzte und Chirurgen, die ihre Operationssäle gemäß den neuen Erkenntnissen von Asepsie und Hygiene umbauten und sich darin fotografieren ließen,⁷⁰ inszenierten sich in der Nachfolge dieser Forscher – und in deren Kampf gegen die Mikrobe. Christoph Gradmann hat überzeugend dargelegt, wie der wissenschaftliche Nachweis von Keimen als Krankheitserreger dazu führte, Krankheiten in Texten und Bildern als feindlichen Angriff todbringender Keime zu überhöhen, denen sich Mediziner in einem selbstlosen Kampfe heldenhaft entgegenstellten.⁷¹ Nichts fasst die um die Jahrhundertwende häufig verwendete Metapher vom „Krieg gegen die Bakterien“ besser in ein Bild als die Karikatur Robert Kochs als Hl. Georg, der den in Gestalt einer Schlange auftretenden Tuberkelbazillus niederringt (vgl. Abb. 3).⁷²

Auch die Bildsprache des hier beleuchteten Fotos aus der Bayerischen Zentralimpfanstalt scheint sich am Typus des heldenhaften Arztes zu orientieren, der sich mit den Mitteln der Desinfektion und Sterilisation in die Schlacht gegen die Pocken wirft. Bezeichnenderweise hält der Anstaltsleiter ein (nicht genau erkennbares) Instrument wie eine Waffe in der Hand, um die Kälberhaut vor den gefährlichen Mikroorganismen zu schützen. Der Assistent indessen

68 Vgl. zu dieser Entwicklung etwa die Studie von Silvia BERGER, *Bakterien in Krieg und Frieden. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890–1933* (Göttingen 2009).

69 Vgl. dazu Leonore KOSCHNICK / Benjamin MORTZFELD, Hg., *Gier nach neuen Bildern. Flugblatt, Bilderbogen, Comicstrip, Katalog zur Ausstellung im Deutschen Historischen Museum Berlin* (Darmstadt 2017). Dies gilt natürlich auch für die Popularisierung bakteriologischen Wissens über Ausstellungen. Vgl. Christine BRECHT, *Das Publikum belehren – Wissenschaft zelebrieren. Bakterien in der Ausstellung „Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“ von 1903*, in: Christoph Gradmann / Thomas Schlich, Hg., *Strategien der Kausalität. Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert* (Herbolzheim 2004), 53–76.

70 Dies zeigen die vielen Fotoansichtskarten, die zu dieser Zeit angefertigt wurden. Vgl. SCHLEGELMILCH, *Sensation*, wie Anm. 67, 328–329. Zu den neuen Standards für OP-Säle siehe auch Max KAPPIS, *Organisation und ordnungsgemäßer Betrieb des Operationssaales* (Leipzig 1927).

71 Vgl. Christoph GRADMANN, *Unsichtbare Feinde. Bakteriologie und politische Sprache im deutschen Kaiserreich*, in: Philipp Sarasin u.a., Hg., *Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920* (Frankfurt am Main 2007), 327–353, hier 234–342.

72 Die Karikatur erschien im November 1890 unter dem Titel „Der neue Ritter St. Georg“ im „Ulke“, abgebildet in: Christoph GRADMANN, „Krieg den Bacterien!“. Wunsch und Wirklichkeit der medizinischen Bakteriologie und der Labormedizin am Ende des 19. Jahrhunderts, in: Musée d’Histoire de la Ville de Luxembourg, Hg., „Sei sauber...!“ Eine Geschichte der Hygiene und öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Europa (Köln 2004), 228–237, hier 233.



Abb. 3: „Der neue Ritter St. Georg“. Karikatur im „UlK“ (1890)

steht wie ein ritterlicher Knappe seinem „Herrn“ helfend zur Seite, indem er einen sterilisierten Gazestreifen bereithält. Diese Metaphorik vom ärztlichen Abwehrkampf gegen Keime als unsichtbare Feinde wird im frühen 20. Jahrhundert zu einem prägenden Narrativ in den Selbstdarstellungen der medizinischen Zunft. Die zu dieser Zeit aufkommenden „Medical Detective Stories“ begründen mit der Figur des „Mikrobenjägers“, der in völliger Aufopferung dem Ursprung eines epidemischen Ausbruchsgeschehens nachzuspüren versucht, sogar ein eigenes Genre. So heißt es etwa im Vorwort zur sechsten deutschen Auflage von Paul de Kruifs 1926 erschienenen Bestseller „Microbe Hunters“: „Helden der Aufopferung, der Arbeit und Selbstüberwindung sind sie, nicht geringer als die bewunderten Helden der Kriege, werfen doch auch sie ihr Leben in den Kampf, in ein mutiges, verbissenes Ringen gegen heimtückische, unfassbare Menschheitsgeißeln!“⁷³

73 Paul DE KRUIF, *Mikrobenjäger* (Zürich–Leipzig 1941), 7.

Wie wirkmächtig dieses Narrativ vom heldenhaften Mikrobenjäger selbst zu Beginn des 21. Jahrhunderts noch ist, zeigt der Anfang 2021 erschienene Erfahrungsbericht des Virologen Hendrik Streeck über seine während der Covid-19-Pandemie durchgeführte Heinsberg-Studie.⁷⁴ Streeck (bzw. seine journalistisch geschulte Co-Autorin) bedient sich darin jener bewährten Erzählstrukturen, die Patricia Wald in ihrer Studie als charakteristisch für jedes „outbreak narrative“ herausgearbeitet hat.⁷⁵ In unserem Kontext ist indessen das Cover des Buches interessant, weil es einen zweiten Anknüpfungspunkt zu unserer Fotografie bietet. Der Umschlag zeigt den Virologen mit dem seit dem Aufstieg des bakteriologischen Wissens zum Signum des modernen Arztes gewordenen weißen Arbeitsmantel. Mit diesem Selbstporträt wären wir wieder bei der Fotografie aus dem Kälberimpfraum, auf dem sich alle drei Protagonisten in weißen Kitteln haben ablichten lassen – wohl als erste ihrer Ärztesgeneration.

Resümee

Die Geschichte der Pockenschutzimpfung gehört sicherlich zu den am besten untersuchten Themen der Medizingeschichte und füllt mittlerweile ganze Regale. Interessanterweise gibt es jedoch nur wenige Studien, die sich dezidiert der historischen Impfstoffproduktion oder der Entwicklung der Gesetzgebung zur Verwendung tierischer Lympe widmen. Diese Arbeiten (etwa zur Anstalt in Hamburg oder zu jenen im heutigen Bundesland Nordrhein-Westfalen) entstanden häufig zu Jubiläen und entwickelten keine übergeordnete Fragestellung.⁷⁶ Dieser „weiße Fleck“ in der Geschichte der Pockenforschung liegt vielleicht darin begründet, dass sich die frühen Pionierarbeiten von Ute Frevert, Claudia Huerkamp und Eberhard Wolff hauptsächlich auf die Phase der Einführung der Impfung, der Frage der Impfpflicht und dem damit verbundenen Verhältnis zwischen Staat und Untertanen konzentrierten. Die späteren Entwicklungen ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts schienen – abgesehen von der letzten großen europäischen Pockenepidemie im Zuge des Deutsch-Französischen Krieges in den frühen 1870er Jahren – indessen weniger interessant, vielleicht auch weil die Krankheit nach dieser Epidemie im Sterblichkeitsgeschehen der meisten Länder nahezu keine Rolle mehr spielte. Doch gerade in die Zeit zwischen ca. 1880 und 1920 fiel die goldene Ära der „animalen Lymphgewinnungsanstalten“. So steht die Erforschung dieser zentralen Vorsorgeeinrichtungen des modernen Staates etwa im Rahmen regionaler Fallstudien und eines darauf aufbauenden systematischen Vergleichs immer noch aus.

Dabei hat Malte Thießen in seiner grundlegenden Studie die Potenziale aufgezeigt, die ein Fokus auf die „Topographie der Anstalten“⁷⁷ haben könnte. Für Thießen gaben die ab den 1880er Jahren neu errichteten Anstalten zur Produktion von tierischer Pockenlymphe ein Sicherheitsversprechen für reichsweit standardisierte Produktionsbedingungen und galten als

74 Hendrik STREECK, *Hotspot. Leben mit dem neuen Coronavirus* (München 2021).

75 Vgl. Priscilla WALD, *Contagious. Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative* (Durham–London 2008).

76 Zu Hamburg: Felix BRAHM / Tatjana TIMOSCHENKO, „Weise du schufest die Wehr, die Hamburgs Pockenschutz gründe“. Die Geschichte des Hamburger Impfzentrums von den Anfängen der Pockenschutzimpfung bis zur Gegenwart (Hamburg 2005). Zu Köln, Düsseldorf und Münster: Jürgen PILASKI, *Zur Geschichte der Landesimpfanstalt Nordrhein-Westfalen* (Düsseldorf 1978).

77 THIESSEN, *Gesellschaft*, wie Anm. 2, 95–102.

„steingewordene[r] Beweis“⁷⁸, dass das neue bakteriologische und hygienische Wissen für alle sichtbar umgesetzt worden war. Wie dieser Beitrag am Beispiel der Fotoserie aus der „Königlich Bayerischen Zentralimpfanstalt“ in München zeigen sollte, dienten diese Fotografien einerseits dazu, das Versprechen von der sicheren und ungefährlichen animalen Pockenlymphe in die Bevölkerung zu tragen. Andererseits setzte die Anstaltsleitung die Aufnahmen gezielt dazu ein, die Führungsrolle der Münchner Anstalt innerhalb der einzelnen Produktionsstätten im deutschsprachigen Raum zu untermauern. Es wäre daher lohnend, Archive, Museen und Sammlungen nach vergleichbarem Bild- und Fotomaterial zu durchforsten, um die bislang sehr textlastigen Arbeiten zur Pockenschutzimpfung um einen fotohistorischen Zugang zu erweitern und die Potentiale einer visuellen „Kulturgeschichte der Impfung“ auszuschöpfen.

Informationen zum Autor

Mag. Dr. phil. Alois Unterkircher, Sammlungsleiter am Deutschen Medizinhistorischen Museum
Ingolstadt, Anatomiestraße 18-20, D-85049 Ingolstadt.

E-Mail: alois.unterkircher@ingolstadt.de

78 Ebd., 101.

Carlos Watzka

**Pockensterblichkeit und Pockenimpfung
in der Peripherie:
Die Zurückdrängung der Blattern in der Bukowina
während des 19. Jahrhunderts im Kontext der
Gesundheitspolitik in der Habsburgermonarchie**

English Title

Smallpox Mortality and Vaccination in the Periphery: The Rollback of Variola in Bukovina during the 19th Century within the Context of Health Politics in the Habsburg Monarchy

Summary

The contribution aims at showing the massive consequences infectious diseases had on regional mortality rates, caused not only by different levels of health supply but also by cultural differences. Smallpox was an eminent cause of death throughout the modern period, not only in the Habsburg monarchy but in the whole of Europe. Although broad counter-measures were conducted by Austrian state agencies and health professionals already during the early 19th century, particularly by vaccination, the disease remained a serious and common danger until the end of the century, the Eastern provinces of Galicia and Bukovina being regions of particularly high risk: Even after the disappearance of smallpox in the rest of Cisleithania, in 1895, there was yet another epidemic of considerable extent, which struck Bukovina with particularly high morbidity and mortality rates. Economic living conditions, the educational level and healthcare supply were all particularly low in the province. This may serve as a partial explanation, already given by contemporaries, albeit often within a quite prejudiced discourse. Moreover, contemporary Bukovinian immunization statistics show, that focused vaccination efforts in the province from the 1870s onwards, finally led to considerably higher proportions of protected people, compared to most other parts of Cisleithania, at the end of the century.

Keywords

Smallpox, Vaccination, Habsburg Monarchy, Bukovina, Medical Statistics, Health Politics

Einleitung

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit einer vergleichenden Analyse der Entwicklung von Pockenimpfung und Pockensterblichkeit in der Bukowina und in Cisleithanien insgesamt während des 19. Jahrhunderts als einem eindrucksvollen Beispiel für massive Folgen regionaler Differenzen in Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten für das epidemiebedingte Sterblichkeitsgeschehen.¹ In einem ersten Abschnitt wird auf Basis der Forschungsliteratur sowie zeitgenössischer Quellen – besonders statistischer Art – der Verlauf der Blatternmortalität in der Habsburgermonarchie, und speziell der Bukowina, vom späten 18. Jahrhundert bis 1870 geschildert; danach das auch hierzulande einschneidende Ereignis der europäischen Pockenepidemie ab 1871 behandelt. Hierauf folgt ein Abriss der staatlichen Bemühungen um Impf-Prophylaxe hinsichtlich deren qualitativer und quantitativer Hauptaspekte. Ein weiterer Abschnitt erörtert sodann den massiven Rückgang der Pockenmortalität im späten 19. Jahrhundert, wobei das Hauptaugenmerk den regional unterschiedlichen Verläufen desselben gilt. Im letzten Abschnitt wird schließlich versucht, den im innerstaatlichen Vergleich verzögerten Rückgang der Blatternsterblichkeit in der Bukowina mit sozioökonomischen, gesundheitspolitischen sowie kulturellen Differenzen zu erklären.

Die Verbreitung der Pocken in der Habsburgermonarchie im Allgemeinen und der Bukowina im Besonderen zwischen ca. 1770 und 1870

Neben Pest und Cholera galten professionell mit Gesundheitsfragen befassten Europäern des 19. Jahrhunderts die Pocken als eine der schrecklichsten Geißeln der Menschheit – und dies, werden die dokumentierten Zahlen der Todesopfer betrachtet, mit Recht.²

Im Vergleich mit den beiden erstgenannten Infektionskrankheiten waren für die Pocken bzw. Blattern aber zwei fundamentale Unterschiede gegeben: Erstens ließen sich für die Blattern in der Regel nicht so klar abgrenzbare Seuchenzüge mit dramatischen Ansteckungsfrequenzen binnen kurzer Zeit ausmachen, welche dann aber auch wieder bald, und oftmals für Jahrzehnte,

-
- 1 Die Arbeit an diesem Artikel bot dem Verfasser die Möglichkeit, die Bearbeitung von Materialien fortzusetzen, welche er im Rahmen des von Christian Promitzer geleiteten Forschungsprojekts „Infektionskrankheiten und Gesundheitspolitik in Südosteuropa“ (Projektnummer P 25929) in den Jahren 2014–2016 begonnen hat. Diese fokussierte auf Strukturen und Maßnahmen zur Prävention epidemisch auftretender Infektionskrankheiten in der Bukowina und Dalmatien als zwei peripheren Kronländern der Habsburgermonarchie im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. Ein erster, auf die Fragestellung des tatsächlichen Grades der staatlichen Einflussmöglichkeiten fokussierender Beitrag erschien kürzlich: Carlos WATZKA, Weak State-controlled Disease Prevention in Peripheral Border Regions. Austrian Bukovina and Dalmatia in late 19th century, in: Sevasti Trubeta / Christian Promitzer / Paul Weindling, Hg., *Medicalising Borders. Selection, Containment and Quarantine Since 1800* (Manchester 2021), 100–125.
 - 2 Als neuere Übersichtsdarstellungen zur Seuchengeschichte insgesamt bzw. zur Geschichte der Pocken vgl. rezent: Heiner FANGERGAU / Alfons LABISCH, *Pest und Corona. Pandemien in Geschichte, Gegenwart und Zukunft* (Freiburg–Basel–Wien 2020), 54–57, 69–73, weiters: Stefan WINKLE, *Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen* (Düsseldorf–Zürich 1997), ad Pocken bes. 831–901; Peter BALDWIN, *Contagion and the State in Europe, 1830–1930* (Cambridge 1999), bes. 244–354; Manfred VASOLD, *Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa* (Stuttgart 2008), bes. 151–172. Spezifisch zur Geschichte der Pocken zudem: Donald R. HOPKINS, *The Greatest Killer. Smallpox in History* (Chicago 2002).

endeten. Vielmehr waren die Pocken seit dem späten Mittelalter in nahezu allen Regionen Europas (bis nach Island und Grönland) mehr oder weniger permanent präsent, ja oftmals endemisch, wenn auch schon früh ein mehrjähriger Wellenrhythmus der lokal beobachtbaren Erkrankungshäufigkeiten bemerkt wurde.³

Große Teile der Bevölkerung bestanden so aus Genesenen, die Infektionen mit den Blättern meist schon in der Kindheit durchgemacht, überlebt und oftmals langanhaltende Immunität erworben hatten, während ein erheblicher Teil der notorisch hohen Kindersterblichkeit in Europa der Frühen Neuzeit auf Pockeninfektionen zurückzuführen war.⁴ In der gelehrten Kultur hatte sich hierzu passend (auf Basis der arabischen Medizin) eine dominante Ansicht entwickelt, wonach die Pockenerkrankung unvermeidlich sei; sie wurde zugleich nicht unbedingt als „contagiös“, d. h. durch Kontakt übertragen, betrachtet.⁵

Zweitens aber hatte sich ab dem frühen 18. Jahrhundert, durch Übernahme einschlägiger Praktiken aus dem Osmanischen Reich, auch in Europa die Auffassung verbreitet, man/frau könne schweren und tödlichen Verläufen der Blättern durch eine absichtliche Einbringung von ein wenig eitrigem Ausfluss einer nur leicht erkrankt gewesenen Person in den Körper vorbeugen (Variolation).⁶ 1798 publizierte der damit bald zu Weltruhm gelangte englische Arzt Edward Jenner (1749–1823) den ersten Bericht über seine erfolgreichen Versuche der Immunisierung mit künstlich von Mensch zu Mensch übertragenen Kuhpocken (Vakzination).⁷

Obwohl die Reaktionen, sowohl von Fachkollegen wie in der Öffentlichkeit, zunächst mehrheitlich ablehnend waren,⁸ fand diese neue, weitaus ungefährlichere und effizientere Impfmethode, dennoch mit enormer Schnelligkeit auch viele Anhänger*innen in ganz Europa, nicht zuletzt bei den aufgeklärten, an zahlreicher gesunder „Population“ interessierten politischen

3 Zu Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik der Pocken im 17., 18. und 19. Jahrhundert insgesamt vgl. bes. Paul KÜBLER, *Geschichte der Pocken und der Impfung* (Berlin 1901). Zu den mehrjährigen Zyklen ebd., 68.

4 In London etwa, für welches eine einigermaßen verlässliche medizinische Statistik früh einsetzte, gingen ab der Mitte des 17. Jahrhunderts jährlich mindestens fünf Prozent, in ausgeprägten „Seuchenjahren“ aber 10–12 Prozent aller Sterbefälle auf diese zurück, und im Zeitraum 1721–1800 stieg der Anteil der Pocken an der dortigen Gesamtmortalität auf neun Prozent. Diese Verhältnisse dürften zumal für den städtischen Bereich des damaligen Europas – in Dörfern traten Pockenepidemien dagegen oftmals nur in größeren Intervallen, dann aber umso verheerender auf – größenordnungsmäßig einigermaßen repräsentativ sein. Dokumentiert ist dies u. a. für Kopenhagen, Stockholm, Berlin und – wenn auch erst für die Zeit ab 1787, mit stärkeren jährlichen Schwankungen und zeitweilig deutlich niedrigeren Ziffern – für Wien. Für die Hauptstadt der Habsburgermonarchie berichtete der niederösterreichische Protomedicus und Impfpionier Pascal Ferro (1753–1809) auf Basis der Sterbematrizen nur 0–1 Prozent Anteile der Pocken an den Todesursachen für 1791 und 1792, jedoch Quoten von je ca. zehn Prozent für die Jahre 1787, 1790, 1794 und 1796. Vgl. KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 3, 67–101.

5 So auch noch im 18. Jahrhundert. Vgl. WINKLE, *Geißeln*, wie Anm. 2, bes. 873.

6 Die ersten systematisch durchgeführten Inokulationen durch Ärzte in Österreich fanden 1768 im Wiener Waisenhaus statt. Vgl. Anton RECHBERGER, *Vollständige Geschichte der Einimpfung der Blättern in Wien nebst der besten Art selbe vorzunehmen. Zur gänzlichen Widerlegung der Vorurtheile und Aufklärung der wahren Ursache, warum [selbst] die gesündesten und stärksten Kinder bei der sogenannten natürlichen Ansteckung der Gefahr des Todes ausgesetzt werden* (Wien 1788), 7; auch: KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 3, 134–135.

7 Edward JENNER, *An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae. A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by the Name of the Cow Pox* (London 1798).

8 Hierbei spielten Ängste vor den als unabsehbar betrachteten Folgen der Vermengung von Menschlichem und Tierischem eine erhebliche Rolle; diese wurden nicht zuletzt im Rahmen religiöser Deutungen formuliert. Vgl. dazu WINKLE, *Geißeln*, wie Anm. 2, bes. 885–886, 891.

Eliten,⁹ sodass nach dem Jenner'schen Verfahren arbeitende Impfkomitees bzw. -anstalten in London noch 1799, in Paris 1800 und in Wien 1802 ins Leben gerufen wurden.¹⁰ Somit stand im Falle der Pocken, im Gegensatz zu den meisten anderen lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten, schon ab 1800 grundsätzlich Wissen um eine hoch wirksame Präventionsmaßnahme zur Verfügung. Tatsächlich kam es anfangs zu einer regelrechten „Impfeuphorie“ speziell in einem Teil der Ärzteschaft,¹¹ während es freilich an entschiedenen Gegnern auch innerhalb dieser lange nicht fehlte.¹²

In der Folge wurde die Blatternsterblichkeit zumindest in den Regionen Europas, die bereits über ein einigermaßen ausgebildetes medizinisches Versorgungssystem verfügten, schon in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts durch ausgedehnte, staatlich organisierte bzw. unterstützte Impfkampagnen auf ein deutlich niedrigeres Niveau gebracht, als es für das 18. Jahrhundert zu veranschlagen ist.¹³ Eine Zusammenstellung schon aus der Mitte des 19. Jahrhunderts berichtete speziell auch für die Habsburgermonarchie ganz beträchtliche Rückgänge der jährlichen Blatternsterblichkeit, und zwar von – jeweils für den Zeitraum 1777–1806 – ca. 100–120 (u. a.: Steiermark, Tirol, Galizien), über 200–250 (Niederösterreich, Böhmen u. a.) bis, im Falle der Bukowina 350, im Falle Mährens und Österreichisch-Schlesiens sogar über 500 derartige Todesfälle pro 100.000 Einwohner*innen und Jahr, auf im Durchschnitt des Zeitraums 1807–1850 nur mehr 20–25 (Tirol, Böhmen, Mähren), ca. 35 (Niederösterreich), 45 (Steiermark) bzw., als nunmehr höchste Raten, ca. 50 im Falle der Bukowina und nahezu 70 für Galizien.¹⁴ Zwar bestehen besonders hinsichtlich der Genauigkeit und Vollständigkeit der Daten für die Zeit vor ca. 1820 beträchtliche Vorbehalte; die einheitliche Richtung der Veränderungen, ihr Ausmaß, und ihre Kongruenz mit verlässlicheren Beobachtungen auf deutlich besserer Datenbasis für zeitgleiche Entwicklungen in anderen Staaten lässt aber eine sehr beträchtliche Reduktion der Pockensterblichkeit im frühen 19. Jahrhundert auch in der Habsburgermonarchie als unzweifelhaft erscheinen.¹⁵

9 Zum Thema „Biopolitik“ vgl. bes. Michel FOUCAULT, *Die Geburt der Biopolitik* (Frankfurt am Main 2004).

10 Vgl. WINKLE, *Geißeln*, wie Anm. 2, 885–887 sowie, für Österreich: Heinz FLAMM / Christian VUTUC, *Geschichte der Pocken-Bekämpfung in Österreich*, in: *Wiener Klinische Wochenschrift* 122 (2010), 265–275, hier 267. Zur staatlich organisierten Blatternbekämpfung in Österreich vgl. weiters: Michael PAMMER, *Pocken I. Gesundheitspolitik unter Franz II./I.*, in: *Historicum* 12/1 (2003), 17–21; Michael PAMMER, *Pocken II. Die Impfung im 19. Jahrhundert*, in: *Historicum* 12/2 (2003), 15–19; Michael MEMMER, *Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich*, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (Wien 2016), 7–36.

11 Hierfür paradigmatisch: August Friedrich HECKER, *Die Pocken sind ausgerottet! Ein Handbuch für Aerzte und Nichtärzte, die die Geschichte der Kuhpocken in ihrem ganzen Umfange kennen lernen und die Impfung der Schutzblattern, die grösste Entdeckung des achtzehnten Jahrhunderts, zweckmässig anwenden und befördern wollen* (Erfurt 1802). Vgl. für Österreich: MEMMER, *Geschichte*, wie Anm. 10, 13; PAMMER, *Pocken II*, wie Anm. 10, 16.

12 Vgl. KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 3, bes. 168. Vgl. dazu auch, im Kontext der Interaktionen zwischen Habsburgermonarchie und Osmanischem Reich im Hinblick auf die Impftematik: Marcel CHAHROUR, *Der Medizinische Orient, Wien und die Begegnung der europäischen Medizin mit dem Osmanischen Reich* (Stuttgart 2022).

13 Vgl. KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 3, bes. 171 u. 183–187. Besonders eindrucksvoll ist der gut dokumentierte Rückgang der Blatternsterblichkeit in Schweden, wo diese von ca. 60 bis 100 pro 100.000 Personen im Jahr noch kurz nach 1800 auf nur mehr ca. 10–30 in den Jahren bis 1816 zurückging, als ein allgemeiner Impfwang eingeführt wurde, und danach schon 1820 nur mehr bei fünf lag.

14 Vgl. KÜBLER, *Geschichte*, wie Anm. 3, 189.

15 Vgl. hierzu, für Europa insgesamt, ebd., bes. 253–255.

Für die Zeit ab 1819, für welche eine einheitliche amtliche Todesursachenstatistik Österreichs vorliegt, weist diese für den cisleithanischen Durchschnitt¹⁶ ebenfalls Werte von zumeist ‚nur‘ 15–30 Sterbefällen durch Pocken je 100.000 Einwohner*innen und Jahr aus; und in etwa dieser Größenordnung bewegen sich die Werte dann auch bis um 1870 (siehe dazu Tabelle 1).¹⁷ Für einzelne Regionen stellte sich die Pockensterblichkeit zwar heterogener dar, jedoch wurden zwischen 1820 und 1870 in den meisten Kronländern nur mehr in wenigen Jahren Spitzen der Pocken-Mortalitätsrate von 100 und mehr erreicht – Zahlen, die im späten 18. Jahrhundert, wie ausgeführt, in etlichen Kronländern noch das übliche „Mindestniveau“ dargestellt hatten.¹⁸ In Galizien und der Bukowina jedoch lag die registrierte Blatternsterblichkeit schon während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts höher als in den anderen Kronländern: Für die 1830er Jahre ergibt sich für beide Regionen¹⁹ gemeinsam auf Basis der Angaben Josef Daimers in seinem ungemein wertvollen Beitrag „Todesursachen in Österreich während der Jahre 1873–1900“ (der entgegen dem Titel wichtiges Zahlenmaterial zur amtlichen Statistik schon ab 1819 liefert)²⁰ ein Mittelwert der jährlichen Mortalitätsrate (MR) von 39, gegenüber 24 für Cisleithanien insgesamt; für die 1840er ist die Relation 35 versus 20.²¹

Bereits in den 1850er Jahren begann sodann zudem die berichtete Sterblichkeit durch Blattern in einigen Regionen der Habsburgermonarchie, darunter auch der Bukowina und Galizien, auch langfristig betrachtet wieder zuzunehmen: Während die durchschnittliche Sterberate für Cisleithanien insgesamt in den 1850er Jahren weiter bei 20 pro Jahr lag, weisen die (nun gesondert verfügbaren) Daten für Galizien und die Bukowina Werte von 42 bzw. 54 aus.²² In den 1860er Jahren stieg die Rate der amtlich festgestellten Pocken-Todesfälle auch für den Durchschnitt der gesamten „cisleithanischen Reichshälfte“ an,²³ und zwar, im zehnjährigen Mittel

16 Die zeitgenössischen Statistiken wurden fast durchwegs getrennt für beide Reichshälften geführt und publiziert (für das Königreich Ungarn in ungarischer Sprache), weshalb auch hier der transleithanische Teil der Monarchie unberücksichtigt bleibt.

17 Vgl. bes.: Josef DAIMER, *Todesursachen in Österreich während der Jahre 1873–1900*, in: *Das österreichische Sanitätswesen* 14 (1902), Beilagen, 83–178, hier 100–109, sowie Karten.

18 Ebd. In Niederösterreich etwa lag der in diesem Zeitraum ermittelte Maximalwert bei 70 für das Jahr 1832.

19 Die beiden Länder wurden in der zentralstaatlichen Statistik bis 1848 als Einheit behandelt.

20 DAIMER, *Todesursachen*, wie Anm. 17, hier 100–109. Diese Daten stimmen weitestgehend auch überein mit den originalen Angaben in der ab 1883 jährlich erschienenen Publikationsreihe: CENTRAL-COMMISSION, Hg., *Österreichische Statistik* (Wien 1883–1918) – vgl. dazu bes. Bd. 37/2, 38/2, 40/2, 44/3, 48/3, 49/2, 52/2, 54/1, 55/3, 62/3, 67/1, 72/1, 73/3, 79/1, 84/1, 84/3, 86/1, 881/1, 88/3, 92/1, NF 8/1, NF 8/3, NF 14/1. Eine Ausnahme bildet das Jahr 1900: Hier waren die Daimer bei Abfassung seiner Arbeit zur Verfügung stehenden Daten offenbar noch unvollständig und erhöhten sich die gemeldeten Fallzahlen später noch, jedoch in geringfügigem Ausmaß.

21 Dennoch erreichte die Pockensterblichkeit in einzelnen Jahren auch hier nur selten Werte über 50 pro 100.000 Einwohner*innen; einen „Ausreißer“ nach oben hin stellte hier ebenso wie andernorts das Seuchenjahr 1832 dar. Daimer berichtet Fallzahlen und Jahreswerte; die zehnjährigen Durchschnitte wurden vom Verfasser dieses Beitrags errechnet; als Bezugspopulationen wurden die von Bolognese-Leuchtenmüller zusammengestellten Zahlen herangezogen, die vorrangig auf den Volkszählungsdaten basieren: Birgit BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, *Bevölkerungsentwicklung und Berufsstruktur, Gesundheits- und Fürsorgewesen in Österreich 1750–1918* (München 1978), Tabellenteil, 3. Bei der Kalkulation der MR wurden die Jahresdaten der Fallzahlen auf linear interpolierte, jährliche Bevölkerungssummen bezogen.

22 Im Jahr 1855 war die Pockensterblichkeit im „Buchenland“ (so die deutsche Übersetzung von „Bukowina“) mit mehr als 1.000 registrierten Fällen und einer Rate von über 240 besonders massiv, 1859 lag sie bei 140.

23 Anstiege der Blatterninfektionen sowie der auf sie zurückgehenden Todesfälle wurden auch in anderen Staaten beobachtet, was etwa in Deutschland den Mediziner Adolf Kussmaul 1869 dazu veranlasste, vor dem Neuaufreten einer massiven epidemischen Welle zu warnen. Vgl. VASOLD, *Grippe*, wie Anm. 2, 162–164.

auf eine MR von 32. In Galizien und der Bukowina erreichte die mittlere jährliche Pockensterblichkeit in den 1860ern nun aber Werte von über 60 respektive sogar 75.²⁴

So blieben die Blattern weiterhin eine gefährliche Erkrankung, die Jahr für Jahr, besonders im östlichen Teil der Habsburgermonarchie einen hohen Tribut an Menschenleben forderte. Jedoch zählten die Pocken Mitte des 19. Jahrhunderts im öffentlichen Bewusstsein wohl nicht mehr zu den am stärksten mit Angst besetzten Erkrankungen – auch weil die auftretenden Krankheits- und speziell Todesfälle weiterhin zumeist ungeimpft gebliebene Kinder betrafen, nicht aber erwachsene Menschen. Über ein zumindest in den „fortschrittlicheren“ Landesteilen bereits ziemlich „flächendeckend“ etabliertes System jährlicher Impfkationen wurde zudem nahezu jedem und jeder, der bzw. die dies wollte, die Möglichkeit zur Vakzination für sich respektive seine/ihre Kinder geboten (von der vergleichsweise geringen Zahl der Bewohner*innen sehr entlegener Gebirgsgegenden einmal abgesehen).

Genau dieser in den „österreichischen Erbländern“, aber etwa auch Böhmen und Mähren Mitte des 19. Jahrhunderts bereits beachtlich gute Versorgungsgrad mit ausgebildetem „Sanitätspersonal“ (Ärzten, Wundärzten, Apothekern, Hebammen u. a.) im Allgemeinen und Vakzinationsangeboten im Besonderen war allerdings in den östlichen Landesteilen Galizien und Bukowina noch keineswegs gegeben.²⁵

Tabelle 1: Amtlich registrierte Pocken-Sterbefälle sowie Mortalitätsraten für den Zeitraum 1830–1909 im Vergleich: Bukowina, Galizien, Niederösterreich, Cisleithanien insgesamt²⁶

| | Gal. | | Buk. | | NÖ. | | Cis. | | | Gal. | | Buk. | | NÖ. | | Cis. | |
|------|-------|-----|------|----|------|----|-------|----|------|-------|-----|------|-----|-------|-----|--------|-----|
| Jahr | F | MR | F | MR | F | MR | F | MR | Jahr | F | MR | F | MR | F | MR | F | MR |
| 1830 | 676 | 15 | | | 367 | 28 | 1718 | 11 | 1870 | 3492 | 64 | 345 | 67 | 513 | 26 | 6177 | 30 |
| 1831 | 2073 | 46 | | | 478 | 36 | 4230 | 27 | 1871 | 3548 | 65 | 633 | 122 | 1024 | 51 | 8074 | 39 |
| 1832 | 4712 | 104 | | | 934 | 70 | 9239 | 58 | 1872 | 11641 | 210 | 477 | 91 | 7580 | 368 | 39368 | 190 |
| 1833 | 2206 | 48 | | | 913 | 68 | 6324 | 39 | 1873 | 26132 | 467 | 516 | 97 | 5990 | 286 | 65274 | 312 |
| 1834 | 1435 | 31 | | | 529 | 39 | 3811 | 23 | 1874 | 18986 | 336 | 2398 | 447 | 3176 | 149 | 36442 | 173 |
| 1835 | 776 | 17 | | | 950 | 69 | 3416 | 21 | 1875 | 4170 | 73 | 1596 | 294 | 2265 | 105 | 12151 | 57 |
| 1836 | 962 | 21 | | | 140 | 10 | 2100 | 13 | 1876 | 1887 | 33 | 576 | 105 | 2944 | 134 | 8564 | 40 |
| 1837 | 2337 | 50 | | | 97 | 7 | 2948 | 18 | 1877 | 1464 | 25 | 221 | 40 | 1780 | 80 | 11706 | 54 |
| 1838 | 1719 | 36 | | | 179 | 13 | 2440 | 15 | 1878 | 1429 | 24 | 321 | 57 | 1803 | 80 | 13313 | 61 |
| 1839 | 1216 | 26 | | | 585 | 42 | 2309 | 14 | 1879 | 1525 | 26 | 154 | 27 | 1518 | 66 | 11273 | 51 |
| 30er | 18112 | 39 | | | 5172 | 38 | 38535 | 24 | 70er | 74274 | 132 | 7237 | 135 | 28593 | 134 | 212342 | 101 |

24 Zudem war die ermittelbare MR in der Bukowina in einigen Jahren besonders exzessiv: 1860 lag sie über 120, 1864 über 180, 1867 über 100. In absoluten Zahlen waren es in den 1860er Jahren in Summe 31.924 (Galizien) bzw. 3.639 (Bukowina) festgestellte Sterbefälle durch Blattern: DAIMER, Todesursachen, wie Anm. 17, 102–103.

25 Siehe dazu weiter unten Näheres.

26 Datengrundlage für die Pockensterbefälle: DAIMER, Todesursachen, wie Anm. 17, (für die Jahre 1830–1899), K.k. Statistische Central-Commission, Hg., Österreichische Statistik, 1901–1918 (für die Jahre 1900–1913). Mortalitätsraten berechnet in Bezug auf geschätzte jährliche Durchschnittsbevölkerungen gemäß Volkszählungen nach: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Bevölkerungsstatistik, Tabellenteil, 3. Die Spalte „Galizien“ enthält für den Zeitraum 1830–1849 die Werte für Galizien und Bukowina zusammen.

| Jahr | Gal. | | Buk. | | NÖ. | | Cis. | | Jahr | Gal. | | Buk. | | NÖ. | | Cis. | |
|------|-------|----|------|-----|------|----|-------|----|------|-------|-----|------|-----|-------|-----|--------|-----|
| | F | MR | F | MR | F | MR | F | MR | | F | MR | F | MR | F | MR | F | MR |
| 1840 | 1707 | 36 | | | 490 | 35 | 3921 | 23 | 1880 | 2827 | 47 | 339 | 59 | 1649 | 71 | 14232 | 64 |
| 1841 | 1549 | 32 | | | 572 | 40 | 4908 | 29 | 1881 | 5614 | 93 | 671 | 116 | 2708 | 115 | 18019 | 81 |
| 1842 | 1917 | 40 | | | 425 | 29 | 4212 | 25 | 1882 | 9719 | 160 | 681 | 116 | 2411 | 101 | 21154 | 94 |
| 1843 | 1505 | 31 | | | 419 | 29 | 3389 | 20 | 1883 | 6939 | 113 | 381 | 64 | 437 | 18 | 13310 | 59 |
| 1844 | 1592 | 33 | | | 353 | 24 | 2839 | 16 | 1884 | 3623 | 58 | 220 | 37 | 377 | 15 | 11521 | 50 |
| 1845 | 1132 | 23 | | | 84 | 6 | 1926 | 11 | 1885 | 3930 | 63 | 68 | 11 | 2914 | 117 | 13212 | 57 |
| 1846 | 857 | 17 | | | 42 | 3 | 1376 | 8 | 1886 | 2945 | 46 | 56 | 9 | 1270 | 50 | 8794 | 38 |
| 1847 | 2582 | 52 | | | 95 | 6 | 3029 | 17 | 1887 | 4076 | 64 | 261 | 42 | 362 | 14 | 6561 | 28 |
| 1848 | 2708 | 55 | | | 218 | 14 | 4073 | 23 | 1888 | 5001 | 77 | 796 | 126 | 371 | 14 | 14138 | 60 |
| 1849 | 1638 | 33 | | | 605 | 39 | 4401 | 25 | 1889 | 3842 | 59 | 579 | 91 | 176 | 7 | 12358 | 52 |
| 40er | 17187 | 35 | | | 3303 | 22 | 34074 | 20 | 80er | 48516 | 78 | 4052 | 67 | 12675 | 52 | 133299 | 58 |
| 1850 | 942 | 20 | 76 | 20 | 309 | 20 | 2607 | 15 | 1890 | 1816 | 27 | 125 | 19 | 240 | 9 | 5935 | 25 |
| 1851 | 784 | 17 | 39 | 10 | 186 | 12 | 1967 | 11 | 1891 | 3043 | 46 | 208 | 32 | 710 | 26 | 6838 | 28 |
| 1852 | 1113 | 24 | 50 | 13 | 280 | 17 | 2117 | 12 | 1892 | 3800 | 56 | 78 | 12 | 44 | 2 | 6087 | 25 |
| 1853 | 2742 | 59 | 49 | 12 | 371 | 23 | 4115 | 23 | 1893 | 4210 | 62 | 24 | 4 | 123 | 4 | 5821 | 24 |
| 1854 | 3278 | 70 | 168 | 40 | 307 | 19 | 5194 | 29 | 1894 | 2045 | 30 | 0 | 0 | 46 | 2 | 2512 | 10 |
| 1855 | 4256 | 91 | 1055 | 243 | 298 | 18 | 8006 | 44 | 1895 | 1025 | 15 | 29 | 4 | 6 | 0 | 1164 | 5 |
| 1856 | 1156 | 25 | 116 | 26 | 250 | 15 | 2691 | 15 | 1896 | 618 | 9 | 202 | 29 | 5 | 0 | 897 | 4 |
| 1857 | 946 | 20 | 39 | 8 | 216 | 13 | 2208 | 12 | 1897 | 1195 | 17 | 206 | 29 | 4 | 0 | 1450 | 6 |
| 1858 | 1758 | 37 | 120 | 26 | 324 | 19 | 3870 | 21 | 1898 | 2039 | 28 | 465 | 65 | 0 | 0 | 2521 | 10 |
| 1859 | 2469 | 52 | 653 | 140 | 312 | 18 | 4692 | 25 | 1899 | 1644 | 23 | 168 | 23 | 3 | 0 | 1820 | 7 |
| 50er | 19444 | 42 | 2365 | 54 | 2853 | 17 | 37467 | 20 | 90er | 21435 | 31 | 1505 | 22 | 1181 | 4 | 35045 | 14 |
| 1860 | 3415 | 71 | 580 | 123 | 231 | 13 | 5201 | 28 | 1900 | 324 | 4,4 | 9 | 1,2 | 2 | 0,1 | 366 | 1,4 |
| 1861 | 2109 | 43 | 226 | 48 | 359 | 20 | 4325 | 23 | 1901 | 53 | 0,7 | 0 | 0,0 | 2 | 0,1 | 96 | 0,4 |
| 1862 | 2281 | 46 | 124 | 26 | 1270 | 70 | 5718 | 30 | 1902 | 26 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 30 | 0,1 |
| 1863 | 3104 | 62 | 387 | 80 | 673 | 37 | 6521 | 34 | 1903 | 6 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 17 | 0,1 |
| 1864 | 3236 | 64 | 889 | 182 | 374 | 20 | 7088 | 36 | 1904 | 7 | 0,1 | 0 | 0,0 | 2 | 0,1 | 17 | 0,1 |
| 1865 | 2359 | 46 | 150 | 30 | 260 | 14 | 4542 | 23 | 1905 | 17 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 20 | 0,1 |
| 1866 | 3498 | 67 | 386 | 78 | 624 | 33 | 7256 | 37 | 1906 | 30 | 0,4 | 2 | 0,3 | 0 | 0,0 | 39 | 0,1 |
| 1867 | 4010 | 76 | 535 | 107 | 599 | 31 | 9341 | 47 | 1907 | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 35 | 1,0 | 41 | 0,1 |
| 1868 | 3369 | 63 | 152 | 30 | 869 | 45 | 6665 | 33 | 1908 | 12 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 14 | 0,0 |
| 1869 | 3913 | 72 | 210 | 41 | 733 | 37 | 7112 | 35 | 1909 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 13 | 0,0 |
| 60er | 31294 | 61 | 3639 | 75 | 5992 | 32 | 63769 | 32 | 00er | 479 | 0,6 | 11 | 0,1 | 41 | 0,1 | 653 | 0,2 |

Die Pockenepidemie von 1871–1874 in der Bukowina und in Cisleithanien insgesamt: Aufschlüsse aus der amtlichen Statistik

Ab 1871 kam es in Österreich-Ungarn insgesamt, wie in großen Teilen Europas, zu einem – gerade auf Basis des bereits erreichten „Impffortschritts“ völlig unerwarteten – dramatischen Anstieg der Pockeninfektionen sowie der auf diese zurückführbaren Todesfälle. Die Gesamtheit der Ursachen hierfür ist nicht völlig klar,²⁷ jedoch dürften mehrere Faktoren zusammengewirkt haben, darunter neben den die Ausbreitung von Infektionskrankheiten ja stets begünstigenden Lebensbedingungen in Kriegszeiten – in diesem Fall im Zuge des Deutsch-Französischen Krieges von 1870/71, welcher von beiden Seiten mit Massenheeren geführt wurde – wohl auch ein Sinken der Impfquoten in manchen Regionen aufgrund von „Impfmüdigkeit“ angesichts einer scheinbar gesunkenen Gefahr der Infektion. Zudem lag vermutlich auch eine allmählich abnehmende Wirksamkeit des damals verbreitetsten Präventionsverfahrens vor. Aufgrund der „Überimpfung“ der Kuhpockenerreger durch „humanisierte Lymphe“, also durch Entnahme des Impfmateri als immer neuen ‚Generationen‘ davor bereits geimpfter Menschen, anstelle einer stets neuerlichen, direkten Entnahme des Impfsubstrats von infizierten Rindern, verminderte sich die Effektivität.²⁸ Darüber hinaus ist aber, auch wenn dies retrospektiv kaum nachweisbar scheint, wohl auch die Möglichkeit einer Infektiosität und/oder Letalität steigernden Mutation des Variola-Virus im Vorfeld dieser massiven Variolaepidemie der 1870er Jahre in Betracht zu ziehen.²⁹

Diese hatte jedenfalls ihren Ausgang im französischen Heer genommen, und führte zuerst in Frankreich und in Deutschland zu einem im Ausmaß seit Jahrzehnten unbekanntem Massensterben durch Pocken: In Frankreich wurde die Gesamtzahl der Opfer auf ca. 200.000 geschätzt, für Deutschland sind, für die Zeit bis 1874, über 181.000 Pockentote registriert.³⁰ Auf die Habsburgermonarchie griff die Epidemie dann 1872 in größerem Ausmaß über, und führte hier ebenso zu geradezu „explodierenden“ Zahlen von Infektionen und Todesfällen:³¹ So wurden im Land Niederösterreich (einschließlich der Reichshauptstadt Wien) 1872 7.580 Blatterntote registriert, was einer Mortalitätsrate von ca. 370 entspricht; auch 1873 waren hier noch fast 6.000 Pockentote zu beklagen, 1874 über 3.000, und in der Folge dauerte es bis 1887, bis wieder regelmäßig jene Fallzahlen von deutlich unter tausend blatternbedingten Sterbefällen pro Jahr erreicht waren, die in der Mitte des 19. Jahrhunderts bereits üblich gewesen waren.³² Im cislei-

27 Vgl. die Diskussion in: PAMMER, Pocken II, wie Anm. 10, 19.

28 Vgl. KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 3, bes. 220–221 u. 287–288; DAIMER, Todesursachen, wie Anm. 17, bes. 112–113.

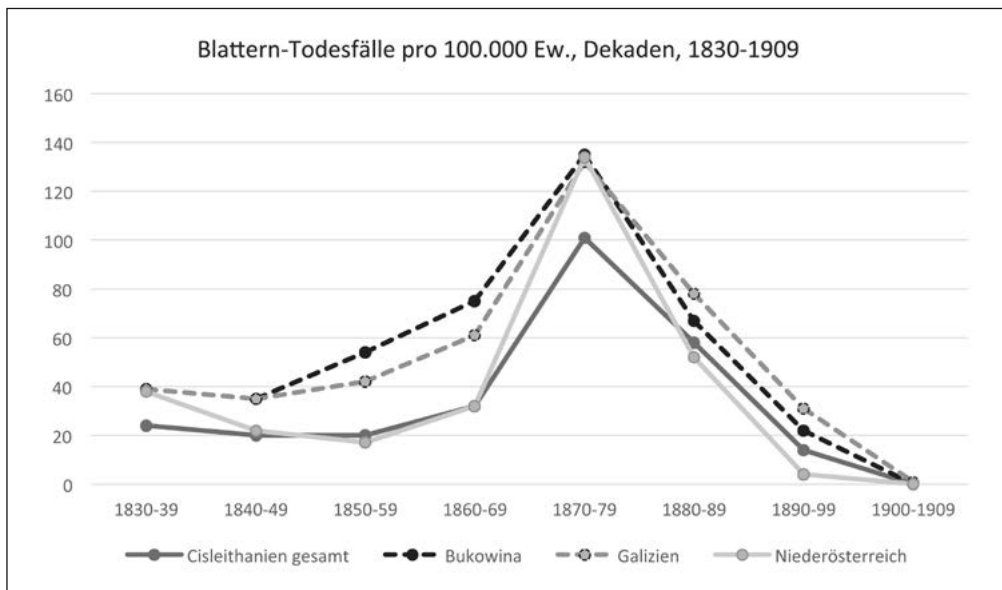
29 Das Virus als solches war noch im späten 19. Jahrhundert labormedizinisch nicht ‚dingfest‘ zu machen, dies gelang erst 1906 dem deutsch-mexikanischen Impfarzt und Tropenmediziner Enrique Paschen (1860–1936), wobei es danach noch bis in die 1920er Jahre dauerte, bis dessen mikroskopisch gewonnener Befund innerhalb der Medizin als gesichert anerkannt wurde. Vgl. Werner GERABEK u. a., Hg., Enzyklopädie Medizingeschichte (Berlin–New York 2005), 1110; WINKLE, Geißeln, wie Anm. 2, 896.

30 Besonders gravierend waren mehrere Großstädte, v. a. in Norddeutschland betroffen, wo bis dahin keine Impfpflicht galt, während Bayern insgesamt, wo noch während des ‚aufgeklärten Absolutismus‘ 1807 ein „Impfzwang“ eingeführt worden war, aber auch dessen Hauptstadt München, deutlich niedrigere Blattern-Sterberaten verzeichneten. Vgl. VASOLD, Grippe, wie Anm. 2, 166–167; KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 3, 179.

31 Zur Impf- und Sterblichkeits-Statistik der Pocken in der Habsburgermonarchie des 19. Jahrhunderts vgl. bes. den wichtigen Beitrag: PAMMER, Pocken II, wie Anm. 10.

32 Daten nach: DAIMER, Todesursachen, wie Anm. 17, 102–103.

thanischen Gesamtdurchschnitt stieg die Pockenmortalität 1872 fast auf 200, es wurden nahezu 40.000 Pockentote registriert. 1873 aber waren es sogar mehr als 65.000, was einer MR über 310 entspricht. In Galizien erreichte die Sterberate 1872 einen Wert von mehr als 200, 1873 aber stieg sie gar auf über 460 – in dem bevölkerungsreichen Kronland mussten in diesem einen Jahr über 26.000 Pockentote verzeichnet werden. Für die Bukowina dagegen lässt sich, bemerkenswerterweise, zumindest retrospektiv ein erster markanter Neuanstieg der Variola-Mortalität sogar schon für 1871 feststellen. Bei 633 verzeichneten Blattern-Todesfällen ist die MR auf 122 zu kalkulieren; in den beiden Folgejahren lag sie mit ca. 90–100 etwas niedriger, stieg dann aber 1874 – als in den meisten anderen Provinzen der Monarchie schon wieder ein Rückgang stattfand – bei nahezu 2.400 erfassten Todesfällen und einer Bevölkerungszahl von ca. 530–540.000 – auf etwa 450. In Galizien ebenso wie in der Bukowina sollte sich auch der Rückgang der Pockenmorbidity und -mortalität in Folge als besonders langwierig erweisen: Während in den meisten Kronländern wenigstens ab 1886 wieder die vormaligen Pocken-Sterblichkeitsraten von 10–30 die Regel waren, lagen die entsprechenden Jahreswerte in den 1880ern für Galizien fast immer über 50, und in der Bukowina kam es nach einem zeitweiligen Rückgang zumindest der registrierten Blattern-Toten 1885/86 schon 1888 zu einem neuen ausgeprägten Gipfel mit fast 800 amtlich bestätigten Pocken-Sterbefällen, was einer Rate von ca. 125 entspricht.



Grafik 1: Zehn-Jahres-Durchschnitte der amtlich registrierten Pockensterblichkeit in der Bukowina, Galizien, Niederösterreich und Cisleithanien insgesamt im Vergleich, 1830–1909 (eigene Darstellung)³³

³³ Zu beachten ist, dass die Zahlen für Galizien und Bukowina für die Jahre bis 1848 lediglich gemeinsam vorliegen; die betreffenden Raten sind daher für 1830–1839 und 1840–1849 ident ausgewiesen. Daten nach DAIMER, Todesursachen, sowie: CENTRAL-COMMISSION, Statistik (1883–1918), wie Anm. 20.

Bemühungen zur Verbesserung der Impfung und zur Erhöhung der Impfquoten

So entsetzlich sich die Bilanz des neuerlichen „Seuchenzuges“ der Pocken ab 1870 auch in der Habsburgermonarchie darstellte, immerhin führte dieser, wie andernorts,³⁴ auch hierzulande dazu, dass sowohl die staatlichen Gesundheitsverwaltungen wie auch die – damals gerade in einem höchst dynamischen Innovationsprozess ihres Wissens befindliche – akademische Medizin die Bemühungen intensivierten, das grundsätzlich ja bereits erfolgreich angewandte Impfsystem nochmals zu verbessern³⁵ – und zwar hinsichtlich der Qualität der Impfmethode ebenso wie im Sinne einer Erhöhung der Durchimpfungsrate in der Bevölkerung.

Gerade die vielfach erhobene Kritik an der Impfung³⁶ als Präventionsverfahren gegen schwere Krankheitsverläufe der Pocken hatte diese ja von Beginn an zum Objekt vielseitiger und umfassender Beobachtungen seitens der durchführenden Mediziner gemacht, und schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts vertraten mehrere bedeutende Mediziner – besonders in Deutschland und Österreich – die Auffassung, dass die Wirkung einer einmaligen Kuhpockenimpfung im Laufe der Zeit zumindest bei einem Teil der Betroffenen nachlasse, und daher im Abstand etlicher Jahre wiederholt werden solle, wobei der zeitgenössische *terminus technicus* für eine solche ‚Auffrischungsimpfung‘ ‚Revakzination‘ lautete.³⁷

In der Habsburgermonarchie hatte diese Diskussion sogar schon 1836 zum Erlass eines staatlichen ‚Impfregulativs‘ geführt, welches vorsah, dass zumindest im Falle einer neuerlichen massiven Blatternepidemie in den betroffenen Gebieten ‚Notimpfungen‘ bisher ungeimpft Gebliebener, aber auch Revakzinationen der schon Geimpften stattfinden sollten. Außerdem wurde – ähnlich wie in mehreren deutschen Staaten – schon um 1840 allen amtlich bestellten Impfarzten aufgetragen, in ihrem Wirkungsbereich nach ‚originären Kuhpocken‘ zu fahnden, um die Wirksamkeit des zur Anwendung kommenden Impfstoffs zu erhöhen. Wie umfassend diese Anweisungen befolgt wurden, lässt sich kaum mehr nachvollziehen, der Umstand aber, dass in Folge innerhalb Cisleithaniens acht ‚Regenerierungsanstalten‘ für eine regelmäßig erneuerte Gewinnung von Impfstoff aus Kälbern eingerichtet wurden – wobei dieser in Folge dann aber wiederum indirekt über Impflinge weiterverbreitet wurde –, zeigt jedenfalls, dass die betreffenden Aktivitäten ein ganz erhebliches Ausmaß erreichten.³⁸

34 Namentlich im so massiv betroffenen Deutschen Reich kam es im Gefolge zu einem umfassenden Ausbau des Impfsystems, wobei 1874 eine Impfpflicht für Kinder im zweiten Lebensjahr mit vorgesehener Wiederimpfung im zwölften Lebensjahr realisiert wurde. Vgl. WINKLE, Geißeln, wie Anm. 2, 894–895; KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 3, bes. 324–329.

35 Vgl. PAMMER, Pocken II, wie Anm. 10, 18.

36 Einer der – unter den damaligen Verhältnissen grundsätzlich zu Recht – vorgebrachten Einwände bezog sich auf die Gefahr, mit der ‚Überimpfung‘ des Kuhpockenerregers von einem Menschen zum anderen in dessen Körper vielleicht vorhandene, aber unbemerkt gebliebene andere Erkrankungen mit zu übertragen. Zu solchen Infektionen, etwa mit Syphilis, kam es tatsächlich immer wieder, v. a. wenn zu wenig Sorgfalt auf die medizinische Untersuchung der Spender*innen des Impfmateri als gelegt worden war. So grauenvoll solche Unglücksfälle für die Betroffenen waren, erreichte ihre Häufigkeit aber nirgends solche Höhe, dass hieraus *bei rationaler Risikoabwägung* eine Ablehnung der Impfung zu folgern gewesen wäre. So war es etwa im Großherzogtum Baden bei mehr als zwei Millionen Impfungen in der Zeit bis 1870 nur einmal zur Übertragung von Syphilis auf einige Kinder gekommen, in Württemberg bei fast 800.000 Impfungen in den Jahren 1846–1867 zu keinem einzigen. Vgl. hierzu eingehend: KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 3, bes. 262–273.

37 Vgl. ebd., bes. 225–227.

38 Vgl. FLAMM / VUTUC, Geschichte, wie Anm. 10, 269; MEMMER, Geschichte, wie Anm. 10, 17–18.

Dessen ungeachtet hatten aber die Pocken ab 1872 erneut in einem geradezu katastrophalen Ausmaß grassieren können.³⁹ Die Gesundheitsbehörden reagierten nun allerdings erneut, und bereits 1873 wurde vom Obersten Sanitätsrat statuiert, dass für Pockenimpfungen künftig nur mehr direkt aus Rindern gewonnene „Thierlymphe“ verwendet werden sollte, die zudem in „Staatsanstalten“ herzustellen sei.⁴⁰

Die Umsetzung nahm freilich einige Jahre in Anspruch: Entsprechende Institute, die permanent mit den dafür erforderlichen Zahlen von Kälbern arbeiteten – aus den Pusteln eines mit den Kuhpocken infizierten Rindes konnten einmalig 80–100 Impfdosen gewonnen werden –, waren erst aufzubauen. Immerhin konnte hierbei auf die in den bisherigen Privatanstalten zur Herstellung der „primären Impfstoffe“ bereits vorhandene Expertise zurückgegriffen werden. Die erste, 1876 eröffnete „Kuhpocken Impfungs-Anstalt“ neuen Typs in Wien wurde übrigens von einem zu diesem Zweck nach Wien übersiedelten galizischen Arzt, Moritz Hay (1833–1916), als „Konzessionär“ geleitet.⁴¹ Eine nochmalige Ausweitung der Produktion von direkt animalisch gewonnenem Blatternimpfstoff wurde 1893 erreicht, als die erste eigentliche Staatsanstalt für diesen Zweck – die „k.k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt“ mit Sitz im 8. Wiener Gemeindebezirk⁴² – ihren Betrieb aufnahm. Ihre Anlage und Einrichtung war an dem „Muster der kgl. Württembergischen Staats-Anstalt in Stuttgart“ orientiert.⁴³ Geleitet wurde sie zunächst von Dr. Karl Marouschek von Maroo (1844–1913),⁴⁴ einem Amts- und Impfarzt aus Böhmen, ab 1895 von Dr. Gustav Paul (1859–1935), einem Hygieniker, der, wie schon seine Vorgänger, auch mehrere einschlägige Publikationen verfasste.⁴⁵

Gemäß der im „österreichischen Sanitätswesen“ publizierten Zusammenfassung des ersten Tätigkeitsberichts der Anstalt kamen im ersten Betriebsjahr 130 „Impfthiere“ zur – jeweils einmaligen – Verwendung als Impfstofflieferant, wobei aus deren abgenommener Lymphe nun mittels verbesserter, maschineller Verfahren in Summe über 618.000 „Impfstoffportionen“ bereitgestellt werden konnten. Der allergrößte Teil davon (97,5 Prozent) wurde innerhalb der österreichischen Reichshälfte an Impfarzte im zivilen und militärischen Bereich – in letzterem bestand seit 1886 Impfpflicht – ausgeliefert; kleinere Mengen gingen an Bezieher in Ungarn, Rumänien, Russland, Griechenland und der Türkei.⁴⁶

Auf diese Weise konnte die Summe der jährlich verabreichten Impfungen in der Habsburgermonarchie erneut angehoben werden. Gemäß den amtlichen Impfdaten – die schon von den zeitgenössischen Statistikern, ebenso wie die Todesursachenstatistik, als nicht völlig zuverlässig beurteilt wurden, aber die einzige mögliche Basis darstellen, um wenigstens über Größenordnung und Veränderungstendenzen Informationen zu erlangen – wurden in Cisleithanien

39 Ein weiterer Bedingungsfaktor, neben den schon genannten, war wohl, dass es hierzulande üblich geworden war, Kinder erst bei Schuleintritt impfen zu lassen, da hierfür – bereits seit 1817 – die Impfung verpflichtend vorgesehen war. Vgl. KÜBLER, Geschichte, wie Anm. 3, 242.

40 FLAMM / VUTUC, Geschichte, wie Anm. 10, 269.

41 Vgl. ebd., 270. Lebensdaten nach dem Grabstein am Wiener Zentralfriedhof, Sektion alter jüdischer Friedhof.

42 Und zwar in der Laudongasse, neben der niederösterreichischen Landesfindelanstalt, aus welcher sie zum Teil auch hervorgegangen war.

43 N. N., Die k.k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt in Wien, in: Das österreichische Sanitätswesen 4/51 (1892), 123–129 (Beilage), hier 125.

44 Lebensdaten derzeit noch unvalidiert.

45 Vgl. FLAMM / VUTUC, Geschichte, wie Anm. 10, 270.

46 N. N., Die k.k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt in Wien im ersten Betriebsjahre, 15. Juli 1893 bis 15. Juli 1894, in: Das österreichische Sanitätswesen 6/46 (1894), 612–619.

insgesamt zwar schon in den 1830er bis 1850er Jahren, bei leicht steigender Tendenz, im Durchschnitt ca. 500.000 Pocken-Schutzimpfungen im Jahr durchgeführt; in den 1860er Jahren waren es dann ca. 550.000. Bereits in den 1870er Jahren stieg dieser Wert auf im Mittel ca. 635.000 an, in den 1880ern sodann auf über 680.000. In den 1890er Jahren konnten dann im Mittel schon 745.000 Impfungen jährlich verabreicht werden.⁴⁷

Freilich muss bei der Beurteilung dieser Erfolgsstatistik auch die gerade im 19. Jahrhundert ja beträchtlich zunehmende Bevölkerungszahl in Rechnung gestellt werden; bezieht man/frau die angegebenen Impffzahlen auf diese, so resultiert bei Betrachtung der Impfsommen für jeweils ein Dezennium, dass diese 10-Jahres-„Impfzidenz“ (die nicht mit der – unbekanntenen – Gesamtquote der Geimpften in der jeweiligen Bevölkerung verwechselt werden darf) über den Gesamtzeitraum von 1830 bis 1900 stets, mit nur geringen Schwankungen, bei ca. 30 Prozent lag. Die durchaus erhebliche Ausweitung der Impfstoffproduktion in absoluten Zahlen konnte demnach, auf Cisleithanien insgesamt bezogen, gerade das Schritthalten der Impftätigkeit mit der Bevölkerungsentwicklung gewährleisten.⁴⁸

Dass die Pockenimpfung als Maßnahme, wenn auch keineswegs in jedem Einzelfall, aber doch der Wahrscheinlichkeit nach, und im Vergleich zur Situation der Ungeimpften, einen starken Schutz gegen schwere und zumal tödliche Verläufe der Blattern bot, konnten bereits zeitgenössische statistische Analysen eindeutig aufzeigen.⁴⁹ Auch hinsichtlich der Impfquoten stellen sich die Verhältnisse in einzelnen Regionen aber, insbesondere im Zeitverlauf, durchaus unterschiedlich dar, und es lassen sich Kronländer wie die Steiermark finden, in welchen es zwischen den 1830ern und den 1890ern zu einer recht beträchtlichen Steigerung der Impfrate (also der Impfungen in Relation zur Bevölkerungszahl) kam,⁵⁰ während in anderen Regionen – darunter der Zentralregion Niederösterreich – eine Stagnation oder, wie in der Krain, sogar ein Absinken zu beobachten ist.

Für Galizien und die Bukowina aber ist bereits in den 1870er Jahren ein deutliches Anwachsen der Impfraten im Vergleich zur Zeit davor zu erkennen: Zwar scheinen einzelne bei Daimer berichtete Jahressummen für die Bukowina bis in die 1850er Jahre besonders fragwürdig, die Daten für die 1860er (wiewohl für ganz Cisleithanien für die Jahre 1860–1862 fehlend) bilden aber wohl eine gute Vergleichsgrundlage: Ihnen zufolge entsprechen die Impffziffern dieses Dezenniums summiert⁵¹ höchstens 25–29 Prozent der Bevölkerungszahl, für die Perioden 1870–1879, 1880–1889 und 1890–1899 dagegen resultieren Quoten zwischen 37 und 39 Prozent. Für Galizien stellt sich die Lage ganz ähnlich dar, nur war hier die Relation von Impfungen und Bevölkerungszahl in den 1860ern wohl etwas höher (28–32 Prozent) und stieg in der Folge, für die letzten drei Dezennien des 19. Jahrhunderts auf 39–40 Prozent. Für beide Regionen stellen sich diese Werte umso beachtlicher dar, als der cisleithanische Durchschnitt weiter bei nur 31 Prozent stagnierte.

47 Vgl. bes. die Zusammenstellung der langfristigen Impfstatistik in: DAIMER, Todesursachen, wie Anm. 17, 110–111.

48 Berechnungen des Verfassers auf Basis der bei Daimer mitgeteilten Daten.

49 Vgl. hierzu: PAMMER, Pocken II, wie Anm. 10, bes. 17–19.

50 Zur Entwicklung von Pockenmortalität, -mortalität und -impfungen in der Steiermark vgl. bes.: Diether KRAMER, Der Wandel der Mortalität. Untersuchungen zum Sterblichkeitsrückgang in der Steiermark (Wiesbaden 2014), 237–253.

51 Für die Jahre 1860–1862 wurden Schätzwerte interpoliert, Durchschnitte der Jahre 1857–1859 und 1863–1865.

Die Zahlen spiegeln demnach deutlich den besonderen Nachdruck, der seitens der zentralen Gesundheitsbehörden auf die Blatternimpfung gerade in Galizien und der Bukowina gelegt wurde, die ja, was die Pockenmortalität anlangt, auch nach Abklingen der Seuchenwelle von 1872–1874 weiterhin zu den „Hochrisikogebieten“ der Monarchie zählten.

Der allmähliche Rückzug der Pocken aus Österreich-Ungarn im späten 19. Jahrhundert und die letzte Pockenepidemie in Bukowina und Galizen, 1896–1901

Für den Durchschnitt der 1880er Jahre verzeichnete Cisleithanien gesamt eine Variola-Sterblichkeit von 58 pro 100.000 Einwohner*innen und Jahr, Galizien aber 78, und die Bukowina 67. In den 1890er Jahren gelang dann zwar überall, auch in den beiden östlichsten Provinzen, eine deutliche Absenkung der pockenverursachten Todesfälle, der Abstand von Galizien und Bukowina zu den westlicheren Regionen trat aber nun sogar noch deutlicher hervor: Die Zentralregion Wien-Niederösterreich etwa hatte noch in den 1880er Jahren eine durchschnittliche Pockenmortalität von 52 zu beklagen, im Zeitraum 1890–1895 aber lag diese bei nur mehr sieben, und danach, 1896–1899 sogar bei null (es waren nur mehr Variola-Sterbefälle im einstelligen Bereich zu beklagen).⁵²

Demgegenüber betrug die MR für Galizien in den Jahren 1890–1895 noch fast 40 – es starben dort pro Jahr weiterhin mindestens 1.000, teils aber über 3.000 bzw. 4.000 Menschen an den Pocken. In der weitaus kleineren Bukowina waren zwar die berichteten Fallzahlen – mit teils unter 100, maximal aber ca. 200 – schon in den ersten Jahren des Dezenniums überschaubar, aber es erwiesen sich die resultierenden Mortalitätsraten dennoch als ziemlich hoch.⁵³ Zudem begannen die Wiener Zentralbehörden der Qualität der von den Bukowiner Landesbehörden gelieferten Daten der vergangenen Jahre zu misstrauen, als nach einer „Nullmeldung“ für 1894 und bloß 29 verzeichneten Todesfällen im Folgejahr für 1896 plötzlich wieder über 200 Blattertote berichtet wurden (siehe dazu Grafik 2).⁵⁴

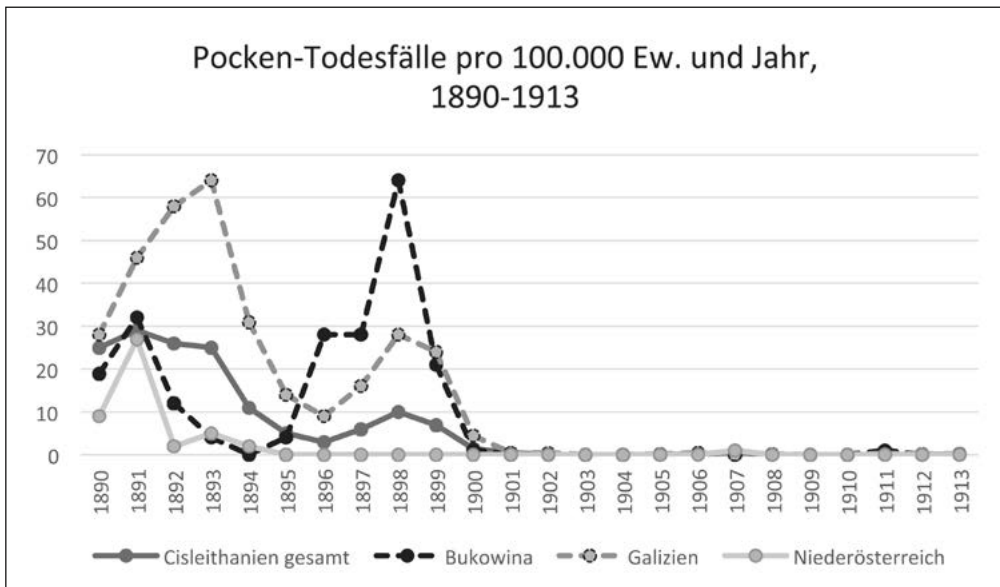
Vor dem Hintergrund des in den Jahren 1894/95 endlich feststellbaren Rückgangs der Opferzahlen der Pocken in den meisten Kronländern auf bisher ungekannte „Niedrigwerte“, bei gleichzeitig aufmerksam beobachtetem „Nachhinken“ dieser Reduktion in Galizien, wurde diese neue Blatternepidemie in der Bukowina – zurecht – umgehend als für die Gesundheitspolitik des Gesamtstaates relevantes Ereignis wahrgenommen. Diese erstreckte sich von 1896 bis 1901 und forderte in der Bukowina gemäß der amtlichen Statistik zumindest 1.040 Tote, in Galizien aber nahezu 5.500.

52 Dies gilt im Falle des Erzherzogtums Niederösterreich auch für die Periode 1900–1913, mit der Ausnahme des Jahres 1907, in dem 35 Pockentote registriert wurden, was einer Mortalitätsrate von 1 pro 100.000 entspricht.

53 Daten nach: DAIMER, Todesursachen, wie Anm. 17, sowie: CENTRAL-COMMISSION, Hg., Österreichische Statistik, Nr. 37/2, 38/2, 40/2, 44/3, 48/3, 49/2, 52/2, 54/1, 55/3, 62/3, 67/1, 72/1, 73/3, 79/1, 84/1, 84/3, 86/1, 88/1, 88/3, 92/1, NF 8/1, NF 8/3, NF 14/1.

54 Dies erhellt aus der intensiven Korrespondenz zum Thema zwischen der Sanitätsabteilung des Innenministeriums mit den Bukowiner Behörden, die im Staatsarchiv erhalten ist: Österreichisches Staatsarchiv (= ÖStA), Allgemeines Verwaltungsarchiv (= AVA), Mdi, Sanitätsakten, K. 1020–1033 u. K. 2550–2608.

Da die Einwohnerzahl Galiziens etwa das Zehnfache jener der Bukowina betrug, war letztere, relativ gesehen, weit schwerer betroffen; die Bukowina wurde dabei auch von den zentralen Gesundheitsbehörden als „Herd“ und Fokus dieser Seuchenwelle betrachtet,⁵⁵ die sich ja erst rückblickend als letzte größere Pockenepidemie in der Habsburgermonarchie vor dem Ersten Weltkrieg herausstellen sollte.⁵⁶ Als Höhepunkt erwies sich dabei das Jahr 1898, in dem die offiziell registrierte Pocken-Sterblichkeit in der Bukowina nochmals auf 65 (!), in Galizien auf fast 30 stieg. Von den 2.521 amtlich festgestellten Blattern-Sterbefällen dieses Jahres in Cis-leithanien insgesamt entfielen dabei 2.504, d. i. 99,3 Prozent, auf diese beiden Kronländer; in allen anderen waren die Pocken, zumindest als letale Bedrohung, quasi nicht mehr existent.



Grafik 2: Die Pockenmortalität in Österreich (Cisleithanien) insgesamt sowie in den Kronländern Bukowina, Galizien und Niederösterreich (inkl. Wien) im Vergleich, 1890–1913 (eigene Darstellung; Quellen: wie in Tab. 1)

Die lange Zeit angesichts einer auch im Rest der Habsburgermonarchie ständigen Präsenz der Blattern retrospektiv eher als stereotype Übertreibung zu betrachtende, komparative Charakterisierung der beiden östlichsten Kronländer als ‚Pocken-Endemiegebiete‘ bewahrheitete sich so zumindest kurzfristig in drastischer Weise. Allerdings gelang es den Gesundheitsbehörden auch in Galizien und der Bukowina schließlich, wenn auch mit mehrjähriger Verzögerung, die Seuche zum Verschwinden zu bringen: In der Bukowina sank die Zahl der festgestellten Todesfälle durch Pocken 1899 auf 169, 1900 auf neun und 1901 schließlich auf null; in Galizien

55 Näheres hierzu in einer weiteren geplanten Publikation zum Thema.

56 Zum erneuten Auftreten der Blattern während des Ersten Weltkrieges vgl. Daniela ANGETTER-PFEIFFER, *Pandemie sei Dank! Was Seuchen in Österreich bewegten* (Wien 2021), 118–119; Werner ANDERS, *Epidemiologie*, in: Werner Anders / Peter Lundt, Hg., *Praxis der Pockenbekämpfung* (Berlin–Göttingen–Heidelberg 1963), 4.

wurden 1899 zwar noch 1.644 Blatterntote gezählt und 1900 noch 324, 1901 war aber eine Absenkung auf 53 erreicht. Von 1902 an bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges verzeichnete dann der österreichische Teil der Habsburgermonarchie insgesamt in keinem Jahr mehr als 50 Sterbefälle durch Pocken – was angesichts von damals 27–28 Millionen Einwohner*innen einer nahezu völligen Beseitigung der Pockengefahr gleichkommt.

Die „Besonderheit der Verhältnisse“: Die „Rückständigkeit“ von Bukowina und Galizien im Modernisierungs- und Medikalisierungsprozess als Ursache erhöhter Pockensterblichkeit

Was den spezifisch regionalen Kontext des im Vergleich späten Absinkens der Pockenmortalität in Bukowina und Galizien angeht, so ist vor allem an die fundamentale, allgemeine „Randbedingung“ zu erinnern, dass es sich bei beiden Kronländern um sowohl in räumlich-geografischer wie in ökonomischer und politischer Hinsicht im späten 19. Jahrhundert unverändert periphere Provinzen der Habsburgermonarchie handelte.⁵⁷ Auf diesen Aspekt kann aus Platzgründen nicht ausführlich eingegangen werden, jedoch sei zumindest eine zusammenfassende Übersicht zentraler einschlägiger Strukturindikatoren gegeben – wiederum für Galizien und Bukowina im Vergleich zu Niederösterreich und dem gesamt-cisleithanischen Durchschnitt.

Wie aus Tabelle 2 zu ersehen, erstreckte sich die – an den zeitgenössischen „Modernisierungstendenzen“ gemessene – „Rückständigkeit“⁵⁸ der Bukowina, ebenso wie Galiziens, nicht bloß auf den demografischen, ökonomischen und bildungspolitischen Bereich, sondern ebenso auf jenen der Gesundheitsversorgung, dem im vorliegenden Kontext naturgemäß besonders große Bedeutung zukommt. So lag insbesondere die Quote akademisch ausgebildeter Ärzte, bezogen auf die Einwohnerzahl, noch um 1900 bei gerade einmal knapp der Hälfte des Gesamtdurchschnitts des österreichischen Reichsteils; verglichen mit der Zentrumsregion Wien–Niederösterreich aber unter einem Fünftel.

57 Vgl. neben allgemeinerer Forschungsliteratur zur politisch-ökonomischen Geschichte der Habsburgermonarchie bes. Kurt SCHARR, *Die Landschaft Bukowina. Das Werden einer Region an der Peripherie 1774–1918* (Wien 2010); Emanuel TURCZYNSKI, *Geschichte der Bukowina in der Neuzeit. Zur Sozial- und Kulturgeschichte einer mitteleuropäisch geprägten Landschaft* (Wiesbaden 1993); Endre HÁRS u. a., Hg., *Zentren, Peripherien und kollektive Identitäten in Österreich-Ungarn* (Tübingen–Basel 2006). Von den zeitgenössischen Publikationen zur allgemeinen Landesgeschichte sei hier nur genannt: Raimund KAINDL, *Geschichte der Bukowina von der ältesten Zeit bis zur Gegenwart* (Czernowitz 1904).

58 Der Verfasser ist sich vollauf bewusst, dass es sich bei „Fortschritt“, „Rückständigkeit“ usw. um – sowohl zeitgenössisch wie gegenwärtig – massiv wertbesetzte Begriffe handelt, weshalb diese hier in Anführungszeichen gesetzt sind. Gerade mit Hinblick auf die Sterblichkeitsverhältnisse bei Infektionskrankheiten erweisen sich diese Begriffe aber als durchaus brauchbare, und empirisch oftmals zutreffende Charakterisierungen, da sich die entsprechenden Prozesse gut objektivieren lassen. Dessen ungeachtet lassen sich Wertaspekte dabei nicht völlig ausschalten: Ob es tatsächlich ein „Fortschritt“ ist, wenn möglichst viele Menschen, insbesondere auch Kinder, durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, die zugleich ja auch Kostenaufwände und Freiheitseinschränkungen bedeuten, vor schwerer Krankheit und Tod geschützt werden, kann ja nur durch „Güterabwägung“ und im Hinblick auf bestimmte Wertmaßstäbe bejaht oder verneint werden.

Tabelle 2: Einige regionale Strukturindikatoren im Vergleich⁵⁹

| Region | Einwohner- *innen in 1000 (1900) | Bevölke- rungs- dichte (Ew./km ² , 1900) | Anteil agrarisches genutzer Fläche (1884) | Nettoertrag pro Jahr und Hektar (Kronen, 1880er) | Analpha- betismus- Quote (1900) | Ärzte pro 100.000 Ew. (1898) |
|------------------|---|---|---|--|--|---------------------------------------|
| Bukowina | 730 | 70 | 28 % | 8 | 79 % | 16 |
| Galizien | 7.316 | 93 | 47 % | 8 | 68 % | 16 |
| Niederösterreich | 3.100 | 156 | 46 % | 25 | 6 % | 86 |
| Cisleithanien | 26.150 | 87 | 37 % | 18 | 29 % | 34 |

Diese krassen Ungleichgewichte waren den Zeitgenossen, speziell den professionell mit Gesundheitsfragen Befassten, auch bekannt. So resümierte etwa das für die einschlägigen Debatten zentrale Publikationsorgan „Das Österreichische Sanitätswesen“ im Jahr 1890:

„Die Bukowina nimmt in Hinsicht auf die Vertheilung der Aerzte und sonach auch in Hinsicht auf die Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe unter den österreichischen Kronländern die letzte Stelle sein. Als Hauptursachen dieses Aerztemangels werden [...] die tiefstehenden Culturverhältnisse, sowie der Mangel an Existenzfähigkeit [für Mediziner] auf dem Lande angegeben. Sämmtliche [...] Aerzte befinden sich in den [wenigen] Städten und Märkten, während die Dörfer von Aerzten ganz entblösst sind. Der Bedarf an Aerzten stellt sich [...] auf mindestens 200 heraus; diesem Bedarfe stand mit Schluss des Jahres 1888 nur eine Aerztezahl von 80 (54 Doctoren und 26 Wundärzte) gegenüber.“⁶⁰

Diese strukturellen Defizite beeinflussten naturgemäß das Agieren in Gesundheitspolitik und Sanitätsbehörden auf regionaler Ebene,⁶¹ wie auch deren Ergebnisse, umso mehr, als seit der umfassenden Reform der Regulation des österreichischen Gesundheitswesens in den 1860er Jahren erhebliche Teile der Gesetzgebungs-, insbesondere aber der Großteil aller Durchführungskompetenzen, aber auch der Finanzierungspflichten vom Zentralstaat auf die politischen und administrativen Organe der einzelnen Kronländer und Gemeinden übertragen worden waren.⁶² Die ganz erhebliche Dezentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens wurde in

59 Daten nach: BOLOGNESE-LEUCHTENMÜLLER, Bevölkerungsentwicklung, wie Anm. 21; Roman SANDGRUBER, Österreichische Agrarstatistik 1750–1918 (München 1978); Andrea KOMLOSY, Regionale Ungleichheiten in der Habsburgermonarchie. Kohäsionskraft oder Explosionsgefahr für die staatliche Einheit, in: Hans-Heinrich Nolte, Hg., Innere Peripherien in Ost und West (Stuttgart 2001), 97–111; k.k. statistische ZENTRAL-COMMISSION, Hg., Österreichisches Statistisches Jahrbuch (Wien 1901); Anton HICKMANN, Geographisch-statistischer Taschen-Atlas von Österreich-Ungarn (Wien–Leipzig 1900), Tabelle 15 u. 20.

60 N. N., Aus den Jahresberichten der Landessanitätsräthe für das Jahr 1888. Bukowina, in: Das Österreichische Sanitätswesen 2 (1890), 182–188.

61 Pammer weist diesbezüglich auch auf einen vergleichsweise späten Ersatz veralteter Impfstoff-Techniken durch neue in Galizien und der Bukowina hin. Vgl. PAMMER, Pocken II, wie Anm. 10, 19.

62 Vgl. Paul SLEZAK, Geschichte der österreichischen Sanitätsverwaltung (Wien–Innsbruck 1956); sowie eingehend: Adolf VON OBENTRAUT, Systematisches Handbuch der österreichischen Sanitätsgesetze (Wien 1877). Die zentralstaatlich getätigten Ausgaben für Seuchenprävention, derer sich die zuständigen Organe – Reichsrat, Ministerien usw. – regelmäßig zu rühmen nicht vergaßen, war realiter gerade im späten 19. Jahrhundert, in Relation marginal

der Folge im „Reichssanitätsgesetz 1870“ nochmals zusammenfassend statuiert.⁶³ Gerade im spezifischen Bereich der Bekämpfung epidemischer Krankheiten behielten diese Normen grundsätzlich zwar den Zentralbehörden erhebliche Kompetenzen vor; eine praktische Realisierung musste aber – in Ermangelung von überregional disponiblen Sanitätspersonal in größerer Zahl außerhalb des militärischen Bereichs – jedenfalls auf die regional bzw. lokal zur Verfügung stehenden Angehörigen der Gesundheitsberufe zurückgreifen – was in peripheren und unterversorgten Regionen wie der Bukowina eine von vornherein prekäre Lage war.

Hieran konnten auch die speziell ab den späten 1880er Jahren intensiven Bemühungen der zentralen, damals im Innenministerium angesiedelten Wiener Sanitätsbehörden, zur Etablierung eines schnellen Meldesystems für epidemische Erkrankungen wenig ändern. Immerhin wurde ein Ende 1888 ergangener Ministerialerlass über die Anzeigepflicht aller Ärzte sowie Gemeindebehörden betreffend das Auftreten epidemischer Erkrankungen an die Bezirksbehörden – die dann weiter an die Landesbehörden sowie, im Regelfall aber nur vierwöchentlich, weiter an das Ministerium Bericht erstatten sollten – von da ab Grundlage einer im Vergleich zu davor zeitnaheren und verlässlicheren Information der zuständigen Verwaltungsstellen auf Landes- und Zentralstaatsebene über das jeweils aktuelle Seuchengeschehen.⁶⁴ Neben der Verständigung über das Auftreten von Pest und Cholera – letztere bildete den unmittelbaren Anlassfall für diese Verwaltungsinnovation – war in dieser Norm auch eine amtliche Berichterstattung über einige andere Infektionskrankheiten vorgesehen; im Fall der Pocken wurde zudem bestimmt, dass Erkrankungs-, Genesungs- und Sterbefälle auch gesondert nach dem Impfstatus erfasst werden sollten.⁶⁵ Eine Verpflichtung zur jährlichen Berichterstattung über die „Impffolge“ in den Ländern und Gemeinden an die Zentralbehörden bestand demgegenüber bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert und bildete ja auch die Grundlage der schon besprochenen amtlichen Impfstatistik.⁶⁶

Allerdings waren die behördlichen Gesundheitsstatistiken auch im späten 19. Jahrhundert noch mit beträchtlichen Unzulänglichkeiten hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Verlässlichkeit behaftet, und dies betraf periphere Regionen wie die Bukowina in besonderem Maße, da hier sowohl das unmittelbar patientenbetreuende Gesundheitspersonal, aber auch jenes in der (Sanitäts-)Verwaltung, schon zahlenmäßig gesehen unzureichend war.⁶⁷ Das betraf schon die

und beliefen sich z. B. 1890 gerade einmal auf 1,4 Prozent der Budgets des Innenministeriums: K.k. Statistische CENTRAL-COMMISSION, Hg., Österreichische Statistik 35/3. Der oesterreichische Staatshaushalt in den Jahren 1889 und 1890 (Wien 1893).

63 Der Text ist u. a. enthalten in: Josef DAIMER, Handbuch der österreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen (Leipzig–Wien 1896), Bd. 1, 3–9.

64 Ministerialerlass vom 13. Dezember 1888, Nr. 20604, in: Das Österreichische Sanitätswesen 1 (1889), 5–7.

65 Vgl. ebd., sowie: DAIMER, Handbuch, wie Anm. 63, 210–211.

66 Vgl. ebd., 243.

67 Die Bukowiner Landesregierung selbst machte wiederholt auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den vorgesehenen Anzeigen der Erkrankungsfälle einerseits, und den aus den Angaben in Totenscheinen abzuleitenden Daten aufmerksam, so noch in: Dekret der Bukowiner Landesregierung vom 24.05.1899, Nr. 12145, publiziert in: Das Österreichische Sanitätswesen 11 (1899), 301–302. Zur prekären Situation der damaligen regionalen Gesundheitsversorgung vgl. bes. auch den in – leider allerdings ziemlich schwer lesbarem – Deutsch verfassten Beitrag: Harieta MARECI-SABOL, Unter Krankheitsbedrohung [sic]. Vorbemerkungen zu einer historischen Erforschung der grossen Epidemien in der österreichischen Bukowina, in: Codrul Cosminului 19/2 (2013), 361–374; weiters die aufschlussreichen Beiträge derselben Autorin: Harieta MARECI-SABOL, Change Your Habits! Health and Hygiene Issues in Bukovina During the 19th Century, in: Codrul Cosminului 21/2 (2015), 357–368; Harieta MARECI-SABOL, Poverty or Ignorance? The Challenge of Social Diseases in Bukovina around 1900, in: Codrul Cosminului 23/1 (2017), 31–50.

„Sanitätsabteilung“ in der Bukowiner Landesregierung, die, was das ärztliche Personal betrifft, noch in den 1890er Jahren nur aus dem Landes-Sanitäts-Referenten selbst⁶⁸ sowie einem Assistenzarzt bestand.⁶⁹ Eine besondere „Schwachstelle“ scheint allerdings die gänzlich fehlende Repräsentanz der fachlich-medizinischen Perspektive in der Bukowiner „Landesvertretung“⁷⁰ gewesen zu sein: 1898 fand in Czernowitz anlässlich der „Nothlage der Districtsärzte in der Bukowina“ einer Versammlung derselben statt, in der u. a. gefordert wurde, einen „Arzt als Sanitätsreferent beim Landesausschusse zu bestellen“.⁷¹ Am massivsten wurde die, im Vergleich zu anderen Regionen, mangelnde medizinische Versorgung der Region aber wohl von den vor Ort direkt in der Patientenbetreuung tätigen Gemeinde- bzw. Distriktsärzten erfahren: Zwischen 1888 und 1895 wurde in der Bukowina zwar endlich die – reichsgesetzlich seit 1870 vorgesehene – Etablierung von Sanitätssprengeln weitgehend umgesetzt und insgesamt 40 solche Gemeinde- bzw. Distriktsarzt-Stellen geschaffen, die i. d. R. mit 400 bis 500, später dann zum Teil 600 Gulden p. a. dotiert waren.⁷²

Das war aber kein allzu hohes Gehalt angesichts eines vorgesehenen Wirkungskreises von im Durchschnitt mindestens 15.000 Personen pro Sanitätssprengel und des Umstandes, dass 200–300 Gulden damals ein Durchschnittseinkommen in der (männlichen) österreichischen Bevölkerung darstellten.⁷³ In anderen Kronländern war die Besoldung von Amtsärzten zwar meist auch nicht wesentlich höher, jedoch die jeweiligen Sanitätsdistrikte (außer in Galizien und der Krain, wo die Verhältnisse ähnlich waren), wesentlich weniger bevölkerungsreich, sodass den Stelleninhabern deutlich mehr Zeit für die Ausübung weiterer Berufstätigkeiten, insbesondere einer eigenen ärztlichen Praxis blieb.⁷⁴ Hiermit wurde von Seiten der Behörden bei ihren sparsamen Gehaltsbemessungen auch kalkuliert, doch im Falle der Bukowina war

68 Als solcher amtierte von 1872 bis 1890 Dr. Karl Denarowski (1828–1900), der 1880 auch mit einer bemerkenswerten Darstellung der Gesundheitsverhältnisse im Land hervorgetreten ist. Sein Nachfolger im Amt war Dr. Basil Kluczenko (1844–19??), der von 1891 bis 1913 amtierte, und gleichfalls sowohl in praktisch-präventiver Hinsicht enorme Verdienste erworben hatte – besonders während der Cholera-Epidemie von 1892 –, als auch durch eine beträchtliche einschlägige Publikationstätigkeit. Vgl. K.k. HOF- UND STAATSDRUCKEREI, Hg., Hof- und Staats-Handbuch der Oesterreichisch-Ungarischen Monarchie [Jährliche Bände] (Wien 1874–1914). Zu Denarowski vgl. bes. Walter MENTZEL, Aus den medizinhistorischen Beständen der UB Meduni Wien 95 (2019), <https://ub.meduniwien.ac.at/blog/?p=32533> (letzter Zugriff: 08.12.2021).

69 Vgl. Basil KLUCZENKO, Beitrag zur Statistik des Sanitätspersonales im Herzogthume Bukowina, in: Das österreichische Sanitätswesen 3 (1891), 344–349; N. N., Das Sanitätspersonale bei den k.k. politischen Behörden am 1. Jänner 1894, in: Das österreichische Sanitätswesen 6 (1894), Beilage zur Nr. 7, 1–5, hier 3.

70 Die Behördenorganisation auf Landesebene war bis zum Ende der Habsburgermonarchie ja eine zweigeteilte, wobei sich „Statthaltereien“ bzw. „Landesregierungen“ als unmittelbare Unterbehörden der Zentralregierung einerseits, und „Landesvertretungen“ bzw. „Landesausschüsse“ als Repräsentanz der Landesbevölkerung selbst – oft genau mit unterschiedlichen Interessen und Positionen – gegenüberstanden.

71 N. N., Vermischte Nachrichten, in: Das Österreichische Sanitätswesen 10 (1898), 424.

72 Vgl. Landesgesetz- und Ordnungsblatt für das Herzogthum Bukowina 1888, 10. Stück, Nr. 13, 117–122; Mitteilung der Bukowiner Landesregierung vom 27.04.1895, Nr. 6788, in: Das Österreichische Sanitätswesen 7 (1895), 289–294. Selbst diese eher moderaten Gehaltssummen waren unter den gegebenen Umständen – Land und Gemeinden sollten hierzu, neben der Staatskasse, jeweils Beiträge leisten – teils erst nach jahrelangen Bemühungen und Rechtsstreitigkeiten verfügbar geworden.

73 Vgl. Tomas CVRCEK, Wages, Prices, and Living Standards in the Habsburg Empire, 1817–1910, in: Journal of Economic History 73/1 (2013), 1–37.

74 Vgl. dazu die vergleichende Übersicht in: N. N., Fortschritte in der Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes – Bukowina, in: Das Österreichische Sanitätswesen 9 (1897), 508–509.

auch diese Option real vielfach kaum gegeben, was in Summe dazu führte, dass die betreffenden Amtsarzt-Stellen über Jahre hinweg nicht besetzt werden konnten, wie in einem Beitrag über die „Fortschritte in der Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes“ aus dem Jahr 1898 konstatiert wurde: „Für manche Stellen konnten trotz wiederholter Concursausreibungen keine Bewerber gefunden werden. In diesen Sprengeln waren die Erwerbsverhältnisse so ungünstige, dass der Gemeindefürst ausser den fixen Bezügen auf ein irgend nennenswerthes Einkommen nicht rechnen konnte.“⁷⁵

Für die Bukowina galt so auch kurz vor 1900, und gerade auch aus der vergleichenden Perspektive der Wiener Zentralbehörden, das lapidar anmutende Resümee: „Die Gesundheitsverhältnisse des Landes waren ungünstige, indem verschiedene Infectionskrankheiten in grosser Ausbreitung herrschten.“⁷⁶ Jedoch war zumindest aus Sicht der Gesundheitsbehörden, nicht allein die Armut großer Teile der ländlichen Bevölkerung des Landes für die geringe Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen verantwortlich zu machen: „[Vielmehr] fühlte ein nicht unbeträchtlicher Theil dieser Bewohner den Misstand [mangelnder ärztlicher Versorgungsangebote] nicht als solchen, da sie wie ihre Voreltern solchen Beistand in Anspruch zu nehmen nicht gewohnt waren.“⁷⁷

Es habe, in heutiger medizinhistorischer Terminologie gesprochen, demnach eine „Medikalisierung“ in den ländlichen Gemeinschaften der Bukowina bis dahin noch kaum stattgefunden – ein wohl zutreffender Befund, welcher den Vertretern des öffentlichen Gesundheitswesens – offenbar in gewissem Gegensatz zu zumindest einem erheblichen Teil der unmittelbar Betroffenen – Sorgen bereitete, auch über die Landesgrenzen hinaus. Dies gilt besonders für den Aspekt der öffentlichen Seuchenprävention, denn diesbezügliche Mängel in einem Landesteil Österreich-Ungarns konnten, da ja im Normalfall keine inneren Reisebeschränkungen bestanden, auch hinsichtlich der epidemiologischen Lage in anderen Kronländern massive Gefährdungen nach sich ziehen.

Die ‚Masse‘ der Bewohner*innen der Bukowina stand dabei, ähnlich wie jene Galiziens, zumindest bei zeitgenössischen Beobachtern mit akademischer Bildung recht allgemein im Verdacht, aufgrund ablehnender oder zumindest gleichgültig-ignoranter Einstellungen gegenüber den „civilisatorischen“, und zumal medizinisch-hygienischen Fortschritten wenig zu den intendierten Verbesserungen im öffentlichen Gesundheitswesen beitragen zu *wollen*. Insbesondere, wenn es um Finanzierungsfragen auf Gemeindeebene ging, wurden die unterschiedlichen Perspektiven offenbar häufig recht deutlich, aber auch kostenlose und unverbindliche Angebote, etwa in Belangen der Wissensvermittlung in hygienischen Belangen stießen speziell bei der ländlichen Bevölkerung der Bukowina oftmals nicht auf die erhoffte positive Resonanz.⁷⁸ Umso größere Probleme ergaben sich regelmäßig, wenn es sich um das noch viel unmittelbarer die persönliche Integrität betreffende Präventionsverfahren der Impfung handelte. Hatten derlei ‚einschneidende Maßnahmen‘ während des gesamten 19. Jahrhunderts auch in Regionen mit weitaus höherem „kollektiven Bildungsniveau“ – gemessen etwa an der Alphabetisierungsquote – trotz oder gerade wegen ihrer oftmals energischen Förderung durch Staatsapparat und

75 N. N., Fortschritte, wie Anm. 74, 509.

76 N. N., Jahresberichte[n], wie Anm. 60, 182.

77 N. N., Fortschritte, wie Anm. 74, 508.

78 Vgl. bes.: MARECI-SABOL, Habits, wie Anm. 67; MARECI-SABOL, Poverty, wie Anm. 67.

ärztliche Profession – immer wieder mit massiven Widerständen beträchtlicher Bevölkerungsteile zu kämpfen,⁷⁹ so gestaltete sich die diesbezügliche Lage in der Bukowina besonders schwierig.

Neben den schon erwähnten, auf Sozialstruktur und Gesundheitssystem der Region insgesamt bezogenen Faktoren spielte hierbei eine kulturelle Besonderheit der Bukowina schon aus Sicht der Zeitgenossen eine erhebliche Rolle, nämlich die Präsenz einer ethnisch-religiösen Minderheit, die eine völlige Verweigerung von Impfmaßnahmen, basierend u. a. auf einer grundsätzlichen Ablehnung der professionell betriebenen Medizin, als einen Teil ihrer kollektiven Identität verstand und mit ihren Glaubensüberzeugungen legitimiert sah: die so genannten „Lippowaner“. Es handelte sich um eine kleine, innerhalb der Bukowina um 1900 gerade einmal ca. 2400 Mitglieder – 0,3 Prozent der Gesamtbevölkerung – umfassende religiöse Sondergruppe von orthodoxen „Altgläubigen“ russischer Herkunft.⁸⁰ Von den 1.627 im Jahr 1898 in der Bukowina insgesamt amtlich registrierten Blattern-Erkrankungsfällen entfielen jedoch volle 667 (also 40 Prozent!) auf die beiden Lippowaner-Gemeinden in Klimoutz und Fontina Alba.⁸¹ Auf die bemerkenswerte Geschichte der Lippowaner als Glaubensgemeinschaft und ‚Volksgruppe‘, ihre Gesundheitsvorstellungen, speziell ihre radikale Impfgegnerschaft und die daraus resultierenden Folgen näher einzugehen, ist an dieser Stelle leider nicht möglich.⁸²

Resümee

Im vorliegenden Beitrag wurde der Bedeutung der Pocken als Todesursache, sowie den Maßnahmen zu ihrer Zurückdrängung, in einer langfristigen und vergleichenden Perspektive nachgegangen, indem die diesbezügliche Entwicklung in der Bukowina vom späten 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert jener in Cisleithanien insgesamt gegenübergestellt wurde. Hierbei zeigte sich, dass – bei Zugrundelegung der amtlichen Sterblichkeitsstatistik – die Bukowina für das gesamte 19. Jahrhundert, ähnlich wie Galizien, als „Hochrisikogebiet“ für Blattern gelten muss. Es wurde aber auch deutlich, dass die ab den 1870er Jahren auch qualitativ wesentlich verbesserten Impfkampagnen im späten Jahrhundert auch in diesen östlichsten, ökonomisch wie politisch peripheren Regionen der Habsburgermonarchie zu greifen begannen – und dort offenkundig mit besonderem Nachdruck betrieben wurden, da die Zahl der verabreichten Impfungen in Relation zur Bevölkerung im Zeitraum 1870–1900 dort deutlich höher war, als im cisleithanischen Durchschnitt. Allerdings waren die ‚sanitären Verhältnisse‘ insgesamt weiter höchst ungünstig, namentlich im Vergleich eine deutliche medizinische Unterversorgung sowie ein besonders

79 Zum Thema Impfgegnerschaft im 19. Jahrhundert vgl., neben der schon angeführten Literatur zur Seuchengeschichte im Allgemeinen, bes.: Malte THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (Göttingen 2017); Martin DINGES, Hg., *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933)* (Stuttgart 1996); Eberhard WOLFF, *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (Stuttgart 1998); für Österreich speziell: MEMMER, *Geschichte*, wie Anm. 10; Gustav PAUL, *Die Entwicklung der Schutzpockenimpfung in Österreich*, in: Hans Heger, Hg., *Gesundheitspflege (= Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848–1898 3, Wien 1900)*, 433–451.

80 Vgl. als kurzen Abriss, mit weiteren Angaben: WATZKA, *Disease*, wie Anm. 1, 115–119.

81 Vgl. N.N., *Die Infektionskrankheiten im Jahre 1898*, in: *Das Österreichische Sanitätswesen* 11 (1899), 443–448.

82 Der Verfasser plant hierzu einen gesonderten Beitrag.

hohes Maß an Impfverweigerung von Teilen der Bevölkerung gegeben. So konnte es noch in den Jahren 1896–1901 in der Bukowina und Galizien zu einer letzten Pockenepidemie vor dem Ersten Weltkrieg kommen, die tausende Menschen, vorwiegend Kinder, das Leben kostete.

Informationen zum Autor

Assoz. Prof. Dr. Dr. Carlos Watzka, Department für Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud Privatuniversität in Linz, Adalbert-Stifter-Platz 2, 4020 Linz.

E-Mail: carlos.watzka@sfu.ac.at

Elisabeth Dietrich-Daum

Impfen erzwingen. Mündige Bürger*innen und säumige Landespolitiker in der Vorarlberger Poliomyelitis-Epidemie von 1958

English title

Forcing Vaccination. Responsible Citizens and Defaulting Politicians in Vorarlberg's Poliomyelitis Epidemic of 1958

Summary

1958, three years before the nationwide implementation of the governmentally organised mass vaccination campaign against poliomyelitis using Sabin's vaccine, the Austrian federal province of Vorarlberg was seized by an outbreak of infantile paralysis. Due to the enormous number of infections and the high mortality rate, this epidemic was the most severe in the history of Vorarlberg. In the spring of 1958, regional authorities in most of the Austrian provinces started programs of serial vaccinations using the Salk vaccine. On account of the expenses expected, the federal government of Vorarlberg, however, chose not to follow the example of its neighbouring countries and refused to organise a comprehensive vaccination campaign. Given these circumstances, citizens, physicians, and medical societies requested to immediately launch a public immunisation programme. Their demands were communicated to the governmental authorities via the regional newspaper *Vorarlberger Nachrichten*.

After an introduction into the epidemiology of polio in Vorarlberg and the state of implementation of the Salk vaccine in 1958, the paper analyses 80 articles from the newspaper that were published between August and December 1958. As a result, the paper highlights that throughout history, vaccination did not always follow the narrative of public refusal in context of compulsory vaccination. Moreover, it argues that the strong demand towards the state to fulfil its political and social commitments – in this context the civil request for implementation of serial polio vaccination – should be interpreted as a sign of active citizenship. Finally, the paper discusses the influence of print media in times of epidemic.

Keywords

Vaccination, Salk vaccine, Poliomyelitis, Vorarlberg, Austria, Medical History after 1945, Vorarlberger Nachrichten

Einleitung

Impfkritik und Impfgegnerschaft sind so alt wie das Impfen selbst.¹ Ihre Geschichte reicht bis ins ausgehende 18. Jahrhundert zurück und ist in der deutschsprachigen historisch-ethnologischen Forschung spätestens seit Eberhard Wolffs „Einschneidende[n] Maßnahmen“², 1998 erschienen, zu einer kontinuierlich wiederholten Erzählfigur, zu einem dominierenden Narrativ der Impfgeschichte geworden. Impfgeschichte als Macht-, als Konflikt- oder als Protestgeschichte zu schreiben, ist spannend und produktiv zugleich, weil damit der Blick auf das Verhältnis zwischen Staat und Gesellschaft, Allgemeinheit und Individuum gelenkt wird und die darin eingelegten Konfliktpotenziale und Aushandlungsprozesse freigelegt werden können.³ Und diese Zugänge entsprechen genuin historischen Fragebedürfnissen und Fragegewohnheiten.⁴ Die Geschichte des Impfens kann aber auch aus anderen Perspektiven rekonstruiert und erzählt werden – etwa als Wissensgeschichte, als Emotionsgeschichte oder als Popularisierungs- und Kommunikationsgeschichte.⁵ Sie hat, wie Malte Thießen und andere in jüngeren Forschungsarbeiten gezeigt haben, auf jeden Fall das Potenzial dazu.⁶ Dass die Frage des Impfens die staatliche Autorität in Form der Gesundheitsbehörden ebenso wie die Zivilgesellschaft gefordert hat und immer wieder herausfordert, wird in der aktuellen COVID-19 Pandemie überdeutlich. Impfe ich für mich oder für die anderen? Hat der Staat das Recht, meine Autonomie

-
- 1 Malte THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (Göttingen 2017), 14. Aus der inzwischen umfangreichen Literatur siehe beispielhaft: C. MEYER / S. REITER, *Impfgegner und Impfskeptiker. Geschichte, Hintergründe, Thesen, Umgang*, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47 (2004), 1182–1188, hier 1183; Katharina SÜSS, *Impfen: Ja oder Nein? Eine historische Betrachtung der Impfdebatte des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum im Vergleich zur Gegenwart*, in: *historioPLUS* 6 (2019), 151–182, online unter: <http://www.historioplus.at/?p=1131> (letzter Zugriff: 22.01.2021).
 - 2 Eberhard WOLFF, *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Beiheft 10, Stuttgart 1998). Eine der früheren deutschsprachigen Publikationen zur Impfgegnerschaft in der Geschichte ist der 1996 erschienene Sammelband von Martin DINGES, Hg., *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933)* (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Beihefte 9, Stuttgart 1996).
 - 3 Zur ethischen Diskussion um das schwierige Verhältnis von Autonomie und Gemeinwohlinteressen vgl. Lukas KAELIN, *Impfen – Zwischen Autonomie und Gemeinwohl*, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (= *Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin* 11, Wien 2016), 223–230.
 - 4 Vgl. dazu besonders Malte THIESSEN, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR*, in: *Zeithistorische Forschungen / Studies in Contemporary History* 10/3 (2013), 409–432.
 - 5 Siehe dazu die Kapitel bei THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft*, wie Anm. 1, 219–227. Zu den verschiedenen Zugängen zur Geschichte des Impfens vgl. ebd., 9–19 und DERS., *Vorsorge*, wie Anm. 4. Zur Impfpropaganda am Beispiel der Pocken vgl. Juliane HEINSDORF, *Vakzination – ein Geschenk Gottes. Propagierung der Impfung im Dienste medizinischer Volksaufklärung*, in: Ragnhild Münch, Hg., *Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Begleitbuch zur Ausstellung* (Berlin 1994), 60–70.
 - 6 Neben den Arbeiten von Thießen vgl. die Studien zur Emotionsgeschichte, darunter vor allem jene von Ute FREVERT, *Was haben Gefühle in der Geschichte zu suchen?* in: *Geschichte und Gesellschaft* 35/2 (2009), 183–208; DIES., *Mächtige Gefühle. Von A wie Angst bis Z wie Zuneigung – Deutsche Geschichte seit 1900* (Frankfurt am Main 2020); Jörg VÖGELE, *Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte*, in: Malte Thießen, Hg., *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (= *Historische Zeitschrift*, Beihefte N.F. 64, München 2014), 29–49. Einen schon älteren, aber informativen Literaturüberblick zur Emotionsgeschichte veröffentlichte Bettina HITZER, *Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen*, in: *H-Soz-Kult* 23.11.2011, online unter: <https://www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsberichte-1221> (letzter Zugriff: 25.03.2020).

einzuschränken, um das Gemeinwohl zu schützen? Es ist ein gesellschaftlicher Grundkonflikt, der nicht nur in Pandemiezeiten aufbricht.⁷ Die Klagen über Impfmüdigkeit und die Forderungen nach Wiedereinführung etwa der Masernimpfpflicht (diese gilt in Deutschland seit 1. März 2020) der vergangenen Jahre zeigten anschaulich, dass ethisch-rechtliche Fragen dergestalt höchst emotional und kontrovers verhandelt werden. Impfen war und ist eine hochpolitische Angelegenheit.⁸ Dies soll auch im vorliegenden Beitrag deutlich werden, allerdings geht es im vorgestellten Beispiel nicht um staatliche Bevormundung oder gar Zwang, sondern um ein dem entgegen gewendetes Phänomen – nämlich um den Vorwurf der politischen Säumigkeit und um Behördenversagen, um bürgerliches Einfordern staatlicher Für- oder Vorsorgepflicht, um das Einfordern von medizinischer Intervention. Es geht aber auch um staatliche Handlungs- und Entscheidungskompetenz, an die appelliert und die gleichzeitig in Frage gestellt wird. Die maßgeblichen Akteur*innen in diesem Beispiel sind Eltern, Haus- und Gemeindeärzte, Vereine und Verbände, Standes- und Interessensvertreter sowie Zeitungsredakteure, die sich im Zuge der Kinderlähmungsepidemie im Sommer 1958 kritisch und im Verlauf des Ausbruchs zunehmend fordernd zu Wort meldeten. In wechselnden Allianzen erzeugten diese Personengruppen öffentlichen Druck auf die aus ihrer Sicht säumige und konzeptlos agierende Landesregierung, damit diese, den Beispielen anderer österreichischer Bundesländer endlich folgend, die Salk-Impfung organisiere, diese durchführe und finanziere, um der weiteren Verbreitung der Kinderlähmung in Vorarlberg entgegenzuwirken. Dieses regionale Beispiel stellt Impfen in ein vielleicht ungewohntes Licht und zeigt, dass Impfen in der Geschichte nicht immer und vor allem nicht grundsätzlich auf Ablehnung stieß, sondern ebenso breite Befürwortung finden und ein hohes Maß an Akzeptanz erreichen konnte. Die Polioschutzimpfung scheint ein herausragendes Beispiel dafür zu sein. Das Beispiel zeigt außerdem, dass nicht nur Impfkritik und Impfverweigerung als emanzipatorische Akte und als Ausdruck bürgerlicher Selbstermächtigung gedeutet werden können, sondern auch deren gedachtes Gegenteil, nämlich ziviles Handeln im Sinne eines Einforderns von Impfung und Einmahnens staatlicher Verantwortung und Vorsorge.

Quellengrundlage und Forschungsstand

Die Informationen für diesen Beitrag sind den zeitgenössischen Vorarlberger Printmedien entnommen, konkret aus den *Vorarlberger Nachrichten* (VN) mit insgesamt 80 Artikeln aus dem Jahr 1958 sowie weiteren elf Artikeln aus den Jahren 1957 und 1959.⁹ Dokumente der politischen Gesundheitsverwaltung des Landes stehen nach bisherigen Recherchen im Vorarlberger

7 Dies zeigt die Geschichte der Pockenimpfung, die über 150 Jahre impfkritische Positionen kennt. Vgl. dazu unter anderen Michael MEMMER, Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich. Eine rechtshistorische Analyse, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte (= Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 11, Wien 2016), 7–36.

8 Vgl. Malte THIESSEN im Bericht „Pandemie. Impfen als Politikum – ein Blick in die Geschichte“, online unter: <https://www.dw.com/de/impfen-als-politikum-ein-blick-in-die-geschichte/a-56212283> (letzter Zugriff: 13.03.2021).

9 Die seit 1945 erscheinende Tageszeitung *Vorarlberger Nachrichten* war bereits damals die reichweiten- und auflagenstärkste Tageszeitung Vorarlbergs. Vgl. http://www.vorarlberger-presseclub.at/wp-content/uploads/presseclub_vorarlberg_geschichte.pdf (letzter Zugriff: 10.03.2020). Zur Medienlandschaft Vorarlbergs vgl. auch: <http://apps.vol.at/tools/chronik/viewpage.aspx?viewtype=artikel&id=145&left=artikel> (letzter Zugriff: 19.07.2021).

Landesarchiv nicht (mehr) zur Verfügung. Marina Hilber konnte aber einige auch für die Vorarlberger Geschichte relevante Verwaltungsakten der Gesundheitsbehörde im Tiroler Landesarchiv ausfindig machen, auf die infolge COVID-bedingter Zugangsbeschränkungen zu den Archiven an gegebener Stelle sekundär zurückgegriffen wird.¹⁰ Die noch vorhandenen Krankenakten der psychiatrisch-neurologischen Landes- Heil- und Pflegeanstalt Valduna (heute Landeskrankenhaus Rankweil)¹¹ – das war die damalige Landesstruktur zur Aufnahme und Behandlung von Poliomyelitis-Patient*innen in Vorarlberg – wurden nur punktuell berücksichtigt, etwa um einzelne Angaben oder Aussagen in den Zeitungsberichten konkret zu überprüfen. Zur Rekonstruktion der relevanten Entwicklungen sowie der rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen – Erkrankungshäufigkeit, Todesfälle, Epidemiegesezt, Impfwesen – konnten einige zeitgenössische Berichte herangezogen werden, darunter die viele Aspekte berücksichtigende Dokumentation über die Durchführung der Polioschutzimpfungen in Österreich während der Jahre 1957 bis 1967, herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Verwaltung.¹² Auch zur Epidemie 1958 in Vorarlberg gibt es zwei zeitgenössische Studien, eine stammt aus der Feder des damaligen Assistenzarztes der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Valduna, Engelbert P. Radmayr,¹³ der andere wurde vom späteren Leiter derselben Anstalt, von Kaspar Simma, verfasst.¹⁴

Die Forschungslandschaft zur Medizin- und Sozialgeschichte der Kinderlähmung ist disparat und teilweise auch defizitär. Im anglo-amerikanischen Raum wird das Thema bereits seit den 1960er Jahren intensiv beforscht.¹⁵ Innerhalb der europäischen Länder sind insbesondere die Forschungen zur Bundesrepublik und zur ehemaligen DDR hervorzuheben,¹⁶ während zu

-
- 10 Marina HILBER, Ein unerwarteter Erfolg? Die Geschichte der Poliomyelitis-Schutzimpfungen in Österreich, in: Wolfgang Schütz u.a., Hg., Nach 1945. Medizin in Wien – Entwicklungsprozesse und Transformationen im internationalen Kontext (Göttingen 2022), 381–402.
 - 11 Zur Valduna in der Poliomyelitis-Epidemie vgl. Sabrina WEHINGER, Poliomyelitis-Erkrankungen in der Nachkriegszeit am Beispiel des Landeskrankenhauses Rankweil, Diplomarbeit (Innsbruck 2020).
 - 12 BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE VERWALTUNG, Hg., Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Österreich. Versuch einer Bilanz (Wien–Frankfurt–Zürich 1968).
 - 13 Engelbert P. RADMAYR, Zur Phänomenologie der Poliomyelitis-Epidemie 1958 in Vorarlberg, in: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung 60/4 (1959), 59–68.
 - 14 K[aspar] SIMMA, Über die Familienerkrankungen während der Poliomyelitisepidemie 1958 in Vorarlberg und ihre Bedeutung, in: *Psychiatria et Neurologia* 138/1–2 (1959), 9–26.
 - 15 Neben weiter hinten zitierte Literatur sind unter den jüngeren Forschungen insbesondere zu nennen Paul A. OFFIT, *The Cutter Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis* (New Haven–London 2007); Daniel J. WILSON, *Polio* (Santa Barbara 2009); Gareth WILLIAMS, *Paralysed with Fear. The Story of Polio* (Basingstoke 2013); Richard J. ALTENBAUGH, *The Last Children's Plague. Poliomyelitis, Disability and Twentieth-Century American Culture* (New York–Basingstoke 2015). Zu Großbritannien siehe: Gareth MILLWARD, *Vaccinating Britain. Mass Vaccination and the Public since the Second World War* (Manchester 2019). Zur Impfgeschichte im Allgemeinen siehe auch Stanley A. PLOTKIN, Hg., *History of Vaccine Development* (New York 2011), zu Deutschland vgl. die an anderer Stelle des Beitrags zitierten Publikationen von Malte Thießen. Weitere Literatur ist angegeben bei HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10 und bei Ulrike LINDNER, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich* (München 2004), 221–231; DIES., *Der Umgang mit neuen Epidemien nach 1945. Nationale und regionale Unterschiede in Europa*, in: Thießen, Hg., *Europa*, wie Anm. 6, 115–135.
 - 16 Zu den wichtigsten Publikationen zählen: LINDNER, *Gesundheitspolitik*, wie Anm. 15. Siehe auch DIES. / Stuart S. BLUME, *Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955–1965*, in: *Medical History* 50 (2006) 425–446. Zur Kinderlähmung, aber auch zum weiteren Kontext der Seuchengeschichte und zur Geschichte des Impfens siehe Malte THIESEN, Hg., *Seuchen im langen 20. Jahrhundert. Perspektiven für eine europäische Sozial- und Kulturgeschichte*, in: Thießen, Hg., *Europa*, wie Anm. 6, 7–28; DERS.,

anderen Ländern,¹⁷ darunter auch Österreich, kaum oder nur ausnahmsweise publiziert wurde. Für die österreichische Forschung ist erst kürzlich ein erster Überblicksaufsatz von Marina Hilber¹⁸ erschienen, auf den der vorliegende Beitrag aufbauen kann.

Kinderlähmung – ihre Epidemiologie im 20. Jahrhundert

Die Viruserkrankung Poliomyelitis anterior acuta, kurz Polio oder geläufiger Kinderlähmung, ist eine ansteckende Infektionskrankheit aus der Gruppe der Enteroviren, die entweder oral über Tröpfchen oder fäkal über Schmierkontakte übertragen wird. Die Inkubationszeit beträgt vier bis zehn Tage, als unspezifische Anfangssymptome werden in der medizinischen Fachliteratur Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Erbrechen und Verdauungsprobleme genannt.¹⁹ Zumeist erkranken daran Kinder unter fünf Jahren,²⁰ bei vielen – es werden zwischen 90 und 95 Prozent asymptomatische Verläufe angenommen – klingt die Infektion ohne Folgen und oft symptomlos ab, in anderen Fällen jedoch folgen der grippeähnlichen Erstsymptomatik innerhalb weniger Stunden Lähmungserscheinungen an den Extremitäten, die in rund der Hälfte der Fälle zu lebenslanger Invaliderität führen. In besonders schweren Fällen kann es zu lebensbedrohlichen Lähmungen der Atemfunktion kommen, die in der Folge auch tödlich enden können.²¹

Polio ist nach wie vor nicht aus der Welt – endemisch kommt die Infektionskrankheit heute noch in Afghanistan und in Pakistan vor.²² Nach wie vor gibt es keine spezifische Therapie, seit Ende der 1950er/Anfang der 1960er Jahre aber die Möglichkeit der Impfung. Auch heute noch müssen weltweit zwischen zehn und zwanzig Millionen Menschen mit den Spätfolgen einer

Immunisierte Gesellschaft, wie Anm. 1 und Annette HINZ-WESSELS, Medizinische Verflechtung und Systemkonkurrenz im Kalten Krieg. Poliobekämpfung im geteilten Berlin, in: *Medizinhistorisches Journal* 55/2 (2020), 132–171. Vgl. auch ihren Beitrag im vorliegenden Heft.

17 Vgl. dazu die Ausführungen bei HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10, 382–383.

18 Ebd.

19 Artikel 118: Poliomyelitis, in: Reinhard BERNER u. a., Hg., DGPI [Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie] Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen (Stuttgart 2018), 692–693, online unter: <https://dgp.de/publikationen/dgpi-handbuch/> (letzter Zugriff: 13.08.2021).

20 Aus einer in den 1960er Jahren durchgeführten Erhebung des Gesundheitsamtes der Stadt Wien geht hervor, dass in Wien rund 52 Prozent der an Kinderlähmung Erkrankten Kinder unter 14 und weitere 14 Prozent Jugendliche bzw. junge Erwachsene unter 21 Jahren waren. Vgl. Bruno KALCHHAUSER, Dokumentation, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 85–92, hier 89.

21 Siehe dazu die Angaben bei HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10, 386.

22 Vgl. O. MÜLLER / A. JAHN / O. RAZUM, Poliomyelitis – Herausforderungen in der Endphase des globalen Eradikationsprogramms, in: *Gesundheitswesen* 78 (2016), 227–229. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts zirkuliert der Polioerkrankung Typ 1 seit 2019 nur mehr in Afghanistan und Pakistan. Vgl. Nationale Kommission für die Polioeradikation in Deutschland, online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Poliokommission/Poliokommission_node.html (letzter Zugriff: 17.11.2020). 1988 verabschiedete die WHO eine Resolution zur Eradikation der Poliomyelitis bis 2000. Zu diesem Zeitpunkt war die Infektionskrankheit noch in 125 Ländern endemisch. Vgl. dazu auch: Polio-Ausrottung: Schwierige letzte Meter, in: *Österreichische Ärztezeitung* 19 (2020), online unter: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2020/oeaez-19-10102020/polio-ausrottung-schwierige-letzte-meter.html> (letzter Zugriff: 22.02.2021).

durchgemachten Poliomyelitis-Erkrankung leben.²³ Poliomyelitis-Infektionen sind in Österreich seit 1927 anzeigepflichtig,²⁴ wodurch auch die statistische Erfassung der Erkrankungs- und Todesfälle möglich wurde. Seit dem Epidemiegesetz von 1950²⁵ ist bereits der Verdacht einer Infektion den Gesundheitsbehörden zu melden.²⁶

Die infektiöse Eigenschaft der Poliomyelitis wurde in den 1880er Jahren erkannt, die Übertragung des Erregers gelang aber erst 1908 durch die Wiener Forscher Karl Landsteiner²⁷ (1868–1943) und Erwin Popper (1879–1955).²⁸ Wahrscheinlich schon in der Antike aufgetreten,²⁹ wurde die Poliomyelitis aber erst im späten 19. und beginnenden 20. Jahrhundert, vor allem in den USA, epidemiologisch auffällig. In Europa war sie – mit Ausnahme der skandinavischen Länder und Großbritanniens – bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs nur wenig verbreitet.³⁰ Zwei Drittel der global registrierten Infektionsfälle entfielen zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf die Vereinigten Staaten, wo mit 27.000 Erkrankten und 6.000 Todesfällen in 26 US-Bundesstaaten im Jahr 1916 ein erster epidemiologischer Höhepunkt erreicht wurde.³¹ In zunehmendem Maße kam es ab den 1930er Jahren und dann besonders nach dem Zweiten Weltkrieg auch in Europa zu beunruhigenden Ausbrüchen. Eine erste große Epidemie wurde für Deutschland 1947 mit 3.296 Erkrankten registriert, es folgten weitere Poliojahre 1948 und dann im Vierjahresabstand 1952, 1956 und letztmalig 1961.³² Ähnlich sah die Entwicklung in der benachbarten Schweiz aus, wo zwischen 1936 und 1956 mehrere schwere Ausbrüche mit 1.500 bis 2.000 gemeldeten Erkrankten verzeichnet wurden.³³ Auch in Österreich mussten die Gesundheitsbehörden nach mehreren Epidemien in der ersten Jahrhunderthälfte – so etwa 1908,

-
- 23 Siehe dazu eine jüngere Studie zu den lebenslangen Folgen von Poliomyelitis in Dänemark von L[jise] KAY / N[ete] M[unk] NIELSEN u. a., Morbidity and Mortality Following Poliomyelitis – a Lifelong Follow-Up, in: *European Journal of Neurology* 24 (2017), 326–333.
- 24 BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH 38 (1927), 131: Verordnung vom 11.1.1927 betreffend die Anzeigepflicht bei Poliomyelitis anterior acuta (spinale Kinderlähmung) und Encephalitis lethargica epidemica (Schlafkrankheit). Vgl. Elfriede KNAPP, Erfolg der oralen Poliomyelitis-Schutzimpfung in Wien, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 63–65, hier 63.
- 25 BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH 186 (1950), 839–848: Kundmachung der Bundesregierung vom 8. August 1950 über die Wiederverlautbarung des Gesetzes über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemiegesetz), online unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1950_188_0/1950_188_0.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2020).
- 26 Vgl. Franz FRIZA, Die Poliomyelitisimpfung im Rahmen der allgemeinen gesetzlichen Seuchenprophylaxe, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 13–18, hier 14.
- 27 Vgl. Paul SPEISER, Karl Landsteiner, Entdecker der Blutgruppen und Pionier der Immunologie. Biographie eines Nobelpreisträgers aus der Wiener Medizinischen Schule (Berlin³1990); Landsteiner, Karl, in: Österreichisches Biographisches Lexikon 1815–1950, Band 4 (Wien 1969), 433.
- 28 Vgl. Karl LANDSTEINER / Erwin POPPER, Übertragung der Poliomyelitis acuta auf Affen, in: *Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie* 2 (1909), 377–390.
- 29 LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 15, 221, die sich an dieser Stelle auf John R. PAUL, *A History of Poliomyelitis* (= *Yale Studies in the History of Science and Medicine* 6, New Haven–London 1971), 15–16 bezieht. Vgl. auch Herwig KOLLARITSCH / Maria PAULKE-KORINEK, Poliomyelitis, in: *Österreichische Ärztezeitung* 22 (2014), 24–34, hier 25.
- 30 Vgl. LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 15, 223 und 234.
- 31 Vgl. ebd., 222.
- 32 Vgl. ebd., 238.
- 33 Siehe dazu Franz FRIZA, Die epidemiologische Situation der Poliomyelitis in Österreich ab 1946, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 67–78, hier 67. Vgl. auch: Guido FANCONI, Die spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis) (= *Vierteljahrsschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich* 102, Zürich 1957), 17.

1936, 1937, 1941 – im Jahr 1947 mit 3.508 gemeldeten Erkrankten und 315 Todesopfern vergleichsweise hohe Werte vermerken.³⁴ Nach diesem Spitzenjahr pendelten die jährlichen Fallzahlen zumeist zwischen 500 und 1.000 Fällen.³⁵ In Summe sind zwischen 1945 und 1961 in Österreich 12.805 Poliomyelitis-Erkrankungsfälle und 1.447 damit in unmittelbarem Zusammenhang stehende Todesfälle registriert worden.³⁶ Bis zu ihrer erfolgreichen Eindämmung durch systematische Massenimpfungen ab Herbst 1961 mussten die österreichischen Gesundheitsbehörden zwischen 1954 und 1959 noch einmal eine Hochwelle bei den Neuinfektionen zur Kenntnis nehmen.³⁷ In dieser Phase war die Zahl der gemeldeten Erkrankungen nie unter 500 gefallen, 1955 mussten sogar über 1.000 Erkrankungsfälle notiert werden, das war nach den Epidemiejahren 1947 und 1948 der höchste Wert.³⁸ Durch die hohe Akzeptanz der Polio-schluckimpfung traten zwischen 1962 und 1980 insgesamt nur mehr 37 Erkrankungs- und sechs Todesfälle auf, 1973 wurde der letzte Todesfall und 1980 die letzte Erkrankung auf Grund von paralytischer Poliomyelitis in Österreich verzeichnet.³⁹

Die Letalität der Poliomyelitis konnte bei den einzelnen Ausbrüchen mit dem Alter der Betroffenen und den Verlaufsformen stark schwanken. Hans Radl hatte am Beispiel von Wien der Jahre 1939 bis 1961 Letalitätsraten zwischen 8,3 Prozent (bei den unter 10-Jährigen) und 62,5 Prozent (bei den über 60-Jährigen) errechnet. Das Sterberisiko nahm demnach mit dem Alter zu.⁴⁰ Besonders hohe Letalitätsraten ermittelte Franz Friza für das Jahr 1943, in welchem ohne das Alter zu berücksichtigen 32 Prozent der gemeldeten Poliomyelitis-Erkrankungen tödlich endeten.⁴¹ Für die Fünfziger und frühen Sechzigerjahre errechnete das Bundesministerium für soziale Verwaltung dann zumeist Durchschnittswerte um knapp über zehn Prozent.⁴²

Die Zahl der Menschen mit körperlichen Folgeschäden nach durchgemachter Erkrankung ist nicht bekannt, eine Größeneinschätzung kann die vom Gesundheitsamt der Stadt Wien ex post mittels Patientenbefragung für die Jahre 1946 bis 1955 und 1961 bis 1963 gewonnene Aufstellung geben. Hiernach hatten nach einer Polioerkrankung 6,8 Prozent der Patient*innen ihre Erwerbsfähigkeit zur Gänze verloren und 23,1 Prozent zum Teil eingebüßt.⁴³

Aus den seit 1929 durchgeführten Aufzeichnungen ist auch ersichtlich, dass die Poliomyelitis, abgesehen von diesen Gipfeln, über Jahrzehnte in einzelnen Landstrichen endemisch verbreitet gewesen sein muss und dort auch unbemerkt den Charakter lokaler „Kleinraum-

34 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 67–69.

35 Vgl. KOLLARITSCH / PAULKE-KORINEK, Poliomyelitis, wie Anm. 29, 25.

36 Vgl. KALCHHAUSER, Dokumentation, wie Anm. 20, 113.

37 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 68.

38 Zu den Zahlen vgl. die Zusammenstellung des Leiters der Sektion Volksgesundheit im Bundesministerium für soziale Verwaltung, K[arl] SCHINDL, Der Kampf gegen die Kinderlähmung geht weiter, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für die Österreichische Sozialversicherung 3 (1964), 106–108, hier 106. Dieselben Angaben finden sich bei KALCHHAUSER, Dokumentation, wie Anm. 20, 85 und Tabelle 10, 113.

39 Vgl. KOLLARITSCH / PAULKE-KORINEK, Poliomyelitis, wie Anm. 29, 25.

40 Vgl. Hans RADL, Zur Epidemiologie, Klinik und Prophylaxe der Poliomyelitis, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 27–36, hier 34.

41 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 73.

42 Vgl. W[erner] ANDERS / C[lément] FLEURY / F[ranz] FRIZA, Die epidemiologische Situation der Poliomyelitis in den Jahren 1962 und 1963 in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweizer Eidgenossenschaft und der Republik Österreich, in: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung 66/3 (1965), 93–99, hier 96.

43 Vgl. Karl-Heinz WOLFF, Der volkswirtschaftliche Schaden der Poliomyelitis, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 79–84, hier 82–83 und KALCHHAUSER, Dokumentation, wie Anm. 20, 110.

epidemien⁴⁴ annehmen konnte. Generell traten die Infektionsgipfel saisonal zwischen Juni und November auf, was auch auf die Vorarlberger Epidemien zutrifft, die das Land in regelmäßiger Folge in den Jahren 1947, 1949, 1953 und 1955 heimsuchten.

1958 – die Poliomyelitis-Epidemie in Vorarlberg

Die Poliomyelitis-Epidemie von 1958 gilt für das damals gut 180.000 Einwohner*innen zählende Bundesland als die schwerste seiner Geschichte. Von den 146 gemeldeten Polioerkrankungen traten 137 epidemisch gehäuft in der Zeit zwischen 9. Juli und 30. November auf. Der Höhepunkt fiel, wie untenstehende Grafik zeigt, in die Monate September und Oktober.⁴⁵ In ganz Vorarlberg verstarben in diesem Jahr mindestens 36 Personen an den Folgen von Polio.⁴⁶ Nach den Berechnungen von Engelbert Radmayr war nahezu ein Viertel der gemeldeten und in der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Valduna aufgenommenen Polio-Patient*innen an den Folgen der Erkrankung verstorben – und das zumeist innerhalb nur weniger Wochen.⁴⁷ In keinem anderen Bundesland gab es in diesem Jahr so viele Polio-Todesfälle. Neben Vorarlberg waren 1958 Niederösterreich (225 Erkrankte/26 Todesfälle), Kärnten (60 Erkrankte/10 Todesfälle) und Wien (86 Erkrankte/13 Todesfälle) betroffen, die anderen Bundesländer kamen dagegen relativ glimpflich davon.⁴⁸

Die Epidemie begann wahrscheinlich schon im Juli im Bezirk Bludenz und breitete sich von dort in Richtung Bregenz und Bregenzer Wald und im September weiter in Richtung Feldkirch und Dornbirn aus. Nahezu 80 Prozent der Erkrankten lebten vor ihrer Zuweisung in die Krankenanstalt in Rankweil in Dörfern und Weilern, der größte Anteil entfiel auf Ortschaften mit einer Einwohnerzahl zwischen 500 und 2.000. Fünzig der erfassten Personen waren nachweislich miteinander verwandt oder standen als Klassenkamerad*innen oder Nachbar*innen in Kontakt zueinander. Innerhalb der hospitalisierten Patientengruppe war das männliche Geschlecht mit 80 zu 66 Personen stärker vertreten, bei den Altersgruppen überwogen erwartungsgemäß die Kinder. Kinder bis zum 3. Lebensjahr stellten über 38 Prozent der gemeldeten Poliokraken (56 Patient*innen), zwölf Prozent der Erkrankten kamen aus der Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen, nahezu 24 Prozent der Patient*innen waren in einem Alter zwischen sieben und 14 Jahren. Ein Viertel (37) der in der Valduna aufgenommenen Polio-Patient*innen waren Jugendliche über 14 Jahren.⁴⁹ Die an die *Bundesstaatliche bakteriologisch-serologische Untersuchungsanstalt* in Wien eingesandten Stuhlproben der Patient*innen ergaben überwie-

44 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 68.

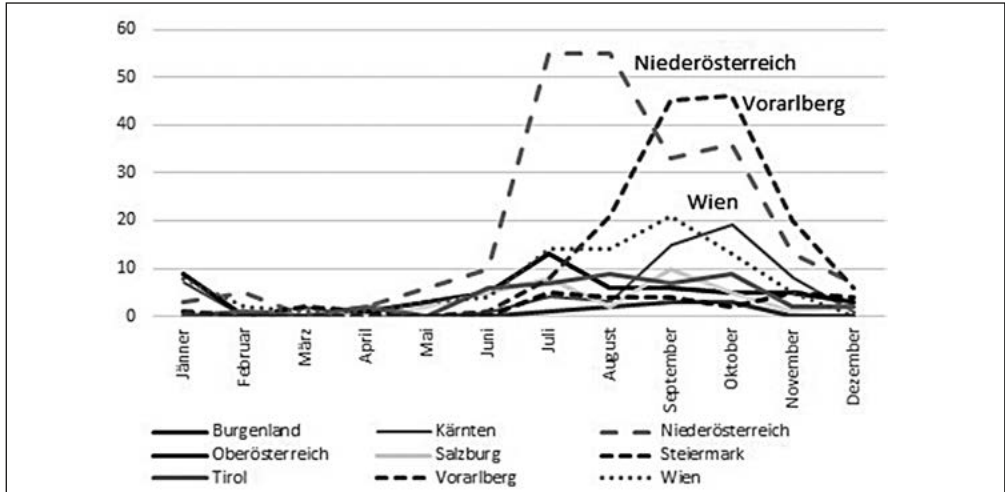
45 Vgl. RADMAYR, Phänomenologie, wie Anm. 13, 59. Vgl. außerdem die in monatlichen Abständen veröffentlichten Tabellen „Übersicht über die im Monat ... 1958 angezeigten Fälle übertragbarer Krankheiten“, in: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung 59 (1958) und 60 (1959).

46 Bei Radmayr werden einmal 37 Todesfälle, und auf derselben Seite 35 Todesfälle angegeben. RADMAYR, Phänomenologie, wie Anm. 13, 59. Ganz allgemein dürfte es im Bereich der Meldungen der Neuinfektionen und Todesfälle immer wieder zu nachträglichen Korrekturen gekommen sein.

47 Ein Drittel der wegen Polioverdachts oder mit Poliodiagnose in der neurologischen Abteilung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Valduna, Rankweil, aufgenommenen Patient*innen, deren Krankenakten überliefert sind, starb innerhalb von zwei Wochen. Grundlage für diese Information bilden 64 Krankenakten des Jahres 1958, die der Psychiater Dr. Thomas Seifert ausgearbeitet hat. Für die Überlassung dieser Informationen sei ihm herzlich gedankt.

48 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 71.

49 Vgl. RADMAYR, Phänomenologie, wie Anm. 13, 63.



Grafik 1: Entwicklung der gemeldeten Neuerkrankungen an Poliomyelitis 1958 nach Bundesländern und Monaten in absoluten Zahlen. Quelle: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung 59/2-12 (1958) und 60/1 (1959), eigene Darstellung

gend den Nachweis des Virustyps I,⁵⁰ allerdings konnte in mehreren Proben kein Erregernachweis erbracht werden. Bei fast allen in der Valduna behandelten Poliopatent*innen waren Lähmungen aufgetreten, in zehn der 64 überlieferten Krankenakten des Jahres 1958 wurde die Behandlung mit der Eisernen Lunge oder mit einem Beatmungsgerät in der Krankenakte festgehalten. Radmayr gab in seinem Beitrag 26 Patient*innen an, die wegen akuter Atembeschwerden mit der Eisernen Lunge beatmet werden mussten.⁵¹ Insgesamt verstarb fast ein Drittel der im Bezirk Bregenz wohnhaft gemeldeten 74 Polioerkrankten und ein Viertel der 31 dem Bezirk Bludenz zugehörig gewesenen Kranken, die meisten von ihnen in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Valduna/Rankweil.⁵² Als Grund für die hohe Letalität vermutete Radmayr den ungewöhnlich hohen Anteil der enzephalitischen Verlaufsform, die als besonders schwere Form der paralytischen Poliomyelitis gilt.⁵³ Der letzte im Bestand der Krankenakten der Landes-Heil- und Pflegeanstalt notierte Polio-Todesfall des Jahres 1958 ereignete sich am 2. Dezember. Ein acht Monate altes Kind hatte sich laut Arztbericht bei seinem wenige Wochen zuvor an Polio erkrankten und verstorbenen Halbbruder angesteckt. Dieser hatte sich bei seiner Arbeit – er entsorgte die Jauche aus den häuslichen Gruben – fäkal infiziert. Die Jauche, mit der der Arbeiter in Kontakt kam, so konnte der behandelnde Arzt Kaspar Simma rekonstruieren, stammte aus drei Haushalten mit gemeldeten Kinderlähmungserkrankungen.⁵⁴

50 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 73. Siehe auch: W[erner] ANDERS / F[rantz] FRIZA / M[einrad] SCHAR, Die epidemiologische Situation der Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Österreich, in: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 62/1 (1961), 1–9, hier 7.

51 Vgl. RADMAYR, Phänomenologie, wie Anm. 13, 67.

52 Vgl. ebd., Tabelle VIII, 63.

53 Vgl. ebd., 68; zur enzephalitischen Verlaufsform siehe: <http://www.gesundheits-lexikon.com/Infektionskrankheiten/Kinderlaehmung-Poliomyelitis/> (letzter Zugriff: 18.08.2021).

54 Vgl. Arztbrief Dr. Simma vom 4.12.1958 an den Hausarzt im Krankenakt des Bestandes der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Rankweil, Nr. 12492/698/58. Vgl. dazu auch die Todesanzeige in den Vorarlberger Nachrichten (10. Oktober 1958), 5: Danksagung.

Die ersten Impfungen in Österreich – das Vakzin von Jonas Salk

Als die Epidemie in Vorarlberg im Juni ihr erstes Todesopfer forderte, hatten Bundesländer wie Wien,⁵⁵ Tirol⁵⁶ oder die Steiermark⁵⁷ bereits mit öffentlichen Impfkationen mit dem Salk-Impfstoff bei mehr als 330.000 unter 15-Jährigen begonnen.⁵⁸ Auch im benachbarten Liechtenstein⁵⁹ und in der Schweiz⁶⁰ waren die ersten Teilimpfungen schon erfolgt. Der verwendete Impfstoff war ein inaktivierter Totimpfstoff (IPV= inactivated polio vaccine), der in drei Teilimpfungen in den Arm gespritzt wurde. Das vom Virologen Jonas Salk (1914–1995) in den USA unter massiver Förderung der von Franklin D. Roosevelt gegründeten *National Foundation for Infantile Paralysis* entwickelte Vakzin wurde 1954 lizenziert und für Massenimpfungen in den Vereinigten Staaten zugelassen.⁶¹ Das sogenannte Cutter-Unglück im April/Mai 1955, bei dem nicht ausreichend geprüfte Salk-Impfstoffchargen aus den amerikanischen Cutter-Werken (Berkeley/Kalifornien) in Umlauf kamen und bei mehr als 200 geimpften Kindern eine Impfpolio auslösten und mehrere Todesfälle verursachten, stoppte die schon angelaufenen Massenimpfungen in den USA. Erst nach Verschärfungen der Testvorschriften konnte die Gesundheitsbehörde das Impfprogramm wieder aufnehmen und sieben Millionen amerikanische Kinder impfen, ohne dass es zu weiteren Zwischenfällen kam.⁶² Auch in der Bundesrepublik Deutschland wurden 1954 Feldversuche mit dem Salk-Vakzin vorbereitet, die Marburger Behring-Werke hatten die Produktion des inaktivierten Polio-Impfstoffes übernommen. Nach erfolgter Impfstoffprüfung durch das Paul-Ehrlich-Institut in Frankfurt am Main begannen im Mai 1955 die Impfungen von 50.000 Kindern,⁶³ vornehmlich in westdeutschen Krankenhäusern. Doch stoppte auch hier ein Zwischenfall⁶⁴ die weitere Entwicklung, die geplanten Impfreiheiten wurden abge sagt.⁶⁵ Der Salk-Impfstoff hatte an Vertrauen eingebüßt. Im Gutachten des deutschen Bundesgesundheitsamtes vom 28. Januar 1956 wurde von Massenimpfungen nun ganz abgeraten,⁶⁶ auch die österreichische Bundesregierung untersagte Massenimpfungen mit dem Salk-Vakzin noch im selben Jahr.⁶⁷

55 Vgl. Vorarlberger Nachrichten (= VN) (12. August 1958), 4: Impfkation gegen Kinderlähmung in Vorarlberg?

56 Vgl. VN (22. August 1958), 1: Kampf der Kinderlähmung (Leitartikel) und VN (22. November 1958), 2: Streiflichter aus aller Welt.

57 Vgl. VN (22. August 1958), 1: Kampf der Kinderlähmung (Leitartikel).

58 Vgl. Othmar LAURENCIC, Organisation und Durchführung der ersten Schutzimpfung in Österreich nach der Methode Salk, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 51–54, 52.

59 Vgl. VN (8. Oktober 1958), 3: Zunehmende Besorgnis wegen Kinderlähmung.

60 Vgl. FANCONI, Kinderlähmung, wie Anm. 33, 48. Dass in der Schweiz bereits 1957 intensiv geimpft wurde, lässt sich am hohen Impfstoffverbrauch ablesen. Vgl. dazu auch: ANDERS / FRIZA / SCHÄR, Situation, wie Anm. 50, 7. In der Schweiz sind nach Angaben der VN bereits 1957 800.000 Personen gegen Kinderlähmung geimpft worden. Vgl. dazu: VN (4. März 1958), 2: Erfolgreiche Impfung gegen die Kinderlähmung, 2.

61 Vgl. LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 15, 228–229.

62 Vgl. dazu besonders Paul A. OFFIT, The Cutter Incident, 50 Years Later, in: *The New England Journal of Medicine* 352 (2005), 1411–1412; DERS., The Cutter Incident, wie Anm. 15; siehe dazu auch LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 15, 228–229.

63 Vgl. die Reportage in *Der Spiegel* (24. April 1957), 28–32: Kinderlähmung – Impfen oder nicht?

64 Bei diesem Zwischenfall handelte es sich um die Erkrankung von zwei Affen nach einem Impfstofftest in den Marburger Behring-Werken. Vgl. dazu LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 15, 241.

65 Vgl. ebd., 241–242.

66 Vgl. ebd.

67 Siehe dazu Tiroler Landesarchiv, Amt der Tiroler Landesregierung 1956, Sanitätsdirektion Vc 495, Zl. 163, zitiert in: HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10, 387.

Aus der Sicht der österreichischen Gesundheitsverwaltung standen in dieser Frühphase aber nicht nur Fragen der Sicherheit und der Wirksamkeit des Vakzins zur Diskussion.⁶⁸ Konsens schien 1956 eigentlich nur darüber bestanden zu haben, dass die Impfung auf Freiwilligkeit zu beruhen habe,⁶⁹ nicht aber darüber, wer die Kosten künftiger Impfprogramme tragen müsse. Wie Hilber entlang der überlieferten Korrespondenz zeigen konnte, entspann sich darüber eine zähe und fast zwei Jahre anhaltende Diskussion zwischen den Bundesländern und dem Bund.⁷⁰ Das Bundesministerium für soziale Verwaltung (BMfsV) blieb auf seiner Position, ausschließlich für die Prüfung der in Frage kommenden Impfstoffe verantwortlich zu sein und Organisation, Durchführung und Finanzierung der öffentlichen Impfungen in die Verantwortung der Länder zu stellen. Lediglich Kostenzuschüsse für „besonders berücksichtigungswürdige Fälle“ im Umfang von rund einer Million Schilling wollte das BMfsV gewähren⁷¹ – ein marginaler Betrag, verglichen mit den 470.000 Schilling, die der Impfstoff allein für die erste Polio-Teilimpfung in Vorarlberg gekostet hat.⁷² Das Argument des Ministeriums, das gegen eine durch den Bund finanzierte Massenimpfung mit dem Salk-Impfstoff ins Treffen geführt wurde, war das fehlende epidemiologische Potenzial des Vakzins. Denn gesichert war nur, dass die Salk-Impfung die Geimpften vor dem Ausbruch der Krankheit und damit vor schweren Verläufen schützte, nicht aber die Übertragung der Infektion auf andere Personen verhindern kann. Damit waren die Voraussetzungen nicht gegeben, die Impfung aus den Bundesmitteln zu bestreiten, die der Staat zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bereithielt.⁷³

Trotz vorübergehender Skepsis in Bezug auf die Sicherheit des Salk-Impfstoffes und der zögerlichen Haltung der Wiener Bundesbehörden war insbesondere unter Ärzt*innen die Zustimmung zum Impfstoff hoch und die private Nachfrage nach Impfdosen groß.⁷⁴ Wie Hilber dargelegt hat, begann bereits im Herbst 1957 die Wiener Firma Gerot-Pharmazeutika Poliomyelitis-Impfstoff aus Belgien zu importieren und in Österreich zu verkaufen.⁷⁵ Ärzt*innen und Eltern wollten offenbar nicht mehr zuwarten. Zu diesem Zeitpunkt hatten Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Dänemark, die Tschechoslowakei, Italien und die Schweiz bereits Massenimpfungen organisiert, teilweise finanziell ganz getragen oder zumindest subventioniert.⁷⁶ An der Haltung der österreichischen Bundesregierung sollte sich auch 1958 nichts ändern, sie ließ die Landeshauptleute im Februar 1958 zwar wissen, dass grundsätzlich keine Bedenken mehr bestünden und öffentliche Reihenimpfungen mit dem Salk-Impfstoff durchgeführt

68 Siehe dazu Franz PÖTSCH, Sicherheitsfaktoren und Impfschäden, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, wie Anm. 12, 45–50, hier 45–46.

69 Vgl. HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10, 388.

70 Vgl. ebd.

71 Vgl. LAURENCIC, Organisation, wie Anm. 58, 52–53.

72 Vgl. VN (15. November 1958), 4: Impfung einziger Schutz gegen Kinderlähmung.

73 Vgl. dazu LAURENCIC, Organisation, wie Anm. 58, 53. Siehe dazu auch den bei HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie 10, 393 zitierten Hinweise in den Sanitätsakten: TLA, Amt der Tiroler Landesregierung 1958, Sanitätsdirektion V c 495, Zl. 228.

74 Vgl. HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10, 387–391.

75 Vgl. ebd., 398.

76 Vgl. zu Westdeutschland die Audiodatei: <https://www.swr.de/swr2/wissen/archivradio/beginn-der-polio-massen-schutzimpfung-1957-100.html> (letzter Zugriff: 19.3.2021); vgl. dazu auch: Der Spiegel (24. April 1957), wie Anm. 65, 28–32. Vgl. auch die Angaben bei ANDERS / FLEURY / FRIZA, Situation, wie Anm. 42, 97; zur BRD und den Niederlanden vgl. LINDNER / BLUME, Vaccine Innovation, wie Anm. 16, 430; zur Schweiz siehe FANCONI, Kinderlähmung, wie Anm. 33, 48, wo auch die anderen genannten Staaten angeführt werden.

werden dürfen, sie stellte aber erneut klar, dass sich der Bund an den Impfkosten nicht beteiligen würde.⁷⁷ Die Länder hatten das politische Kräftemessen mit der Bundesregierung verloren, was Wien, die Steiermark und Tirol aber nicht davon abhielt, umgehend mit der Organisation der öffentlichen Impfkationen der Kinder und Jugendlichen zu beginnen. Oberösterreich und Salzburg folgten mit Abstand.⁷⁸ Schließlich musste auch Vorarlberg Ende September – in der Hochphase der regionalen Epidemie – dem massiven öffentlichen Druck nachgeben und die Durchführung einer öffentlichen Impfkation in Aussicht stellen.

„Schon zu lange warten die Eltern auf eine Schutzimpfung“⁷⁹ – die Medienkampagne der Vorarlberger Nachrichten und die Polio-Epidemie 1958

Als die auflagen- und reichweitenstärkste Tageszeitung Vorarlbergs – die seit September 1945 erscheinenden unabhängigen *Vorarlberger Nachrichten* (= VN) – im August die ersten Artikel zu gemeldeten Kinderlähmungsinfektionen veröffentlichten, war für die Redaktion der Zeitung möglicherweise nicht absehbar, dass die anrollende Epidemie und noch mehr die Bekämpfungspolitik der Vorarlberger Landesbehörde für Monate einen großen Teil ihrer Aufmerksamkeit einnehmen würden. Zwischen August und Dezember 1958 veröffentlichte dieses Medium etwas mehr als 80 Artikel und andere Texte dazu.⁸⁰ Die intensivste Zeit der medialen Befassung fiel mit einer in etwa zweiwöchigen Verzögerung zum epidemischen Verlauf – der Höhepunkt der Epidemie war im September mit 60 gemeldeten Neuinfektionen und 16 Todesfällen erreicht – in den Oktober. 40 Prozent (32) aller Texte (80) wurden allein in diesem turbulenten Monat publiziert, zum Teil erschienen täglich Kurzmitteilungen, Berichte oder Leserbriefe. Diese zeitliche Häufung hat mit der im Oktober aufgekommenen Diskussion über die zu erwartenden Impfkosten und die fehlende budgetäre Bedeckung im laufenden Landeshaushalt zu tun. Hinzu kamen noch zahlreiche Pressemitteilungen von Vorarlberger Gemeinden, die angesichts der schleppenden Vorgangsweise von Seiten des Landes nun beginnend mit Bregenz der Reihe nach ankündigten, die Kosten dem Land vorstrecken zu wollen, wenn nur endlich mit der Durchimpfung der Kinder begonnen würde. Nachdem entschieden war, dass die Kosten der Impfung vorerst von den Gemeinden gestemmt werden sollten und damit der Organisation der Reihenimpfung einschließlich der Bestellung des Impfstoffes nichts mehr im Wege stand, ging die Frequenz der Berichterstattung im November (14 Texte) und Dezember (7 Texte) zurück und erreichte wieder das Niveau der Monate August (11) und September (15).

77 Vgl. HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10, 393.

78 Vgl. ebd., 393–394.

79 Vgl. VN (10. Oktober 1958), 4: Aus der Heimat.

80 Die Artikel sind namentlich nicht gezeichnet. Nach Auskunft der ehemaligen Redaktionssekretärin Irmgard Grabherr kommt als Verfasser der Leitartikel Dr. Franz Ortner in Frage. Die einzelnen Berichte aus den Gemeinden sind laut Grabherr aber von den zahlreichen regionalen Korrespondenten verfasst worden, während die redaktionelle Verantwortung 1958 allein bei DDR. Anton (Toni) Russ gelegen sei. Zu Toni Russ siehe: <https://oecv.at/Biolex/Detail/12100894> (letzter Zugriff: 20.07.2021).

Von der äußeren Form her verteilen sich die Texte auf die Sorten Mitteilung/Kurznachricht (23), Bericht (25), Reportage (9), Kommentar/Anmerkung der Redaktion (3), Presseaussendung (5), Leserbrief (6), Werbeeinschaltung (1), Servicetext (1) und Danksagung/Todesanzeige (7).⁸¹ Letztere waren im Unterschied zu fast allen anderen Textsorten bezahlte Anzeigen, zumeist von Angehörigen. Sie sind durchgehend sehr persönlich gehalten und dürften allein durch den sprachlichen Ausdruck vom Lesepublikum als äußerst beklemmend wahrgenommen worden sein. Überhaupt ist mit Ausnahme der Mitteilungen und Kurznachrichten die Mehrheit der Texte emotional aufgeladen, zum Teil auch pathetisch und moralisierend. Viele Texte, insbesondere die Berichte und Reportagen, haben neben dem nicht unbeträchtlichen Informationsgehalt mahnenden, appellierenden und mitunter auch explizit anklagenden Charakter.

In ihrer Rolle als das dominierende Printmedium des Bundeslandes scheinen die VN sich schon bald als Plattform oder Sprachrohr für die von der Landesregierung nicht wahrgenommenen Bevölkerungsgruppen, insbesondere die Eltern von Betroffenen, verstanden zu haben.⁸² Hatte sich die Redaktion in ihren wenigen Artikeln zur anrollenden Kinderlähmungsepidemie in der ersten Augushälfte (3) noch zurückhaltend, ja fast beruhigend verhalten und die abwartende Linie der Landesregierung mitgetragen, vollzog das Medium Mitte August innerhalb nur weniger Ausgaben einen grundlegenden Kurswechsel. Nach ersten kritischen Leserzuschriften druckte die Zeitung in der Montagsausgabe des 18. August 1958 eine Einschaltung des Vorarlberger Familienverbandes ab, in der Dr. Leopold Bischof (1916–2012), Arzt und Präsident des genannten Verbandes, in einer Mischung aus Information und Anrufung, auf den medizinischen und sozialen Nutzen des „Salk’schen Serums“ hinwies, verbunden mit dem Appell, angesichts der Dringlichkeit des Problems nicht auf die Kosten der Impfung zu schauen, sondern umgehend zu handeln:

„[...] Die Beobachtungen der medizinischen Welt über mehrere Jahre und über viele Millionen Geimpfter sind so, dass die Wirksamkeit des Impfstoffes absolut und sicher gegeben ist [...]. [...] Der Vorarlberger Familienverband fühlt sich deswegen verpflichtet, auf die Dringlichkeit der Schutzimpfung und die gemachten guten Erfahrungen betont hinzuweisen und alle zuständigen Stellen zu bitten, dieser Frage ein besonderes Augenmerk zu schenken und auch, soweit erträglich, finanzielle Opfer nicht zu scheuen. Wenn bis jetzt die Kinderlähmung als eine Geißel Gottes hingenommen werden mußte, wird uns in der Zukunft jeder Todesfall und jede Lähmung eines Menschen durch diese heimtückische Krankheit ein Vorwurf werden.

Vorarlberger Familienverband

Dr. Leopold Bischof.⁸³

Damit hatte der erst 1954 gegründete, aber höchst aktive Interessensverbund ein zwar freundliches und vorsichtig formuliertes, in seiner Aussage aber klares Statement abgegeben. Ob es tatsächlich dieser Text war oder die Tage zuvor in der Redaktion eingelangten „empörte[n]

81 Die Zuordnung zu klar definierten journalistischen Textsorten ist durch die Individualität der Artikel nicht durchgängig möglich. Insbesondere ist eine Unterscheidung zwischen Nachricht, Bericht und Reportage selten eindeutig.

82 Zur Selbstpositionierung der VN als unabhängiges Medium in Vorarlbergs Nachkriegsjahren vgl. Meinrad Pichler, Die Gründerzeit. Ein Gastbeitrag von Meinrad Pichler, in: VN (14. November 2020), 4: 75 Jahre VN Pressefreiheit.

83 VN (18. August 1958), 2: Schutzimpfung gegen Kinderlähmung.

Zuschriften und telephonische[n] Anfragen⁸⁴ von Eltern oder ob es andere, auch persönliche Gründe gab, die den Impuls für die folgende intensive mediale Thematisierung der Epidemie und ihrer Eindämmung setzten, ist schwer zu entscheiden. Vieles spricht dafür, dass private resp. persönliche Motive und Erfahrungen im Bereich der Redaktion eine Rolle spielten.⁸⁵ De facto bezog das Medium vier Tage später, im Leitartikel vom 22. August, deutlich Position und zwar auf der Seite der Eltern und der Kinder: „Mit Recht“, so der Text, würde sich die „Vorarlberger Oeffentlichkeit“ fragen, warum in Anbetracht der gegebenen Impfmöglichkeiten „in der Zeit von 1956 bis heute in unserem Land noch nichts geschehen“ ist. Es seien Fragen an die Landesregierung zu stellen und, so die Ankündigung des Redakteurs, dies würden die VN künftig auch tun.⁸⁶ Tatsächlich sprach die Zeitung die Probleme nun offensiv an, etwa die Frage, ob die Behörden nicht am Ende schon zu lange zugewartet hätten, oder ob die Durchimpfung der besonders gefährdeten Jahrgänge noch dieses Jahr organisiert werden könne oder wie das Land die Kosten der Impfung zu bestreiten gedenke. Neben diesen Fragen ging es aber auch um Grundsätzliches: nämlich die Aufgaben von Medizin und Gesundheitsverwaltung und um das, was die Bevölkerung von ihnen zurecht erwarten dürfe: „Wenn nun die Medizin ihre Pflicht getan und ein Serum gefunden hat, das den Menschen gegen Kinderlähmung schützt, dann sollten wir keine Opfer scheuen, es zum Wohle unserer Jugend und auch der Erwachsenen anzuwenden.“⁸⁷

Bereits Ende August stand die Medienstrategie der VN im Wesentlichen fest und fußte auf vier Säulen:

1. Intensive Informationspolitik durch Veröffentlichung von: Nachrichten aus den Gemeinden, den Bundesländern und dem Ausland zum Verlauf der Polio-Epidemie und dem Fortgang der öffentlichen Impfaktionen; Meldungen über private Impfiniitiven von Vorarlberger Gemeindefürsorgern; Berichten oder Reportagen über neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Poliomyelitidforschung; Berichten über Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffes und schließlich durch Ankündigungen wissenschaftlicher Vorträge.
2. Kritisches Hinterfragen der verordneten/unterlassenen Präventivmaßnahmen im Kontext von Schul- und Schwimmbadschließungen, bei der Auswahl der Impfsjahrgänge oder im Zusammenhang mit den politisch defensiven Äußerungen des Landesrates etwa in Bezug auf die Frage der Zuständigkeit und Verantwortung im Bereich der öffentlichen Gesundheit.⁸⁸
3. Konsequente Adressierung und Indieflichtnahme der Landesbehörde/Landesregierung in der Frage der Organisation, der Frage des Zeitraumes und der Frage der Finanzierung der angekündigten Impfkation.

84 Vgl. VN (16. August 1958), 4: Sehr geehrter Herr Redakteur: Polioschutzimpfung?

85 Tatsächlich haben die damaligen Besitzer des Medienhauses und zugleich (Chef-)Redakteure, Eugen Russ (1877–1962) und sein Sohn Toni Russ (1914–1969) selbst dramatische Erfahrungen mit Kinderlähmung in der engeren Familie gemacht. Ein Kind erkrankte in der Polio-Epidemie von 1952 schwer und entkam nur mit Mühe dem Tod. Zu diesen persönlichen Motiven kommt hinzu, dass Dr. Franz Ortner, Redakteur der Leitartikel, in einem Naheverhältnis zum Götzner Gemeindefürsorger Dr. Bischof stand. Dr. Bischof habe bei den VN auch ein besonders *standing* gehabt und sei einer der ersten Toni-Russ-Preisträger (1974) gewesen. Das außerordentliche Engagement der Zeitung in der Frage der Kinderlähmungsbekämpfung wird vor diesem persönlichen Hintergrund verständlicher. Ich danke für diese Information dem Vorarlberger Zeithistoriker Meinrad Pichler.

86 Vgl. VN (22. August 1958), 1 und 2: Kampf der Kinderlähmung (Leitartikel).

87 Ebd.

88 Vgl. VN (11. Oktober 1958), 1: Zur Kinderlähmung: Landesregierung meldet sich über den OeGB.

4. Mediale Positionierung von politikkritischen Personen und Gruppen durch regelmäßige Veröffentlichung von kritischen Leserbriefen, auch anonymer Provenienz („Ein Vater“⁸⁹, „Ein Opfer der Kinderlähmung“⁹⁰), aber auch in Form redaktioneller Berichte über Versammlungen inklusive der hierbei gestellten medizinischen, präventiv-technischen oder sozialen Forderungen resp. Empfehlungen. Beginnend mit der bereits zitierten Einschaltung des Vorarlberger Familienverbandes im August folgten im September und Oktober der Reihe nach thematisch relevante Medienberichte zum Beispiel über die Herbstversammlung der Schulärzte, über die Sitzung der Vorarlberger Ärztekammer, über die Aktivitäten der Wissenschaftlichen Ärztegesellschaft, über die Sitzung der Landesexekutive des Österreichischen Gewerkschaftsbundes sowie über die Vollversammlung der Vorarlberger Kammer für Arbeiter und Angestellte.⁹¹ Damit hatten sich mit Ausnahme der Bauernvertretung, der Wirtschaftskammer und der Kirche alle politisch maßgeblichen Kräfte zur Frage der Kinderlähmungsepidemie in der VN zu Wort gemeldet.

Im Grunde waren es drei Problembereiche der politischen und administrativen Arbeit der Landesregierung, die im Verlauf der Epidemie immer wieder kritische Medienreaktionen provozierten, i.e. das demonstrierte Amts- bzw. Politikverständnis, die geringe Sach- und Problemlösungskompetenz und die unprofessionelle Krisenkommunikation. Unabhängig davon aber, wer was in den einzelnen Medientexten konkret gerade anprangerte, in der Sache selbst ging es immer um das eine: die Impfung. Die sofortige Organisation einer möglichst viele Jahrgänge einbeziehenden öffentlichen Impfkaktion einschließlich der Bereitstellung der erforderlichen Mittel aus dem Landesbudget, das war die zentrale Botschaft an die Politik. Angesprochen waren die Landesregierung in Person des Landeshauptmannes Ulrich Ilg (ÖVP, 1905–1986) und der zuständige Landesrat für Soziale Verwaltung, Fürsorge und Gesundheitswesen, Josef Schoder (SPÖ, 1900–1986).⁹²

Das Problem der unterschiedlichen Vorstellungen, was die Aufgabe der Politik sei und wofür sie Verantwortung zu tragen habe, kam in mehreren Zusammenhängen zur Sprache. Gleich in ihrem ersten Leitartikel vom 22. August positionierte sich die Redaktion dahingehend, dass es Ziel jeder „medizinischen Behörde“ sein müsse, die „Bevölkerung vor den Gefahren der verschiedenen Infektionskrankheiten zu bewahren.“⁹³ Bei ihr läge die Verantwortung. Doch dies schien keine Selbstverständlichkeit zu sein, die zitierte Verantwortung wollte der Landeshauptmann zumindest nicht allein tragen. In einer Presseaussendung hielt er dazu fest, dass die „Sorge um Gesunderhaltung der einzelnen Familien [...] auch eine Angelegenheit [sei], um die sich jeder einzelne selber zu kümmern [habe]“.⁹⁴ Diese Aussage dürfte bei den Leser*innen ziemliche Empörung ausgelöst haben, was angesichts der kurz zuvor gemeldeten 90 Erkrankungen und 20 Todesfälle auch begreiflich ist. Der Kommentar der VN war dementsprechend scharf.

89 Vgl. VN (4. Oktober 1958), 3: Vorbeugung gegen Kinderlähmung.

90 VN (6. September 1958), 8: Der Blick der Frau.

91 Vgl. VN (27. September 1958), 3: Schulärzte befassen sich mit Kinderlähmung; VN (11. Oktober 1958), 1: Zur Kinderlähmung: Landesregierung meldet sich über den OeGB und VN (21. Oktober 1958), 4: Vollversammlung der Arbeiterkammer.

92 Biographische Daten erfasst unter:

[http://suche.vorarlberg.at/vlr/vlr_gov.nsf/0/4C86B9FD4677157DC12578960046673E/\\$FILE/fromDocFile-D4F063E4B799D77EC1257892004EBBA4.pdf](http://suche.vorarlberg.at/vlr/vlr_gov.nsf/0/4C86B9FD4677157DC12578960046673E/$FILE/fromDocFile-D4F063E4B799D77EC1257892004EBBA4.pdf) (letzter Zugriff: 10.01.2020).

93 VN (22. August 1958), 1 und 2: Kampf der Kinderlähmung (Leitartikel).

94 VN (4. Oktober 1958), 3: Vorbeugung gegen Kinderlähmung.

Er verwies auf das große Engagement der Sanitätsbehörde immer dann, wenn die Eindämmung von Viehseuchen Geldmittel erfordere, während sie nun bei der Frage der Gesundheit der Bevölkerung, die Verantwortung am liebsten von sich schieben würde:

„Gerade der amtliche Stoß auf die Eltern, sie sollen selbst Verantwortung für gesunde Kinder tragen, weist den Blick auf folgende Tatsache: Wenn Maul- und Klauenseuche nur in Landesgrenze ist, erläßt man, ohne Private zu befragen, sehr strenge Massnahmen. Ausserdem werden Impfungen im Stall rigoros frühzeitig, obligatorisch und kostenlos durchgeführt. Es ist wohl kaum anzunehmen, dass es der Auffassung der Bevölkerung entspricht, es solle die Volksgesundheit dem Zufall und die Gesundheit im Stall dem Land anheimgestellt werden.“⁹⁵

Auch wenn der polemische Vergleich mit den jährlich zentral organisierten Bekämpfungsmaßnahmen gegen Tierseuchen hinkte, und nicht nur das Potenzial hatte, die Bauern und den Landeshauptmann zu ärgern, legte er offen, wofür in den 1950er Jahren das Land Ressourcen bereitstellte und wofür nicht. So hatte Vorarlberg allein für die Eindämmung der Rindertuberkulose und der Bang'schen Krankheit für das Jahr 1958 einen Betrag von 900.000.- Schilling im Landesbudget präliminiert. Etwas mehr als die Hälfte davon hätte ausgereicht, die erste und zweite Teilimpfung gegen die Kinderlähmung zu finanzieren.⁹⁶

Das zweite viel thematisierte Problemfeld betraf das Krisenmanagement des Landes, das mit zunehmendem Fortgang der Epidemie als uninformiert und passiv kritisiert wurde. Mehrmals ging es um in einzelnen Gemeinden geforderte Schulschließungen, deren behördliche Anordnung als zu wenig konsequent beurteilt wurde. Hauptstoßrichtung war aber auch hier wieder die Frage, ob die zuständigen politischen Vertreter die Bedrohung durch die Epidemie richtig eingeschätzt oder ob sie es verabsäumt haben, die im Kern wichtigste präventive Maßnahme, nämlich die Schutzimpfung, zu organisieren. Schon Anfang September konnte das Publikum einen Leserbrief eines Betroffenen lesen, der kaum deutlicher hätte sein können:

„Allerdings hätte gegen die Katastrophe vorgebeugt werden können, wenn die Kinder rechtzeitig einer Schutzimpfung unterzogen worden wären. Leider wurden von den verantwortlichen Stellen die entsprechenden Maßnahmen nicht getroffen, sodaß sehr wahrscheinlich wieder viele Kinder und Jugendliche schwere körperliche Schäden davontragen und daher zeitlebens elend bleiben oder gar sterben müssen [...].

Ein Opfer der Seuche“⁹⁷

Dass der Schreiber mit seiner Befürchtung recht behalten sollte, wurde für die Leser*innen spätestens Mitte November zur endgültigen Gewissheit. Viel zu lange habe man, auf überholtem Wissen bauend, mit der Impfkation zugewartet, heißt es dort, und, dass „[...] im Land

95 VN (7. Oktober 1958), 4: Sehr geehrter Herr Redakteur (Leserbrief).

96 Für die bestellten 30 Liter amerikanischen Serums bezahlte die Landesregierung dann Mitte November rund 500.000 Schilling. Vgl. VN (12. November 1958), 2: Kinderlähmungsexperte für sofortige Impfung.

97 VN (5. September 1958), 8: Blick der Frau.

Vorarlberg bezüglich der Bekämpfung der Kinderlähmung viel versäumt⁹⁸ worden sei. Diese Einschätzung stammte aus berufenem Munde, es war der Schweizer Pädiater und Impffachexperte Prof. Dr. Guido Fanconi (1892–1979),⁹⁹ der auf Einladung der (Vorarlberger) Gesellschaft der Ärzte diese Expertise vor einem großen Fachpublikum sowie vor Vertretern der Landesbehörde abgab. Die VN berichteten ausführlich darüber. So war es Fanconi gewesen, der die Empfehlung, man solle nicht in eine Epidemie „hinein impfen“, in seinem Vortrag als überholt bezeichnete und der die sofortige Aufnahme der Impfkation in Vorarlberg nahelegte. Für einige der anwesenden Ärzte dürfte der Vortrag des Experten nicht nur Erkenntnis, sondern auch die ersehnte Bestätigung geliefert haben, die Verabreichung der privat zu bezahlenden Salk-Impfungen in ihren Ordinationen fortzusetzen,¹⁰⁰ wenn damit auch nur Kinder profitierten, deren Eltern für die Kosten in der Höhe von 150.- bis 180.- Schilling aufkommen konnten.¹⁰¹ Kritische Kommentare zum Krisenmanagement des Landes sollte es dann noch einmal geben, und zwar im Zusammenhang mit neuerlichen Verzögerungen des Starts der Impfkation Ende November.¹⁰²

Schlechtes Krisenmanagement und unprofessionelle Kommunikation gehen bekanntlich oft Hand in Hand. Insbesondere in der Frühphase der Epidemie war diesbezüglich einiges schiefgegangen. „Wer hat überhaupt in Vorarlberg zuerst die Eltern auf die Kinderlähmung aufmerksam gemacht, die zuständige Behörde oder eine Zeitung?“¹⁰³, fragte da etwa der Redakteur in einem Leitartikel, der als Replik auf die von der Landesregierung geübte Kritik an der Berichterstattung Anfang Oktober erschien. Tatsächlich gingen die politischen Vertreter spät an die Öffentlichkeit. Landesrat Schoder wagte sich erstmals am 8. September mit einem offiziellen Situationsbericht vor die regionale Presse. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits 33 Polio-Erkrankungen in 17 Vorarlberger Gemeinden und acht Todesfälle gemeldet worden.¹⁰⁴ Auch der Landeshauptmann äußerte sich – aus heutiger Sicht undenkbar – zu dieser Causa mit Datum 13. Oktober sehr spät und zudem nicht in einem dafür vorgesehenen Format, sondern im Rahmen einer internen Zusammenkunft des Landesbeirats der Vorarlberger ÖVP. Abgesehen davon, dass diese Form der politischen Kommunikation die Interpretation nahelegt, der Landeshauptmann habe die Dringlichkeit der Causa immer noch nicht erkannt, diese ignoriert oder gar gemeint, in erster Linie der Partei und erst danach der Vorarlberger Bevölkerung Rede und Antwort stehen zu müssen, sind seine Ausführungen insofern interessant, als er in dieser Wortmeldung die Erklärung dafür lieferte, warum für die Finanzierung der öffentlichen Impfkation kein Beitrag aus dem Landestopf zu erwarten sei.¹⁰⁵

98 VN (15. November 1958), 4: Impfung einziger Schutz gegen Kinderlähmung.

99 Biographische Details zu Fanconi in: Historisches Lexikon der Schweiz, online unter: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/014352/2020-01-13/> (letzter Zugriff: 23.02.2020).

100 Vgl. VN (9. Oktober 1958), 3 und 10. Oktober 1958, 4: Aus der Heimat.

101 Vgl. VN (24. Oktober 1958), 2: Aus der Heimat.

102 Vgl. VN (17. November 1958), 2: Aus der Heimat.

103 VN (11. Oktober 1958), 1: Zur Kinderlähmung: Landesregierung meldet sich über den OeGB (Leitartikel).

104 Vgl. VN (8. September 1958), 3: Aus der Heimat.

105 Vgl. VN (13. Oktober 1958), 4: Nur 100.000 S waren für die Impfkation vorgesehen.

„Habe ich ohne Not nach dem Staat gerufen?“¹⁰⁶ – die Finanzierung der Impfkation

Nachdem die Landesregierung dem öffentlichen Druck nachgegeben und in der Ausgabe der VN vom 20. September 1958 die Organisation einer noch im Herbst anlaufenden Impfkation ankündigte,¹⁰⁷ blieb nur mehr die leidige Frage der Finanzierung. Wie schon erläutert wurde, hatte der Bund die Zuständigkeit dafür schon 1956 an die Länder weitergegeben. Das Land Vorarlberg aber lehnte es ab, die Kosten der Impfung zu tragen oder diese zu subventionieren. Der Hintergrund dazu war, dass die Landesregierung es im Verlauf des Jahres nicht geschafft hatte, den Rechnungsabschluss für 1957 rechtzeitig vorzulegen und die Budgetmittel für die eigentlich für das Frühjahr 1958 geplante Impfung ressortmäßig zu binden. So konnte die versprochene Impfung auch nicht bezuschusst werden, obwohl, wie sich später herausstellte, aus dem Landesbudget 1957 ein Überschuss von mehr als 3 Millionen Schilling verblieben war.¹⁰⁸ Bis in den Oktober hinein hing die Umsetzung der Herbstimpfkation an einem seidenen Faden. Was hinter den Kulissen passierte, ob in den Büros der Landesregierung Lösungsvorschläge diskutiert wurden, ob die Gemeinden in dieser verfahrenen Situation in die Gespräche eingebunden waren, lässt sich auf Grund der schlechten Aktenlage nicht beantworten. Für Beobachter*innen mag es dann eine Überraschung gewesen sein, als am 17. Oktober die Landeshauptstadt Bregenz bekannt gab, dem Land die für Bregenz anfallenden Impfkosten vorzuschießen. Als wäre ein Damm gebrochen, zog nun Gemeinde um Gemeinde nach und folgte dem Beispiel der Landeshauptstadt.¹⁰⁹ Dass die finanziell wesentlich schlechter ausgestatteten Kommunen für das Land in die Presche sprangen, wurde begrüßt und gleichzeitig als Blamage für die Landesregierung gesehen.¹¹⁰ Vier Tage danach lenkte das Land dann endlich ein und versicherte, den von den Gemeinden geleisteten Kostenanteil nun doch selbst übernehmen zu wollen und auch das nötige Impferum – 30 Liter – zu bestellen.¹¹¹

Nach Eintreffen und erfolgter Prüfung des amerikanischen Impfstoffes der Firma Parke-Davis aus Detroit¹¹² begannen etwa zwei Wochen später – Ende November – die gemeindeweiten Impfungen, zuerst der Schüler*innen und Kleinkinder. Allein in Bregenz wurden bei

106 VN (2. Jänner 1958), 3: Aus der Heimat. Landeshauptmann von Vorarlberg, Ulrich Ilg in seiner Neujahrsansprache 1958, in der er mahnte, dass die Begehrlichkeiten von allen Seiten zunehmen würden.

107 Vgl. VN (20. September 1958), 4: Freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung.

108 Die Landesregierung hatte 1957 einen Landeszuschuss in der Höhe von 100.000 Schilling vorgesehen, das Geld im Frühjahr aber wegen des fehlenden Rechnungsabschlusses nicht bereitstellen können. Vgl. VN (13. Oktober 1958), 4: Nur 100.000 S waren für die Impfkation vorgesehen. Letztendlich wurden für die ersten beiden Teilimpfungen rund 300.000 Schilling benötigt.

109 Vgl. die Ausgaben der VN (17.–25. Oktober 1958).

110 Das Vorgehen des Landes in der Epidemie von 1958 veranlasste 1964 eine Gruppe von Vorarlberger Ärzten unter der Leitung von Dr. Leopold Bischof und Dr. Hermann Girardi (1925–2017) zur Gründung des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin (AKS Gesundheit GmbH). Der Verein besteht bis heute und ist höchst aktiv. Siehe dazu die Homepage des Vereins, online unter: <https://www.aks.or.at/ueber-aks/die-geschichte-der-aks-gesundheit/> (letzter Zugriff: 27.10.2020).

111 Vgl. VN (29. Oktober 1958), 3: Beschluss der Landesregierung vom 21. Oktober 1958 und VN (12. November 1958), 2: Kinderlähmungs-Experte für sofortige Impfung. Tatsächlich kamen 40 Liter Impfstoff an, für den rund eine halbe Million Schilling zu bezahlen war.

112 Vgl. VN (15. November 1958), 4: Impfung einziger Schutz gegen Kinderlähmung.

der ersten Teilimpfung 2.876 Schul- und 951 Kleinkinder geimpft.¹¹³ Zu Ende des Jahres sollen laut VN 70 Prozent der Klein- und Schulkinder Vorarlbergs auch schon die zweite Teilimpfung erhalten haben.¹¹⁴ Für die dritte Teilimpfung im Jänner 1959 standen 39.519 Kleinkinder und Schüler*innen auf den Anmelde Listen.¹¹⁵ Der Selbstkostenanteil betrug für Minderjährige 10 Schilling pro Injektion, für Erwachsene wurden 15 Schilling eingehoben. Eine Altersbeschränkung gab es nicht – jede und jeder konnte sich impfen lassen, in besonders berücksichtigungswerten Fällen wurden die Kosten erlassen.¹¹⁶ Bereits ein Jahr später gingen die durch Kinderlähmung verursachten Erkrankungs- und Todesfälle spürbar zurück.¹¹⁷ Die Durchimpfungsrate war mit Jahresbeginn 1961 je nach Bundesland unterschiedlich, in Summe aber noch zu gering. Nur knapp 14 Prozent der Gesamtbevölkerung und 41 Prozent der besonders gefährdeten Gruppe der Kinder und Jugendlichen waren zu diesem Zeitpunkt ausreichend geschützt. Das in drei Injektionen zu verabreichende Salk'sche Vakzin (IPV) konnte auch nicht verhindern, dass der Erreger weitergetragen wurde, weshalb die Regierung 1961 dem neuen und oral einzunehmenden Vakzin den Vorzug gab.¹¹⁸ Die bisherige Form der Impfung mit inaktivierten Polioviren wurde mit der Einführung der oralen Impfung (OPV) nach Albert Sabin ab Herbst 1961 nur mehr von einzelnen Privatärzten durchgeführt.¹¹⁹ Anders als die Salk-Impfung war die auf Basis eines dafür eigens geschaffenen Bundesgesetzes¹²⁰ organisierte, öffentliche und freiwillige Polio-Schluckimpfung für alle Personen bis zum 21. Lebensjahr kostenlos.¹²¹ Zwischen 1961 und 1963 wurden 2,5 Millionen Menschen und 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Österreich mittels oraler Schluckimpfung gegen Kinderlähmung geimpft.¹²² Erst danach gingen die Erkrankungs- und Todesraten nachhaltig zurück.

113 Vgl. VN (6. Dezember 1958), 3: Aus der Heimat.

114 Nach Angaben von ANDERS / FRIZA / SCHÄR, Situation, wie Anm. 50, 7 hatten im Herbst 1958 in Vorarlberg 39.541 die erste Teilimpfung und 35.236 die zweite Teilimpfung erhalten, ergibt zusammen 43.077 Injektionen. Der Kostenbeitrag pro Injektion betrug 10 Schilling. Die Kosten für das Serum beliefen sich auf rund 500.000 Schilling.

115 Vgl. VN (15. Jänner 1959), 3: Fortsetzung der Kinderlähmungsimpfung.

116 Vgl. ebd.

117 Vgl. LAURENCIC, Organisation, wie Anm. 58, 54.

118 Vgl. FRIZA, Situation, wie Anm. 33, 74. Mehr Details zu den Schluckimpfungsaktionen in Österreich bei HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 10.

119 Vgl. ANDERS / FLEURY / FRIZA, Situation, wie Anm. 42, 97.

120 Vgl. Bundesgesetz vom 28.11.1960, BGBl. Nr. 244.

121 Vgl. Richard HAVLASEK, Die rechtlichen Grundlagen der Schutzimpfung gegen übertragbare Kinderlähmung: in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, Hg., wie Anm. 12, 19–25, hier 22.

122 Vgl. FRIZA, Poliomyelitisimpfung, wie Anm. 26, 17.

Der Vorarlberger Impfdiskurs: seine Akteure und seine Bedeutung für eine Impfgeschichte des 20. Jahrhunderts

Im Prinzip waren es zwei Monate – der September und der Oktober 1958 – in denen die Impffrage in Vorarlberg politisch verhandelt wurde. Es sind insbesondere zwei Aspekte, die die vorliegende Mikrostudie für die allgemeine Impfgeschichte interessant machen können. Der erste Aspekt bezieht sich auf die Rolle von Einzelakteuren bzw. Akteurskonstellationen in Impfdiskursen, der zweite Aspekt fokussiert die Frage der historischen Einordnung bürgerlicher Impfinitiativen in eine Impfgeschichte des 20. Jahrhunderts.

Zu Beginn dieses Beitrages wurde die These aufgestellt, dass die VN maßgeblich zur Änderung der Position der Landesregierung bezüglich der Salk-Impfung beigetragen haben, die in der Folge dem aufgebauten öffentlichen Druck nachgab und ihre Haltung im Sinne bürgerlicher Interessensgruppen änderte. Zunächst konnte gezeigt werden, dass die VN als wichtigstes unabhängiges Pressemedium der Berichterstattung zur grassierenden Kinderlähmungsepidemie hohe Priorität beimaß. Die Tageszeitung berichtete wesentlich häufiger und ausführlicher über Verlauf und Möglichkeiten der Bekämpfung als die weniger einflussreiche (und 1972 aufgelassene) ÖVP-Zeitung, das *Vorarlberger Volksblatt*. Die VN machten die Epidemie zum Thema und den Umgang der Politik mit der Epidemie zum öffentlich wahrgenommenen Problem. Diese Thematisierung¹²³ ist in etwa ab der dritten Augustwoche 1958 zu beobachten. Man kann dieses Zum-Thema-machen durchaus als eine Form von „Agenda-Setting“¹²⁴ verstehen bzw. bewerten, das den beteiligten Interessensgruppen (den Eltern von erkrankten oder verstorbenen Kindern, dem Vorarlberger Familienverband, den Ärzt*innen, den Gewerkschaftern und „Experten“) dazu verhalf, ihre Forderung regelmäßig und prominent zu positionieren. Die Rahmung („Framing“¹²⁵) des Themas in den VN war häufig, aber nicht immer, eine moralisierende, emotionalisierende und kontrastierende. Dass die Büros der Landesregierung die Berichterstattung der VN genauestens verfolgten, kann an ihren Reaktionen abgelesen werden, die nicht nur einmal das Medium direkt angriffen.¹²⁶ Das heißt, die VN wurden von der Landesregierung als relevante Einflussgröße, als Medium und Akteur im Prozess der öffentlichen Meinungsbildung wahrgenommen, nicht aber – oder nur am Rande – als ein „Handlungsfeld für Immunität“¹²⁷ gesehen, das sie, die Politik, für ihre eigenen Botschaften hätte nutzen können. Die VN fungierten im konkreten Fall nicht als Vermittlungsorgan für politische oder behördliche Mittei-

123 Zu den Funktionen und Aufgaben öffentlicher (Massen-)Medien wie der „Thematisierungsfunktion“ vgl. u.a. Winfried SCHULZ, Politische Kommunikation. Theoretische Ansätze und Ergebnisse empirischer Forschung, zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (Wiesbaden 2008), 323–339.

124 Dieser aus der Kommunikations- und Politikwissenschaft entlehnte Begriff meint die Funktion der Massenmedien, in der öffentlichen Diskussion selbst Themen zu setzen bzw. zu positionieren und damit eine „Agenda“ zu erzeugen. Zur Agenda-Setting-Theorie vgl. zusammenfassend: Patrick RÖSSLER, Agenda-Setting. Theoretische Annahmen und empirische Evidenzen einer Medienwirkungshypothese (Opladen 1997) und Marcus MAURER, Agenda-Setting (Baden-Baden 2010). Zu den Anwendungsbereichen der Agenda-Setting-Theorie in der Medienwirkungsforschung vgl. Nayla FAWZI, Chronisten, Agenda-Setter oder Politikmacher. Der Einfluss der Medien im politischen Prozess, in: Zeitschrift für Politik 61/4 (2014), 437–460, hier auf 443.

125 Jörg MATTHES, Framing-Effekte. Zum Einfluss der Politikberichterstattung auf die Einstellungen der Rezipienten (München 2007), zit. nach: FAWZI, Chronisten, ebd.

126 Zum Beispiel VN (11. Oktober 1958), I: Zur Kinderlähmung: Landesregierung meldet sich über den OeGB (Leitartikel).

127 THIESSEN, Immunisierte Gesellschaft, wie Anm. 1, 39.

lungen,¹²⁸ sondern als eine Art Forum bzw. Sprachrohr zur Positionierung bürgerlicher Beschwerden, Fragen und Forderungen. Sie stellte Öffentlichkeit her und gab den Forderungen der Impfbefürworter Raum und Nachdruck. Ob es am Ende tatsächlich dieser über Monate erzeugte mediale Druck war, der zum Einlenken der Landesregierung führte und ob damit ein linearer bzw. direkter Wirkzusammenhang zwischen Medienkampagne und politischem Handeln angenommen werden kann, muss aufgrund fehlender Quellen allerdings offenbleiben. Von der Vorarlberger Zeitgeschichtsforschung werden die VN in mehreren Kontexten einhellig als maßgebliche Größe in politischen Meinungsbildungs- und Aushandlungsprozessen eingeschätzt.¹²⁹ Abgesehen von der spezifischen Rolle der VN in der konkreten Konstellation zeigt das Beispiel auch auf, dass die Bedeutung der Medien in der Kommunikation und Positionierung von Gesundheitsthemen in der Geschichte (und Gegenwart) des Impfens nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, auch wenn der Nachweis dieser These im Einzelfall nicht immer glücken mag.

Neben der Rolle und Relevanz der VN wurde im Beitrag auch der Stellenwert der Gemeinden, vorangestellt die Vorreiterrolle der Landeshauptstadt Bregenz, aber auch das sozialpolitische Engagement einer beachtlichen Anzahl von Bürger*innen herausgestrichen. Ohne sich abzusprechen oder als geschlossene Interessensgruppe aufzutreten, gelang es diesen Personen(gruppen) und (temporären) Verbänden, die Durchführung der mit großer Hoffnung verbundenen Salk-Impfung zu erwirken. Das war nicht nur gesundheits- und demokratiepolitisch ein Erfolg, sondern auch in Bezug auf das eigene Arbeiten (der in dieser Sache engagierten Ärzte) und Hoffen (der betroffenen oder besorgten Eltern) von Bedeutung. An vorderster Linie dieser aktiven Gruppe aus Ärzten und Angehörigen von Betroffenen stand der 1954 gegründete Vorarlberger Familienverband mit seinem Präsidenten, dem Götzner Gemeindevorsteher (und späterem Gründer des Arbeitskreises für Vorsorge- und Sozialmedizin und Präsidenten der Vorarlberger Ärztekammer) Dr. Leopold Bischof. Dieser Interessensverband veröffentlichte am 18. August 1958 seine erste Einschaltung mit der dezidierten Forderung nach sofortiger Durchführung einer öffentlichen Massenimpfung. Vier Tage später, am 22. August, reagierte die Landesregierung dann in Form einer Pressemitteilung. Neben einem recht ausführlichen Zustandsbericht sollte nun erklärt werden, warum Vorarlberg keine Impfkampagne durchzuführen gedenke.¹³⁰ Wenn die gegebenen Antworten den Vorarlberger Familienverband auch nicht befriedigen konnten, so hatte der Artikel zumindest eine erste Reaktion der Politik provoziert. Zum ersten Mal schien sich der zuständige Landesrat, wenn auch erst nach einer dringlichen Nachfrage

128 Vgl. zur Funktion von Medien, insbesondere Printmedien im Kontext von Impfungen THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft*, wie Anm. 1, 40.

129 Die besondere Rolle der VN im politisch-gesellschaftlichen Diskurs in Vorarlberg wurde bereits von mehreren Vorarlberger Zeithistorikern herausgestrichen. Harald Dunajtschik etwa wies auf die aktive Rolle der VN in der sogenannten Fußbach-Affäre hin. Vgl. Harald DUNAJTSCHIK, *Volksaufstand wegen Schiffstau*. Die Fußbach-Affäre 1964, in: Michael Gehler / Hubert Sickinger, Hg., *Politische Affären und Skandale in Österreich. Von Mayerling bis Waldheim* (Wien 1995), 455–485. Ähnliche Einschätzungen der politischen Bedeutung des Mediums auch bei Leo HAFFNER, *Kultur und Religion als Machtfaktor. Ein Beitrag zur Ideologieggeschichte Vorarlbergs*, in: Franz Mathis / Wolfgang Weber, Hg., *Vorarlberg. Zwischen Fußbach und Flint, Alemannentum und Weltoffenheit* (= *Geschichte der österreichischen Bundesländer seit 1945*, Wien–Köln–Weimar 2000), 346–408, hier besonders 391–393 und bei Meinrad PICHLER, *Das Land Vorarlberg 1861 bis 2015* (= *Geschichte Vorarlbergs* 3, Innsbruck 2015), 328.

130 Vgl. VN (22. August 1958), 5: Pressestelle der Landesregierung: *Kinderlähmung in Vorarlberg*.

der VN, zur Rechtfertigung seines Handelns veranlasst. Ob diese Intervention den Entschluss der Landesregierung anstieß oder reifen ließ, entgegen der eigenen Absicht und Ankündigung doch über eine Impfkation nachzudenken, ist eher zu verneinen. Ohne Zweifel war der Vorarlberger Familienverband schon damals eine respektable Interessensgruppe, die im September medial angekündigte Impfkation erfolgte aber nicht so zeitnah, als dass eine direkte Wirkung angenommen werden müsste.¹³¹ Der Einfluss des Verbandes dürfte vielmehr ein indirekter gewesen sein, indem besagter Artikel vom 18. August die VN zur Medienkampagne motivierte. Das persönliche Naheverhältnis zwischen dem Präsidenten des Familienverbandes und dem späteren Chefredakteur Franz Ortner dürfte hier entscheidend gewesen sein.

Wie im Beitrag erläutert wurde, war mit dem Einlenken der Landesregierung und der Ankündigung der Massenimpfung am 19. September die Sache aber noch nicht gewonnen. Es ging um die Finanzierung, die das Land nicht übernehmen wollte und aus Gründen der Budgetgebarung auch nicht konnte. Wie geschildert wurde, preschte in dieser Situation die Landeshauptstadt Bregenz vor und bot an, die Impfkosten für die eigenen Gemeindeangehörigen dem Land vorzuschießen. Zahlreiche Gemeinden folgten diesem Vorbild, was die Landesregierung unter Zugzwang brachte. Wenn der Einfluss der Gemeinden auf die Frage der Durchführung der Impfungen beurteilt werden soll, ist die Quellenlage eindeutig. Sie legt nahe, dass die Kommunen die (späte) Entscheidung der Landesregierung, eine öffentliche Impfkampagne auszurollen, zwar nicht unmittelbar erwirkt, in der Folge aber deren effektive Realisierung ermöglicht haben. Das war ein Kraftakt der zumeist chronisch unterfinanzierten Gemeinden, der verdeutlicht, wie groß ihr Interesse war, die Epidemie in den Griff zu bekommen. Es legt aber auch offen, wie eng der sprichwörtliche Gürtel von der Landesregierung für Gesundheitsausgaben unter Landeshauptmann Ulrich Ilg angezogen war und auch, wo die Prioritäten der Landespolitik der späten 1950er Jahre lagen.¹³² Für den damaligen Vorarlberger Landeshauptmann war die Frage, wer in der Epidemie wofür die Verantwortung übernehmen soll, noch nicht entschieden. Die Souveränität und „Eigenverantwortung“ der Familien waren in seinem patriarchalen Politikverständnis klare Größen.¹³³ Somit kann das Beispiel Vorarlberg auch dazu dienen, über die unterschiedlichen *policies* in der Gesundheitsverwaltung und Vorsorge der damaligen österreichischen Bundesländer nachzudenken und damit zusammenhängend auch eine Diskussion um die Bedeutung föderaler Strukturen im Gesundheitsbereich anzustoßen. Es kann aber auch dafür stehen, die Bedeutung effizienter Strukturen und Verwaltungsabläufe für eine erfolgversprechende Epidemiebekämpfung hervorzuheben. Denn es ist schon erstaunlich und aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar, dass und wie ein Versäumnis in der politischen Arbeit bzw. ein budgettechnischer Fehler, im konkreten Fall die fehlende Absegnung des Budgetabschlusses des Vorjahres einschließlich der Vorschau, ein Land derartig blockieren kann.

131 Das erste Mal wurde am 8. September 1958 über eine mögliche Durchführung der Impfung noch im laufenden Jahr berichtet, vgl. VN (8. September 1958), 3: Aus der Heimat. Am 20. September 1958 erfolgte dann der erste mediale Aufruf, die Kinder zur Impfung anzumelden, vgl. VN (20. September 1958), 4: Freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung.

132 Die Sparsamkeit unter Landeshauptmann Ilg zeigt sich auch im Umstand, dass Vorarlberg sich den anfallenden Einfuhrzoll von der amerikanischen Lieferfirma Parke-Davis bezahlen ließ, vgl. VN (15. November 1958), 4: Impfung einziger Schutz gegen Kinderlähmung.

133 In der Historiografie wird die Regierungszeit Ulrich Ilgs nach einem Zitat von Bundeskanzler Julius Raab als „Demokratie“ bezeichnet, womit auf den außerordentlich autoritären Regierungsstil des langjährigen Landeshauptmanns angespielt wird. Vgl. dazu PICHLER, Vorarlberg, wie Anm. 129, 323.

Das Beispiel der Vorarlberger Kinderlähmungsepidemie bietet aber noch andere, etwa die Geschichte bürgerlicher Emanzipation betreffende Dimensionen zur Diskussion an, die jenseits des konkreten historischen Beispiels interessant sind oder sein können – und dies ist der zweite Aspekt. Wie in der Einleitung angesprochen wurde, wird seit den Anfängen der Impfgeschichte diese als ein Spannungsgeladener und konfliktreicher, in jedem Fall aber höchst sensibler Aushandlungsbereich oder -prozess zwischen dem modernen, für- und vorsorglichen Staat und dem bedrohten und nach Sicherheit strebenden Individuum der (Post-)Moderne dargestellt. Die Impfprogramme des Staates werden in der Regel, wenn die Position der Akteure dergestalt konfiguriert und festgelegt ist, als Durchsetzungsakt staatlicher Autorität gegenüber den Interessen von Einzelindividuen gedeutet, was vielfältige Reaktionen, häufig aber Kritik und Widerstand auf Seiten der Bürger*innen provoziert. Diese Reaktionen werden in der historischen Forschung dann zumeist als emanzipatorische Akte, als widerständiges Verhalten gegenüber einem autoritativen übergriffigen Staat interpretiert. Was aber, wenn der Staat – und im konkreten Beispiel die politische Ebene darunter in Form einer Regionalregierung – das gegenteilige Programm fährt, sich also *nicht* kümmert, das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung *nicht* wahrnimmt, dieses gar ignoriert oder einfach *nicht* handelt? Kann dann das bürgerliche Reklamieren von Schutz und Verantwortung, hier in Gestalt der Forderung nach einer Impfung, auch als ein Akt von Mündigkeit und Emanzipation interpretiert werden? Diese Frage ist wohl eher zu bejahen als zu verneinen. Die Vorarlberger Polioepidemie von 1958 ist jedenfalls ein gutes Beispiel für eine derartige Konstellation und zeigt, dass nicht immer der Staat die Instanz war, die die Linie vorgab. Zumeist sind mehrere Akteure im Spiel, die Einfluss nehmen. Differenzierung tut hier not. „Impfen erzwingen“, das konnte vom interventionistischen Sozialstaat ausgehen, wie dies Malte Thießen in seinem im Jahr 2013 publizierten Beitrag „Vorsorge als Ordnen des Sozialen“¹³⁴ am Beispiel der BRD und DDR vorgemacht hat. „Impfen erzwingen“ konnte aber auch von Staatsbürger*innen oder Medien initiiert werden, wie im vorliegenden Beitrag. Wer immer es auch sein mag, der gerade handelt oder zum Handeln zwingt: in beiden Szenarien offenbart sich „[e]ine der Grundfragen unseres Zusammenlebens“,¹³⁵ nämlich das Verhältnis zwischen Gesellschaft und Individuum resp. zwischen Staat und Staatsbürger*innen. Beide Narrative sind interessant und beide sind Teil der komplexen Impfgeschichte. Die Impfgeschichte hält aber – wie die aktuelle Corona-Pandemie vor Augen führt – noch andere unbeachtete Facetten bereit, auch Spezifisches und Unerwartetes.

Dank

Für die Unterstützung bei der Recherche zu diesem Beitrag und für zahlreiche Informationen bedanke ich mich bei Dr. Thomas Seifert (früher Psychiater am Landeskrankenhaus Rankweil), bei Irmgard Grabherr (früher Redaktionssekretärin der Vorarlberger Nachrichten) und bei Mag. Meinrad Pichler (Zeithistoriker).

134 THIESSEN, Vorsorge, wie Anm. 4, 4.

135 Eberhard WOLFF, Über das Impfen, in: Schweizerische Ärztezeitung 100/25 (2019), 868.

Informationen zur Autorin

Elisabeth Dietrich-Daum, Professorin für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie, Universität Innsbruck.

E-Mail: elisabeth.dietrich@uibk.ac.at

Annette Hinz-Wessels

Entscheidungsprozesse der bundesdeutschen Gesundheitspolitik im Kalten Krieg. Die Einführung der Schluckimpfung in der Bundesrepublik im Jahr des Mauerbaus

English Title

Decision-making Processes in West German Health Policy during the Cold War: The Introduction of Oral Poliomyelitis Vaccine in the FRG in the Year the Berlin Wall was Built.

Summary

Against the background of the Cold War and the international fight against polio, this article examines the conflicts in politics and medicine that accompanied the introduction of oral polio vaccine in the Federal Republic of Germany (FRG) in 1961. In addition, this paper analyzes the role of the media and the influence vaccination policies in Eastern Europe – particularly in the GDR – had on the scientific, political, and public debates of oral polio vaccine in the FRG. However, the success in polio control presented by the East German government did not play a decisive role in the scientific discourse in the FRG. The West German government could justify its rejection of the East German vaccine supply by pointing to the strict manufacturing and control regulations for live polio vaccine that experts had demanded. For the West German media and their public, on the other hand, the vaccination strategy in Eastern Europe provided significant evidence for the effectiveness of oral vaccination.

Keywords

Oral vaccine, Fight against Poliomyelitis, vaccination, Sabin-vaccine, Cold War, East-West-German competition

„Politik mit Polio“ – so überschrieb die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) am 1. Juli 1961 ihren Bericht über ein an Bundeskanzler Konrad Adenauer adressiertes Telegramm aus der „Zone“. Darin bot der Stellvertreter des Vorsitzenden des DDR-Ministerrates, Willi Stoph, die Lieferung von drei Mio. Dosen des in der Sowjetunion produzierten „Sabin-Tschumakow-Impfstoffs“ zur Eindämmung der insbesondere in Nordrhein-Westfalen (NRW) grassierenden Kinderlähmung an. Mit dieser peroral¹ verabreichten Lebendvaccine („Schluckimpfung“) hatten die osteuropäischen Staaten einschließlich der DDR bis Juli 1960 bereits 80 Mio. Kinder und Jugendliche geimpft und schlagartig einen drastischen Rückgang der Polioerkrankungen registriert. In den USA erfolgte die erstmalige Zulassung eines Schluckimpfstoffs gegen Poliomyelitis – die gegen das Poliovirus Typ I immunisierende Lebendvaccine des US-Amerikaners Albert B. Sabin – dagegen erst im August 1961. In Westdeutschland lagen bis dahin noch keine praktischen Erfahrungen mit der oralen Polio-Schutzimpfung vor. Lediglich die „Insel“ Westberlin hatte sich beim ersten Einsatz des Sabin-Tschumakow-Impfstoffs in der DDR „ringsum von Virusausscheidern bedroht“ gesehen und die eigene Bevölkerung im Mai 1960 mit einer Polio-Lebendvaccine des US-Amerikaners Herald Cox immunisiert.²

Im Folgenden wird die Einführung der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund des Kalten Krieges und der internationalen Poliobekämpfung näher beleuchtet. Im Gegensatz zur Etablierung der Salkimpfung³ – der Immunisierung mittels Injektion eines von Jonas Salk entwickelten Impfstoffes aus abgetöteten Polioviren – liegen für die Einführung der Impfung mit abgeschwächten lebenden Polioviren nur detaillierte Analysen ihrer ersten Anwendung in Westberlin vor.⁴ Größere Beachtung findet sie in den vergleichenden Untersuchungen Ulrike Lindners zur Strategie der Poliobekämpfung sowie punktuell in Malte Thießens Langzeitstudie zur Geschichte des Impfens.⁵ Zuletzt ist die Einführung der Schluckimpfung aufgrund der Corona-Pandemie auch außerhalb der akademischen Geschichtsschreibung verstärkt auf Interesse gestoßen.⁶

Um den Willensbildungsprozess und die Konfliktlinien zwischen den zahlreichen, zum Teil zeitgleich agierenden Akteuren verständlich zu machen, orientiert sich der Beitrag weitgehend an der Chronologie. Hierbei wird herausgearbeitet, welchen Einfluss die Impfstrategie in Osteuropa – speziell in der DDR – auf den wissenschaftlichen, politischen und öffentlichen Diskurs der oralen Polio-Schutzimpfung in der Bundesrepublik hatte. Die Relevanz dieser

1 In der Medizin beschreibt der Begriff „peroral“ die Aufnahme von Stoffen über den Mund.

2 Vgl. Annette HINZ-WESSELS, Medizinische Verflechtung und Systemkonkurrenz im Kalten Krieg. Poliobekämpfung im geteilten Berlin, in: *Medizinhistorisches Journal* 55 (2020), 132–171.

3 Ulrike LINDNER, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (München 2004), 236–250.

4 Vgl. HINZ-WESSELS, Medizinische Verflechtung, wie Anm. 2; Lea MÜNCH, Polioschluckimpfung in Westberlin 1960. Impfversuche in Kinderheimen, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 18.10.2019, <https://doi.org/10.1007/s00112-019-00794-x> (letzter Zugriff: 15.11.2021)

5 LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 3; DIES. / Stuart S. BLUME, Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955–1965, in: *Medical History* 50 (2006), 425–446; DIES., Der Umgang mit neuen Epidemien nach 1945. Nationale und regionale Unterschiede in Europa, in: Malte Thießen, Hg., *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (München 2014), 115–136; Malte THIEßENS, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (Göttingen 2017).

6 Vgl. z.B. <https://www.br.de/nachrichten/wissen/impfskepsis-auch-bei-polio-war-deutschland-spaet-dran>, SNIpFpQ (letzter Zugriff: 15.11.2021).

Fragestellung ergibt sich unmittelbar aus dem zeithistorischen Kontext: 1957 erfolgte die Einführung der Salkimpfung in der Bundesrepublik und 1958 in der DDR. Letztere wechselte 1960 zur Lebendvaccine, während Westdeutschland erstmals 1962 eine republikweite Schluckimpfung durchführte. Die Implementierung der Polioprohylaxe fiel also mit einer Eskalationsphase des Kalten Krieges zusammen, die mit dem Mauerbau im August 1961 ihren Höhepunkt fand. Mit diesem Fokus will die Untersuchung einen Beitrag zu den „Cold-War-Studies“ leisten, die die Einflüsse des Kalten Krieges auf alle gesellschaftlichen Bereiche mit einem transnationalen, globalhistorischen und multipolaren Ansatz erforschen.⁷ Diese Perspektive ist in der Polio-Historiographie insbesondere von Dóra Vargha eingenommen worden, die die weltweiten Erfolge der Poliobekämpfung als Resultat einer transnationalen blockübergreifenden medizinischen Kooperation begreift.⁸ Abschließend wird der bereits 1961 in westdeutschen Medien erhobene Vorwurf diskutiert, wonach die Bundesrepublik bei der Einführung der Schluckimpfung zu zögerlich vorgegangen sei.⁹ Diese zeitgenössische Kritik steht im Gegensatz zu der von Lindner/Blume vertretenen Auffassung, wonach die Systemkonkurrenz zwischen den beiden deutschen Staaten und die Politik des Kalten Krieges die Bundesrepublik zum schnellen Handeln zwangen.¹⁰ Lindner/Blume beobachten zudem eine weitgehend positive Presseberichterstattung über den Lebendimpfstoff und unterstellen der deutschen Impfstoffindustrie ein großes wirtschaftliches Interesse an einer Beibehaltung der „bewährten“ Salk-Immunisierung. Auch diese Interpretation wird in der abschließenden Bewertung einer kritischen Analyse unterzogen.

Vorgeschichte

Im 20. Jahrhundert war die Poliomyelitis als eine vor allem fäkal-oral übertragene Virus-erkrankung, die überwiegend im Kindesalter auftrat, wegen ihrer schweren Lähmungserscheinungen und ihrem nicht selten tödlichen Ausgang besonders gefürchtet. Hohe Erkrankungszahlen mit jährlich zehntausenden Poliofällen verzeichneten vor allem die USA.¹¹ Ab 1955 stand ein von Jonas Salk entwickelter Impfstoff aus inaktivierten Viren zur Verfügung, der das individuelle Erkrankungsrisiko und die Gefahr schwerer Lähmungserscheinungen deutlich senkte. Das nach dem Impfstoffhersteller „Cutter Laboratories“ benannte „Cutter-Unglück“ im April 1955, bei dem aufgrund eines ungenügend inaktivierten Impfstoffes mehr als 200 Kinder an einer Poliomyelitis erkrankten, beeinflusste die Akzeptanz des Salkimpfstoffs in den meisten Anwenderländern nur kurzzeitig. Parallel arbeiteten die drei US-Amerikaner Albert B. Sabin, Hilary Koprowski und Herald Cox an einer oralen Impfung mit abgeschwächten lebenden Polioviren. Die Lebendimpfstoffe versprachen wegen der Nachahmung einer natürlichen

7 Bernd GREINER, Kalter Krieg und „Cold War Studies“, Version: 1.0, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 11.02.2010 http://docupedia.de/zg/greiner_cold_war_studies_v1_de_2010 (letzter Zugriff: 15.11.2021).

8 Vgl. u.a. Dóra VARGHA, Between East and West. Polio Vaccination across the Iron Curtain in Cold War Hungary, in: Bulletin of the History of Medicine 88 (2014), 319–342; DIES., Polio across the Iron Curtain. Hungary's Cold War with an Epidemic (Cambridge 2018); DIES., The Socialist World in Global Polio Eradication, in: Revue d'études comparatives est-ouest 49/1 (2018), 71–94.

9 Vgl. z.B. Warum ist der orale Polio-Impfstoff noch nicht geprüft, in: Mannheimer Morgen (4. Juli 1961).

10 LINDNER / BLUME, Vaccine Innovation, wie Anm. 5, 441.

11 David M. OSHINSKY, Polio. An American Story (Oxford 2006). Dort findet sich weitere Literatur.

Immunisierung nicht nur einen besseren Schutz, sondern waren auch einfacher anzuwenden und kostengünstiger herzustellen als der Salkimpfstoff, der seine vollständige Wirkung erst nach einer dreimaligen Injektion entfaltete. Das bei der Immunisierung angewandte Prinzip stieß allerdings auf ein geteiltes Echo. Da sich das Impfvirus im Darm vermehrte und ausgeschieden wurde, warnten Polioexperten wie der Schwede Sven Gard vor unkontrollierten Kontaktinfektionen und einer möglichen Virulenzsteigerung des Impfvirus infolge häufiger Darmpassagen.¹² Mit dieser Gefahr hatte auch der Westberliner Senat angesichts der engen Verflechtungen zwischen Ost- und Westberlin die eigenen Impfpläne begründet. Aufgrund der breiten Anwendung des Salkimpfstoffs in den USA wurden die Lebendimpfstoffe ab 1958 vorrangig auf anderen Kontinenten erprobt. Die von Sabin entwickelte Vakzine kam aufgrund einer Kooperation mit dem russischen Virologen Michail Tschumakow zunächst in der Sowjetunion zum Masseneinsatz.¹³ Ende 1959 hatte diese bereits 15 Millionen Menschen mit einem weiterentwickelten Sabin-Tschumakow-Impfstoff immunisiert.¹⁴ Andere osteuropäische Staaten wechselten Ende der 1950er Jahre ebenfalls zur Lebendimpfung. In den USA und in Westeuropa blieb man zunächst vorsichtig. 1960 fanden hier erste Massenimpfungen mit ca. 350.000 bzw. 280.000 Teilnehmer*innen in Miami und in Westberlin statt. Als erstes westeuropäisches Land führte Österreich ab November 1961 eine landesweite Schluckimpfung durch.¹⁵

Die Bundesrepublik verzeichnete 1952 ihre schwerste Polioepidemie mit 9.750 Erkrankungen und 778 Toten. Erste Impfungen mit einer nach dem Salk-Prinzip hergestellten Vakzine der Marburger Behringwerke wurden nach dem Cutter-Unglück für fast zwei Jahre gestoppt. Erst 1957 machten die Bundesländer, in deren Zuständigkeit die Durchführung der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sowie die Regelung der Herstellung und des Verkehrs von Impfstoffen fiel, nach langem Ringen um geeignete Herstellungs- und Prüfungsvorschriften den Weg für begrenzte Impfprogramme frei. Diese blieben trotz unterstützender Kampagnen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung (DVBK), einer halbstaatlichen Vereinigung von Wissenschaftlern und Vertretern des Bundes und der Länder, ohne eine epidemiologische Auswirkung.¹⁶ Vor allem die verbreitete Abneigung gegen Spritzen war nach Expertenmeinung für den im europäischen Vergleich äußerst niedrigen bundesdeutschen Impfstatus ausschlaggebend.

Die DDR erlebte 1953 die schwerste Polioepidemie mit 2.663 Erkrankungen und 141 Toten. Lange Zeit bildete das vorsichtige Agieren der Bundesrepublik bei der Salkimpfung den Maßstab für das ostdeutsche Vorgehen.¹⁷ Diese Orientierung am ideologischen Gegner gründete sich

12 Ein neuer Impfstoff gegen die Kinderlähmung, in: *Süddeutsche Zeitung (SZ)* (9. September 1959); LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 3.

13 Diese Kooperation gründete sich auf einem Studienaufenthalt sowjetischer Wissenschaftler in den USA, vgl. Saul BENISON, *International Cooperation. Dr. Albert Sabin, Live Poliovirus Vaccine and the Soviets*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 56 (1982), 460–483.

14 Albert B. SABIN, *Oral, Live Poliovaccine for Elimination of Poliomyelitis*, in: *Archives of Internal Medicine* 106 (1960), 5–9.

15 Marina HILBER, *Ein unerwarteter Erfolg? Die Geschichte der Poliomyelitis-Schutzimpfungen in Österreich*, in: Wolfgang Schütz u.a., Hg., *Nach 1945. Medizin in Wien – Entwicklungsprozesse und Transformationen im internationalen Kontext* (Göttingen 2022), 381–402.

16 Bundesarchiv (BArch), B 142/28, Blatt (Bl.) 403–404, Ansprache des Präsidenten auf der VI. Mitgliederversammlung der DVBK, 24.06.1960; LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 3, 239.

17 Vgl. HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung*, wie Anm. 2.

vor allem auf die noch lebhaften innerdeutschen Wissenschaftsbeziehungen.¹⁸ Sowohl die Initiative zur Einführung der Salkimpfung 1958 als auch zur Übernahme der sowjetischen Schluckimpfungsstrategie 1960 ging nicht vom zuständigen, mit westdeutschen Wissenschaftlern gut vernetzten Expertengremium aus, sondern von der SED-treuen Leitungsebene des DDR-Gesundheitsministeriums.

In der Bundesrepublik stieß die Lebendimpfung zwar frühzeitig auf wissenschaftliches Interesse, Anträge auf „Feldversuche“ erhielten jedoch keine Genehmigung.¹⁹ Mit der Berichterstattung über das VI. Europäische Poliomyelitis-Symposium im September 1959 in München, auf dem Sabin über die Massenimpfungen in der Sowjetunion referierte, wurde das Thema in die breite Öffentlichkeit getragen.²⁰ Den Behörden zeigten die in München präsentierten Forschungen zudem die Dringlichkeit auf, Entscheidungen über Herstellung und Anwendung eines Lebendimpfstoffes zu treffen.²¹ Die Behringwerke hatten bereits im Juli 1959 Verhandlungen mit Sabin aufgenommen und im November 1959 eine Produktionslizenz und Impfstämme erhalten.²² Im November 1959 beriet der Arbeitsausschuss „Immunisierung“ der DVBK eingehend die Möglichkeit von Versuchen mit Lebendimpfstoff.²³

Parallel regte das Bundesgesundheitsamt (BGA) gegenüber dem Bundesministerium des Innern (BMI)²⁴ die Bildung einer juristischen Kommission zur Klärung der Rechtsfragen an, insbesondere hinsichtlich der Wirkung der Lebendimpfstoffe auf Dritte.²⁵ Die am 12. April 1960 versammelten Juristen hielten allerdings zunächst die Klärung der medizinischen Fragen für erforderlich.²⁶ Das BGA berief daher in Abstimmung mit dem BMI ein medizinisches Sachverständigengremium ein.²⁷ In diesen wissenschaftlichen Meinungsbildungsprozess platzte im Frühjahr 1960 die Ankündigung der Westberliner Impfkation, die Gesundheitsverwaltung,

18 Vgl. Jens NIEDERHUT, *Wissenschaftsaustausch im Kalten Krieg. Die ostdeutschen Naturwissenschaftler und der Westen (Köln–Weimar–Wien 2007)*; Melanie ARNDT, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961 (Köln–Weimar–Wien 2009)*; HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung*, wie Anm. 2.

19 HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung*, wie Anm. 2.

20 Ein neuer Impfstoff gegen die Kinderlähmung, in: SZ (9. September 1959); Neuer Schutz vor Kinderlähmung, in: Die Welt (10. September 1959).

21 BArch, B 208/1002, Henneberg an BGA-Präsident, 14.09.1959; DERS., Zwischenbericht über das VI. Europäische Symposium über Poliomyelitis in München, 6. bis 9. September 1959.

22 Ludwig, Schultze (Behringwerke) an Sabin, 13.11.1959, auf: https://drc.libraries.uc.edu/bitstream/handle/2374.UC/698027/fipasteu_1959-75_005.pdf?sequence=1 (letzter Zugriff: 15.11.2021); Hennessen (Behringwerke) an Sabin, 1.12.1959, auf: https://drc.libraries.uc.edu/bitstream/handle/2374.UC/698027/fipasteu_1959-75_005.pdf?sequence=1 (letzter Zugriff: 15.12.2021).

23 BArch, B 142/28, Bl. 220–225, Niederschrift: Sitzung des Arbeitsausschusses IV der DVBK, 06.11.1959.

24 Vor Gründung des Bundesgesundheitsministeriums im November 1961 war die Abteilung Gesundheitswesen im BMI für die Gesundheitspolitik auf Bundesebene verantwortlich.

25 BArch, B 208/1002, BGA-Präsident an BMI, 19.09.1959; ebd., BGA-Präsident an BMI, 12.11.1959.

26 BArch, B 208/1002, Aktenvermerk Abteilungsleiter CI des BGA, 13.04.1960.

27 Der Kommission unter dem Vorsitz des RKI-Direktors Georg Henneberg gehörten als Wissenschaftler Walter Keller, Richard Haas (beide Freiburg), Hermann Eyer, Gerhard Weber (beide München), Heinrich Pette (Hamburg), Rudolf Siegert (Marburg), als Fachbeamte auf Landesebene Helmut Kochs (Westberlin), Ludwig von Manger-König (Hessen), Kurt Petzelt (Niedersachsen), als Vertreter des BMI Fritz Bernhardt, Fritz Höffken sowie als Vertreter des BGA Werner Anders, Georg Henneberg, Peter V. Lundt, Hansjürgen Raettig an. Später kamen Mitarbeiter des PEI (Richard Prigge, Otto Bonin, Gerhard Eißner, Oswin Günther) sowie ein Vertreter der Behringwerke (Walter Hennessen) als Berater hinzu.

Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit gleichermaßen überraschte.²⁸ Zwar billigte das vom BGA einberufene Sachverständigenngremium – die „Kommission des BGA für Fragen des Lebend-Impfstoffes gegen Poliomyelitis“ (BGA-Kommission) – am 28. April 1960 die Entscheidung, sah aber ebenso wie die leitenden Medizinalbeamten und Gesundheitsminister der Länder keinen akuten Handlungsbedarf für Westdeutschland.²⁹ Grundsätzlich zeigte sich die BGA-Kommission gegenüber der Lebendimpfung aufgeschlossen, wenngleich sie „die Fragen der Unschädlichkeit und Wirksamkeit“ als „noch nicht abschließend beantwortet“ sah.³⁰ Die vordringliche Aufgabe bestand aus ihrer Sicht in der Ausarbeitung von geeigneten Herstellungs- und Prüfungsvorschriften durch das zuständige Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Diese prinzipiell positive Haltung der BGA-Kommission war im Wesentlichen ihrer Zusammensetzung geschuldet. Zum Teil hatten ihre Mitglieder schon frühzeitig Interesse an wissenschaftlichen Versuchen mit Lebendvakzinen gezeigt (Heinrich Pette, Gerhard Weber, Rudolf Siegert), sich bereits als ausgesprochene Anhänger der Lebendimpfung positioniert (Weber, Hermann Eyer), waren an der Westberliner Impfkation als Experten oder Verwaltungsbeamte (Pette, Georg Henneberg, Helmut Kochs) beteiligt oder gehörten dem Arbeitsausschuss „Immunisierung“ der DVBK an (Henneberg, Pette, Richard Haas, Walter Keller, Ludwig von Manger-König).

Die westdeutsche Presse berichtete ausführlich über die Impfpläne, enthielt sich jedoch weitgehend einer Wertung.³¹ Im BMI gab man sich zunächst zurückhaltend; der Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Josef Stralau, plädierte allerdings dafür, die Impfkation für wissenschaftliche Arbeiten zu nutzen.³²

Ein deutlicher Protest kam aus dem 1950 gegründeten Bundesgesundheitsrat (BGR), der die Bundesregierung in Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere bei der Vorbereitung der Gesundheitsgesetzgebung, beriet. Ihm gehörten rund 80 auf Vorschlag des BMI berufene Mitglieder an, darunter die leitenden Medizinalbeamten der Länder, Sachverständige aus der Medizin, Lebensmittelchemie, Pharmazie, Angehörige von Heil(hilfs)berufen sowie Vertreter von Körperschaften und Verbänden im Gesundheitswesen.³³ Mit dem BGR betrat ein neuer Akteur das Spielfeld, der im wissenschaftlichen und öffentlichen Poliodiskurs bisher keine Rolle gespielt hatte. Bei früheren Stellungnahmen, die der BGR und sein für Seuchenbekämpfung und Hygiene zuständiger Fachausschuss zu Schutzimpfungen erarbeiteten, war die Salkimpfung ausdrücklich ausgeklammert worden.³⁴ Seinen Aufstieg zur Entscheidungs-

28 Die FDP verlangte eine Stellungnahme der Bundesregierung, vgl. Deutscher Bundestag 3. WP, Drucksache 1787: Kleine Anfrage der Fraktion der FDP betr. Impfungen gegen Kinderlähmung, 08.04.1960.

29 BAArch, B 142/708, Bl. 354–376, Niederschrift: Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 08.04.1960; BAArch, B 208/1002, Niederschrift: Sitzung der Kommission des BGA für Fragen des Lebend-Impfstoffes gegen Poliomyelitis am 28.04.1960; ebd., BGA an die Kommissionsmitglieder, 30.05.1960.

30 BAArch, B 208/1002, Niederschrift: Sitzung der Kommission des BGA für Fragen des Lebend-Impfstoffes gegen Poliomyelitis am 28.04.1960.

31 Vgl. u.a. Kinderlähmungsgefahr aus dem Osten, in: SZ (7. April 1960); Polio-Impfungen in West-Berlin, in: FAZ (7. April 1960); Berlin: Großaktion gegen Kinderlähmung, in: General-Anzeiger (6. April 1960).

32 BAArch, B 142/52, Bl. 498, Auszug aus Niederschrift: Sondersitzung der AG der Ltd. Medizinalbeamten der Länder am 18.03.1960.

33 Kurt GLASER, Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat. Ein Beitrag zur Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens (Stuttgart 1960), 87–99.

34 Ebd., 95; BAArch, B 142/3517, Bl. 412–439, hier Bl. 428, Niederschrift: Vollversammlung des BGR am 22.06.1956.

instanz in der Frage der Polio-Lebendimpfung verdankte er Franz Klose.³⁵ Der ehemalige Kieler Ordinarius für Hygiene und Sozialhygiene hatte zwischen 1952 und 1954 als Präsident des BGA bzw. Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im BMI die bundesdeutsche Gesundheitspolitik entscheidend mitgeprägt und blieb nach seiner Emeritierung 1955 als Präsident der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit und des Deutschen Grünen Kreuzes sowie als Mitglied des BGR weiterhin einflussreich. Bereits 1959 auf dem Münchner Polio-Symposium hatte er sich vehement gegen die Lebendimpfung ausgesprochen.³⁶ Weder sei, so Kloses Kritik, ihre bessere Immunitätswirkung bewiesen, noch existiere eine sichere Methode zur Überprüfung ihrer Unschädlichkeit und Wirksamkeit.³⁷

Alarmiert über die Berliner Impffraktion bat Klose im April 1960 das BMI um die Einberufung des BGR „zu einer gutachterlichen Äußerung über die Zulässigkeit des Polio-Lebendimpfstoffes“.³⁸ Zahlreiche Mitglieder des BGR unterstützten seine Intervention.³⁹ Erstmals machte der BGR damit von seinem Initiativrecht Gebrauch.⁴⁰ Das BMI sah sich aufgrund der Geschäftsordnung gezwungen, den BGR zur Beratung der Frage „Erscheint es vertretbar, im gegenwärtigen Zeitpunkt die Anwendung der OPV [oral polio vaccine] in der BRD (ohne Westberlin) zuzulassen bzw. zu empfehlen?“ einzuberufen.⁴¹ Ein Protest aus den Bundesländern, der auf die BGA-Kommission als das fachlich geeignete Forum verwies, verhallte folgenlos.⁴²

Am 15. Juli 1960 sprach sich die Vollversammlung des BGR gegen eine Anwendung der Lebendvaccine aus, „solange nicht durch staatliche Prüfverfahren die Unschädlichkeit, Reinheit und Wirksamkeit gewährleistet“ sei.⁴³ Bei der Vorberatung im Fachausschuss waren sich die Anwesenden – darunter mehrere Sachverständige und Medizinalbeamte, die auch der BGA-Kommission angehörten – einig, dass noch kein abschließendes Urteil abgegeben werden könne.⁴⁴ Gleichwohl zeigte sich die Mehrheit vom Potential der Lebendimpfstoffe überzeugt. Sowohl die BGA-Kommission als auch der Fachausschuss des BGR stimmten also in der generellen Einschätzung überein. Zugleich legte der Fachausschuss den Rahmen für das weitere Vorgehen fest, indem er dafür plädierte, erst das Ergebnis der Prüfungsorgane in den USA abzuwarten. Einig war man sich, dass nur staatlich geprüfte Impfstoffe die Zulassung erhalten dürften. Doch gerade hier zeigten sich Schwierigkeiten, verfügte doch das PEI noch nicht über die technische Ausstattung für die komplizierte Prüfung eines Polio-Lebendimpfstoffs.

35 Heiko STOFF, „Franz Klose, Kiel: ‚Auch Glück ist kein Ersatz für Arbeit!‘ Das Projekt der Gesundheitsvorsorge als Pflicht zur Selbstoptimierung, 1930–1970“, in: Christine Wolters / Christian Becker, Hg., *Rehabilitation und Prävention in Sport- und Medizingeschichte* (Berlin 2014), 169–188.

36 Ein neuer Impfstoff gegen die Kinderlähmung, in: SZ (9. September 1959).

37 Franz KLOSE, Sind wir mit der Poliomyelitis-Schutzimpfung nach Salk auf dem richtigen Wege?, in: *Mitteilungen der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege* 4 (1959), 1–4.

38 BArch, B 142/53, Bl. 2–8, Klose an BMI, 10.04.1960.

39 Vgl. z.B. BArch, B 142/53, Bl. 11, Scheuner, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt an Bundesinnenminister Schröder, 05.05.1960. In der Akte weitere Beispiele.

40 Nach § 1 (2) der Geschäftsordnung vom 20.08.1954 musste der BGR einberufen werden, wenn ein Ausschuss oder zehn Mitglieder dies beantragten, vgl. GLASER, *Bundesgesundheitsrat*, wie Anm. 33, 80.

41 BArch, B 142/53, Bl. 114, BMI an Manger-König, 31.05.1960.

42 BArch, B 142/53, Bl. 112, Manger-König an BMI, BGA und Bundesländer, 10.05.1960.

43 BArch, B 142/3520, Bl. 200, Beschluss der VV des BGR vom 15.07.1960.

44 BArch, B 142/3527, Bl. 227–235, Niederschrift: Sitzung des Ausschusses 2 des BGR am 31.05.1960.

Schon vor der BGR-Sitzung hatten die nach der Westberliner Impfkation aufgetretenen Polioerkrankungen⁴⁵ bei Wissenschaftlern und Behörden für Verunsicherung gesorgt. Der BMI kündigte an, die Bundesregierung werde „den obersten Landesgesundheitsbehörden bis zum Vorliegen neuer Erkenntnisse“ die Propagierung der wissenschaftlich gesicherten Salkimpfung empfehlen.⁴⁶ Sowohl die DVBK als auch das Gutachten des BGA schlossen sich dieser Auffassung an.⁴⁷ Durch Hennebergs Bericht auf dem 5. Internationalen Poliokongress in Kopenhagen im Juli 1960⁴⁸ erregten die Zwischenfälle zwar kurzzeitig auch international Aufsehen, stellten aber nicht die Anwendung von Polio-Lebendimpfstoffen generell in Frage. Vielmehr gab der Surgeon General des US-amerikanischen Public Health Service am 24. August 1960 bekannt, dass sich der Polio-Lebendimpfstoff als geeignet für einen Einsatz in den USA erwiesen habe und seine Organisation bereit sei, die kommerzielle Herstellung des Sabin-Impfstoffs zu genehmigen.⁴⁹

In der bundesdeutschen Presse sorgten die Berliner Poliofälle nur vereinzelt für Schlagzeilen.⁵⁰ Zudem zeichnete sich im Verlauf des Herbstes ab, dass in Westberlin im Unterschied zu Westdeutschland keine Poliowelle auftrat. Insbesondere die Westberliner Senatsverwaltung, aber auch Experten wie Pette verbuchten dies als Erfolg der Schluckimpfung und trugen ihre Sicht über die Medien in die bundesdeutsche Gesellschaft.⁵¹ In der Folgezeit bestimmte ihre Auslegung die öffentliche Wahrnehmung der Berliner Vorgänge.⁵²

45 HINZ-WESSELS, Medizinische Verflechtung, wie Anm. 2. Mehr als 40 Polioerkrankungen waren im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfkation beobachtet worden, die vereinzelt auch zum Tode führten.

46 Drucksache 1906, Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, Antwort des BMI auf Kleine Anfrage der Fraktion der FDP, 04.06.1960.

47 BArch, B 142/28, Bl. 370–374, Bericht über die VI. ord. Mitgliederversammlung der DVBK am 24.06.1960; BArch, B 208/1003, BGA: Bericht über die Lebend-Impfstoffe gegen spinale Kinderlähmung (Stand: 30. Juni 1960), Berlin, 18.07.1960.

48 Vgl. z.B. 42 fik polio efter vaccination med levende virus stammer, in: Berlinske Tidense (28. Juli 1960); Tagungsbericht in: The Lancet (6. April 1960), 311–313; Fifth International Poliomyelitis Conference, in: British Medical Journal (13. August 1960), 533–534; Meinungsstreit um Polio-Impfstoffe, in: Tagesspiegel (29. Juli 1960).

49 LINDNER, Gesundheitspolitik, wie Anm. 3, 274–275; Oral Poliovirus Vaccine. Statement. By Leroy E. Burney, Surgeon General, Public Health Service, August 24, 1960, in: Public Health Reports 75/10 (October 1960).

50 Berliner ‚Schluckimpfung‘ gegen Kinderlähmung hat böse Folgen 38 Erkrankte, in: Hamburger Abendblatt (28. Juli 1960); Nach der Impfung: 42 kranke Kinder, in: Bild-Zeitung (29. Juli 1960).

51 Helmut KOCHS, Zur oralen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in West-Berlin 1960, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), 149–156; Gute Erfolge mit der Polio-Schluckimpfung, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) (25. November 1960). Schluck-Impfung bewährt sich, in: SZ (24. November 1960); Für Schluckimpfung, in: Telegraf (24. November 1960); Schluckimpfung wird Kinderlähmung besiegen, in: Nordwest-Zeitung (25. November 1960).

52 „Bonbonimpfung“ erfolgreich, in: Telegraf (30. Dezember 1960); Berliner Polio-Impfung hatte Erfolg, in: Der Mittag (30. Dezember 1960); Berlin wehrte die Kinderlähmung ab, in: Mannheimer Morgen (4. Februar 1961); Doch ein Erfolg der Schluck-Impfung, in: Wiesbadener Kurier (2. Februar 1961); „Schluckimpfungen“ überall sehr erfolgreich, in: Deutsches Volksblatt (7. Februar 1961).

1961 – „Politik mit Polio“

Zu Jahresbeginn 1961 stagnierte die Debatte über den Polio-Lebendimpfstoff⁵³ in der Bundesrepublik aufgrund der andauernden Auswertung der Westberliner Impfkation und den anhaltenden Schwierigkeiten bei der Entwicklung von geeigneten Produktions- und Prüfvorschriften, die auch in den USA und Kanada zu beobachten waren.⁵⁴ Im BMI stellte man sich nach der Nordamerikareise eines PEI-Mitarbeiters darauf ein, dass ein Impfstoff der dortigen Hersteller nicht vor Ende 1961 verfügbar sein werde. Insbesondere „das Problem der Affenviren“ bereitete „noch beträchtliche Schwierigkeiten“.⁵⁵ Auch die Behringwerke waren von dieser „Hängepartie“ betroffen. Ihre Anträge vom April und September 1960 auf Produktion eines Sabin-Impfstoffs und auf orale Immunisierung des eingesetzten Personals hatte der zuständige Landesminister bisher nicht genehmigt.⁵⁶ Zugleich mehrten sich Erfolgsberichte über die Westberliner Schluckimpfung und die Massenimpfungen in den Ostblockstaaten, während man ab Frühjahr 1961, insbesondere in NRW, stark steigende Poliozahlen beobachten musste.

Die DDR führte dagegen bereits im Januar 1961 eine Pflicht-Schluckimpfung gegen Kinderlähmung für Kinder und Jugendliche ein.⁵⁷ In der Fach- und Tagespresse wurden die niedrigen Erkrankungszahlen als Impferfolg gefeiert und mit den hohen Polioinzidenzen in der Bundesrepublik verglichen.⁵⁸ Als im Frühjahr 1961 die schlechte Versorgungslage und der rasante Anstieg der Republikfluchten das Versagen der DDR-Wirtschaftspolitik offensichtlich werden ließen,⁵⁹ bot es sich an, die „Impflücke“ der Bundesrepublik in der sich immer mehr zuspitzen- den Systemkonkurrenz noch stärker zu instrumentalisieren. Anders als in der Sekundärliteratur gemutmaßt, war das eingangs erwähnte Impfstoffangebot der DDR ernstgemeint und zielte keinesfalls „weniger gen Westen als gen Osten, wo die eigenen Erfolge herausgestellt werden sollten“.⁶⁰ Vielmehr erfolgte die Offerte gezielt in Reaktion auf westdeutsche Berichte über eine ostdeutsche Nahrungsmittelkrise und alarmierende Poliozahlen in NRW.⁶¹

53 BArch, B 142/3766, Bl. 195–216, Niederschrift: Sitzung der AG der Ltd. Medizinalbeamten am 24./25.01.1961.

54 BArch, B 142/23, Bl. 438–439, Eröffnungsansprache auf der 7. Mitgliederversammlung, 24.03.1961; BArch, B 142/53, Bl. 590f, Auszug aus Vermerk, o.D. [Frühjahr 1961].

55 BArch, B 142/53, Bl. 590f, Auszug aus Vermerk, o.D. [Frühjahr 1961]. Unter „Affenviren“ ist der Simian-Virus 40 (SV40) zu verstehen, den Maurice R. Hilleman erstmals 1960 in Zellkulturen von Nierenzellen von Rhesusaffen entdeckte, die bei der Herstellung von Poliovakzinen zum Einsatz kamen. Bei Hamstern wirkte SV40 krebsauslösend.

56 BArch, B 142/55, 3–7, Behringwerke an Hessischen Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen, 21.7.1961.

57 Anordnung zur Verhütung der Kinderlähmung vom 13.01.1961, in: Gesetzblatt der DDR, Teil II, Nr. 4, 24.01.1961, 11–12.

58 Albert KUKOWKA, Die neue Situation auf dem Gebiet der Poliomyelitis und die sich daraus ergebenden Fragen und Folgerungen, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 16 (1961), 1008–1014, 1045–1053. Im Westen Epidemie – in der DDR Seltenheit, in: Neues Deutschland (ND) (18. August 1960).

59 Andre STEINER, Vom Überholen eingeholt. Zur Wirtschaftskrise 1960/61 in der DDR, in: Burghard Ciesla / Michael Lemke / Thomas Lindenberger, Hg., Sterben für Berlin? Die Berliner Krisen 1948:1958 (Berlin 2000), 245–262.

60 Vgl. THIESSEN, Immunisierte Gesellschaft, wie Anm. 5, 314.

61 Brotmangel in der Zone, in: SZ (27. Juni 1961); „Die Bundesrepublik ist kein Störenfried“, in: FAZ (27. Juni 1961); Stehen wir einer Polio-Epidemie machtlos gegenüber?, in: Welt am Sonntag (25. Juni 1961); Jetzt 340 Poliofälle, in: FAZ (27. Juni 1961).

Konkreter Auslöser war mutmaßlich eine am 27. Juni 1961 vom Bundesministerium für gesamtdeutsche Fragen (BMG) veranlasste Pressemitteilung, wonach die Bundesrepublik angesichts der akuten ostdeutschen Versorgungskrise zur Lebensmittellieferung an die DDR bereit sei.⁶² Noch am selben Abend telegraphierte der stellvertretende Minister für Auswärtige Angelegenheiten, Sepp Schwab, im Auftrag des Politbüromitglieds Albert Norden an die DDR-Botschaft in Moskau, dass man „zur Abwehr westdeutscher Hetze wegen Versorgungsschwierigkeiten“ beabsichtige, „an Westdeutschland Hilfsangebot zu richten wegen Polio-Epidemie im Rheinland.“ Die Botschaft erhielt den Auftrag, sofort „bei Freunden“ anzufragen, „ob sie uns für diesen Zweck größere Mengen Polio-Serum zur Verfügung stellen können.“⁶³ Nach der sowjetischen Zusage erging am 29. Juni 1961 ein Staatstelegramm an Bundeskanzler Konrad Adenauer, das auch die ostdeutschen Medien verbreiteten.⁶⁴ Darin zeigte sich die DDR-Regierung erschüttert über die Ausbreitung der Kinderlähmung in Westdeutschland und bot die sofortige Lieferung von drei Millionen Einheiten des in der DDR verwendeten Sabin-Tschumakow-Impfstoffs an.

Diese Offerte war von einem massiven Propagandafeldzug flankiert: Im Rundfunk erklärte Gesundheitsminister Max Sefrin, jetzt werde es sich zeigen, ob es der Bonner Regierung mit der so oft zitierten Menschlichkeit wirklich ernst sei.⁶⁵ Die ostdeutsche Presse veröffentlichte ärztliche Stellungnahmen, die sich hinter die Offerte stellten.⁶⁶ Prominente DDR-Mediziner wie Theodor Brugsch appellierten in Telegrammen an bundesdeutsche Kollegen, ihre „Autorität für die Annahme des Hilfsangebotes“ einzusetzen.⁶⁷ Pioniergruppen, Schulklassen, Werkskollektive etc. richteten Bittschreiben an das Bundeskanzleramt und den Bundestag.⁶⁸

Für die bundesdeutsche Ministerialverwaltung lag der Zusammenhang zwischen dem westdeutschen Lebensmittelangebot und der ostdeutschen Impfstoffofferte auf der Hand. Gegenüber dem Bundesinnenminister hielt der Leiter der Gesundheitsabteilung fest:

„Es dürfte allzu offenkundig sein, daß die Regierung der DDR mit der Bekanntgabe des Inhalts des an den Herrn Bundeskanzler gerichteten Telegramms, das bisher dienstlich nicht bekannt geworden ist, einen politischen und psychologischen Effekt erreichen will. Es dürfte nicht abwegig sein, anzunehmen, daß er als ‚Gegenschlag‘ gegen das Angebot der Bundesrepublik auf Ernährungshilfe für die DDR aufzufassen ist. Es steht wohl außer Zweifel, daß die Bundesregierung von diesem ‚Sofortangebot‘ ebensowenig Gebrauch machen wird, wie die offiziellen Regierungsstellen der DDR hinsichtlich des Nahrungsmittelangebotes der Bundesrepublik tun werden.“⁶⁹

62 Vgl. z.B. Bonn bietet der DDR Lebensmittel an, in: SZ (28. Juni 1961); Bonn bietet der Zone Lebensmittel an, in: Deutsche Zeitung (28. Juni 1961), Protokoll der 153. Kabinettsitzung, 28.06.1961, online auf: https://www.bundesarchiv.de/cocoon/barch/0000/k/k1961k/kap1_2/kap2_21/para3_8.html (letzter Zugriff: 15.11.2021).

63 BArch, DC 20/2195, Bl. 2, Schwab an Dölling, 27.06.1961.

64 Vgl. z.B. Tausende Kinder vor Polio schützen, in: Berliner Zeitung (30. Juni 1961).

65 BArch, B 142/55, Bl. 65, „Eltern müssen sich mit Ärzten gemeinsam verbinden, um Forderung nach Impfung durchzusetzen.“, zitiert nach BPA/SBZ-Spiegel, 03.07.1961.

66 Vgl. z.B. Die Meinung des Arztes, in: Märkische Volksstimme (1. Juli 1961); Rettet die Kinder, in: ND (1. Juli 1961); Kinder retten, bevor es zu spät ist, in: Berliner Zeitung (2. Juli 1961).

67 BArch, B 208/1003, Brugsch an Karl Wilhelm Clauberg, 01.07.1961.

68 Vgl. z.B. BArch, B 142/54, Bl. 605, Pioniere der 27. Oberschule Erfurt an Deutscher Bundestag, 24.07.1961. Weitere Beispiele in der Akte BArch, B 142/54.

69 BArch, B 142/55, Bl. 62–63, Abteilungsleiter IV für Minister, 01.07.1961.

Mit dieser auch vom „Spiegel“⁷⁰ geteilten Einschätzung eines lediglich propagandistischen Zwecken dienenden Angebots lag man allerdings falsch, denn in der SED-Führung wurde auch ein ökonomischer Nutzen diskutiert: Nachdem Adenauer am 13. Juli 1961 der DDR-Regierung 5.000 Tonnen Butter als Geschenk angeboten hatte,⁷¹ beschloss das Politbüro, über eine Lieferung zu verhandeln. Zunächst wollte man ein Kompensationsgeschäft mit Dieselöl vorschlagen, „in einem weiteren Stadium der Verhandlungen“ jedoch entscheiden, ob die Bezahlung „mit dem Polio-Impfstoff erfolgen sollte.“⁷²

Offiziell reagierte die Bundesregierung nicht auf das Telegramm, vielmehr erneuerte der Minister für gesamtdeutsche Fragen, Ernst Lemmer, am 1. Juli 1961 die Bonner Bereitschaft zur Lebensmittellieferung. Zugleich bezeichnete er die Impfstoffofferte als „Retourkutsche auf unser Angebot“ und stellte klar:

„Wäre das Ost-Berliner Angebot wirklich von Nutzen und der östliche Impfstoff dem in der westlichen Welt hergestellten Präparat überlegen, würden unsere Gesundheitsbehörden keinen Augenblick zögern, davon Gebrauch zu machen. Geht es um Menschen und ihre Gesundheit, kennen wir kein Prestige, doch muß ich die Entscheidung über die mir zunächst propagandistisch verdächtige Empfehlung unseren rein sachlich und unabhängig arbeitenden Gesundheitsbehörden überlassen.“⁷³

Mit diesem Hinweis trat Lemmer insbesondere Presseberichten entgegen, wonach über das Angebot „nach Ansicht der amtlichen Stellen zuerst der Bundeskanzler politisch entscheiden“ müsse.⁷⁴ Keinesfalls wollte die Bundesregierung den Eindruck einer politisch motivierten Reaktion vermitteln, weshalb sie umgehend verbreiten ließ, die Ablehnung beruhe auf dem nicht westlichen Standards genügenden Prüfverfahren für den sowjetische Impfstoff.⁷⁵ Hohe Gesundheitsbeamte ergänzten Lemmers Feststellung dahingehend, dass kein Grund zur Annahme des Angebots bestehe. Der Schluckimpfung „stehe nicht ein Mangel an Impfstoffen, sondern die gegenwärtig geltenden Bestimmungen entgegen. Sollte der Bundesgesundheitsrat am 7. Juli entscheiden, daß die Schluckimpfung nach gründlicher Prüfung der vorgesehenen Impfstoffe beginnen kann, dann steht auf dem Weltmarkt genügend Vakzine zur Verfügung.“⁷⁶ Diese Argumente wiederholte der Staatssekretär im BMG, Franz Thedieck, später im Rundfunk und konnte sich nun zusätzlich auf das inzwischen ergangene Votum des BGR stützen:

70 Lemmers Konserven, in: Der Spiegel (11. Juli 1961), 23–24.

71 Adenauers Berliner Besuch beendet, in: SZ (14. Juli 1961); Auszug aus der Pressekonferenz am 13.07.1961, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERDEUTSCHE BEZIEHUNGEN, Dokumente, 1233–1239.

72 BArch, SAPMO, DY 30/J IV 2/2/776, Protokoll Nr. 34/61 der a.o. Sitzung des Politbüros, 17.07.1961.

73 Lebensmittel für die Sowjetzone, in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung 121 (5. Juli 1961), 1174.

74 Schluckimpfung für ganzes Bundesgebiet wird erwogen, in: Nordwest Zeitung (4. Juli 1961); Maßnahmen gegen die Polio-gefahr, in: SZ (4. Juli 1961); Massenimpfung nach den Ferien, in: General-Anzeiger (4. Juli 1961).

75 Schluckimpfung in Nordrhein-Westfalen, in: FAZ (5. Juli 1961).

76 Nordrhein-Westfalen führt Schluck-Impfung gegen Kinderlähmung ein, in: Hamburger Abendblatt (4. Juli 1961). Die Wellcome Foundation hatte Sabin-Impfstoff angeboten, vgl. BArch, B 142/55, Bl. 77, Stralau an Perkins, 01.07.1961; Bayerisches Hauptstaatsarchiv (BayHStA), MIIn 109643, Wellcome Foundation an Bay. Staatsministerium, 04.07.1961.

„Die Bundesregierung [...] macht den Bezug des Sabin-Serums aus der Sowjetzone nicht von politischen Erwägungen abhängig. [...] als Lieferanten dieses Serums [stehen uns] nicht nur Länder des Ostblocks zur Verfügung. Der Bundesgesundheitsrat hat jedoch als das zuständige fachmännische Organ entschieden, daß die Anwendung des Schluckimpfstoffes in der Bundesrepublik ‚nur zuzulassen bzw. zu empfehlen sei, wenn durch staatliche Prüfverfahren die Unschädlichkeit, Reinheit und Wirksamkeit des Schluckimpfstoffes gewährleistet seien‘. Sollte die Entscheidung der medizinischen Fachleute positiv ausfallen, so könnte die Bundesrepublik den Impfstoff ohne weiteres auch aus der Sowjetzone einführen.“⁷⁷

Die westdeutsche Presse reagierte zurückhaltend auf das Impfstoffangebot. Der Ostspiegel des SPD-Pressespiegels vermutete dahinter vor allem wirtschaftliche Motive.⁷⁸ Aus Sicht der FAZ verknüpfte die DDR mit ihrer Offerte mehrere politische Ziele. Diese bot nicht nur die Möglichkeit zur Kritik an der Profitgier der Pharmaindustrie und zur offensiven Vertretung der Zwei-Staaten-Theorie durch die Forderung nach Verhandlungen auf Regierungsebene, sondern sollte auch von der eigenen Nahrungsmittelkrise ablenken und „einen schwachen Punkt in Westdeutschland“ sichtbar machen.⁷⁹

Das Impfstoffangebot der DDR – der Elefant im Raum

Rund eine Woche nach dem DDR-Angebot hielt der BGR am 7. Juli seine Vollversammlung ab.⁸⁰ Vier Tage zuvor hatte das BMI nachträglich die Tagesordnung um die Frage erweitert, ob „es bei der gegenwärtigen epidemiologischen Lage der Poliomyelitis vertretbar [erscheine], im Ausland hergestellte und dort staatlich geprüfte Poliomyelitis-Lebend-Vakzine zuzulassen bzw. zu empfehlen“.⁸¹ Begründet wurde die Nachnominierung mit den gehäuften Poliofällen, insbesondere in NRW, und einer dort abgehaltenen Expertenkonferenz.

Tatsächlich hatte sich die Polio-Lage in der Bundesrepublik gegenüber dem Vorjahr nochmals verschlechtert. Musste man 1960 bis zur 24. Kalenderwoche bundesweit insgesamt 314 Erkrankungen und 28 Tote registrieren, so zählte man 1961 im gleichen Zeitraum bereits 880 Erkrankungen und 55 Tote. Das mit insgesamt 361 Fällen am stärksten betroffene NRW stand im Zentrum des Medieninteresses.⁸² In der Bevölkerung entstand „eine regelrechte Panik“.⁸³ Die am 30. Juni 1961 im NRW-Innenministerium tagende Expertenkonferenz⁸⁴ empfahl daraufhin für Landesteile mit besonders gehäuften Polioauftreten eine Anwendung des Lebendimpfstoffs „unter dem Vorbehalt, daß der Bundesgesundheitsrat [...] seine bisherige Zurückhaltung

77 Das Fiasko der kommunistischen Planwirtschaft, in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung (18. Juli 1961), 127.

78 Pressemitteilungen und Informationen der SPD Nr. 206/61 vom 11.07.1961.

79 Politik mit Polio, in: FAZ (1. Juli 1961).

80 BArch, B 142/3520, Bl. 339–349, Niederschrift: Vollversammlung des BGR am 07.07.1961.

81 BArch, B 142/3520, Bl. 199, BMI an Mitglieder des BGR, 03.07.1961.

82 Kinderlähmung breitet sich aus, in: SZ (19. Juni 1961); Wieder zwei tödliche Poliofälle, in: FAZ (21. Juni 1961); 290 Kinderlähmungskranke, in: FAZ (22. Juni 1961); Jetzt 340 Poliofälle, in: FAZ (27. Juni 1961); Wegen Kinderlähmung geschlossen, in: FAZ (1. Juli 1961).

83 BArch, B 142/29, Bl. 70–75, Protokoll der Sitzung des Arbeitsausschusses IV der DVBK vom 21.07.1961.

84 Ein Protokoll dieser Sitzung konnte nicht ermittelt werden, vgl. schriftl. Auskunft Dr. Astrid Küntzel, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen (LAV NRW), vom 22.04.2021.

aufgeben würde.⁸⁵ Da eine Impfstoffproduktion und -prüfung in der Bundesrepublik erst in ein bis zwei Jahren zu erwarten war, sollte der BGR um eine Stellungnahme gebeten werden, „ob die Einfuhr und Anwendung von ausländischem Impfstoff, der den strengen deutschen Anforderungen entsprechen muß und von einem unabhängigen Prüfungsinstitut geprüft worden ist, freigegeben werden“ könne.⁸⁶

Zugleich erließ das NRW-Innenministerium Anordnungen zur Vorbereitung von lokalen und regionalen Massenimpfungen nach den Sommerferien.⁸⁷ Auch in Bayern, das 1960 bundesweit die meisten Poliofälle und Mitte April 1961 bereits 77 Erkrankungen verzeichnen musste,⁸⁸ waren Vorkehrungen für eine Schluckimpfung getroffen worden. Hier hatte der Sozialpolitische Ausschuss des Bayerischen Landtags am 20. April 1961 einstimmig beschlossen, die Staatsregierung zu ersuchen, „baldmöglichst die perorale Schutzimpfung einzuführen“ und schnellstmöglich die Voraussetzungen für seine wissenschaftliche Prüfung zu schaffen.⁸⁹ Diesem Beschluss hatte der Landtag am 16. Mai 1961 einstimmig zugestimmt.⁹⁰ Der zuständige Staatsminister des Innern, Alfons Goppel,⁹¹ bat daher unter Verweis auf die Beunruhigung in der Bevölkerung und die erfolgreiche Schluckimpfung „in West-Berlin, in anderen europäischen Ländern, in den USA und in der UdSSR“ das BMI um eine schnelle Verabschiedung der Prüfvorschriften und Impfstoffprüfung durch das PEI.⁹² Im Juni drängte das Staatsministerium auf eine Klärung noch vor dem Winter und berief für den 11. Juli den Obermedizinalausschuss ein, der als Sachverständigenausschuss die bayerische Landesregierung beriet. Zugleich forderte es eine nochmalige Besprechung der Schluckimpfung „auch unter dem Gesichtspunkt einer etwaigen Verwendung ausländischer Impfstoffe und Anerkennung von ausländischen Herstellungs- und Prüfungsvorschriften“ und eine Sitzung der leitenden Medizinalbeamten der Länder im Zusammenhang mit der BGR-Sitzung.⁹³ Mutmaßlich verband das BMI mit der Nachnominierung des Tagesordnungspunktes „Schluckimpfung“ die Erwartung einer positiven Stellungnahme des BGR, die die Gefahr von Alleingängen einzelner Länder gebannt hätte.

Die Vollversammlung des BGR in Königswinter stand unter einem großen Erwartungsdruck: Zum einen lag das Impfstoffangebot der DDR auf dem Tisch, zum anderen hatten die Berichte über die Düsseldorfer Expertensitzung den Eindruck in der Bevölkerung geweckt, die Einführung der Schluckimpfung stünde unmittelbar bevor.⁹⁴ Auch der leitende Gesundheitsbeamte in

85 Stenographisches Protokoll der 65. Sitzung am 17.07.1961, Landtag NRW, 4. WP, Bd. 3, 2352–2355.

86 BArch, B 142/55, Bl. 62f, Stralau an Bundesminister Schröder, 01.07.1961.

87 LAV NRW, BR 9 Nr. 12725, Bl. 43, Innenminister NRW an Regierungspräsidenten etc., 05.07.1961.

88 Aus der Landespolitik, in: Bayerisches Ärzteblatt 6 (1961), 222.

89 Protokoll der 92. Sitzung des bayerischen Landtags vom 16.05.1961, 2863; Für und wider Impf-Tabletten, in: SZ (21. April 1961).

90 Vgl. Protokoll der 92. Sitzung des bayerischen Landtags vom 16.05.1961, 2863.

91 Zu Goppels Unterstützung der Schluckimpfung vgl. Claudia FRIEMBERGER: Alfons Goppel. Vom Kommunalpolitiker zum Bayerischen Ministerpräsidenten (München 2001), 145–147.

92 Bay. Staatsminister an BMI, o.D. [Mai 1961], zitiert nach: Aus der Landespolitik, in: Bayerisches Ärzteblatt 6 (1961), 222.

93 BArch, B 208/1003, Bay. Staatsministerium an Präsident des BGA, 26.06.1961; BayHStA, MInn 109631, Schmelz an Beauftragten der AG der Ltd. Medizinalbeamten, Maysen, 21.06.1961.

94 Massenimpfung nach den Ferien, in: General-Anzeiger (4. Juli 1961); Nordrhein-Westfalen führt Schluckimpfung gegen Kinderlähmung ein, in: Hamburger Abendblatt (4. Juli 1961); Schluckimpfung für ganzes Bundesgebiet wird erwogen, in: Nordwest Zeitung (4. Juli 1961); Maßnahmen gegen die Polioge-fahr, in: SZ (5. Juli 1961); Schluckimpfung in Nordrhein-Westfalen, in: FAZ (5. Juli 1961).

NRW, Hans Studt, stellte in der BGR-Sitzung fest, dass „Ärztenschaft und Bevölkerung [...] jetzt die Anwendung der Polio-Lebend-Vakzine“ erwarteten.⁹⁵

In der Diskussion sorgte vor allem die unterschiedliche Interpretation der Westberliner Impfkation für Zündstoff. Während der Direktor des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Vertreter des Westberliner Senats in dem seit Januar 1961 einzig aufgetretenen Westberliner Poliofall ein Indiz für die Wirksamkeit der Lebendvakzine sahen, zweifelten die Hygieniker Haas und Klose seine Aussagekraft an. Zudem verunsicherten die widersprüchlichen Expertenäußerungen über die von US-amerikanischen Forschern im Lebendimpfstoff aufgefundenen Fremdviere zahlreiche BGR-Mitglieder.

Schließlich lehnte der BGR eine schnelle Einführung der Schluckimpfung ab. Zur Begründung hieß es, in den Referaten über die Impfkationen in Westberlin und im Ausland seien die mit dem Lebendimpfstoff verbundenen Probleme deutlich geworden, weshalb man nicht von der Vorjahresempfehlung abgehen könne.⁹⁶ Immerhin erklärte sich der BGR bereit, die Frage im Oktober erneut zu bewerten. Diese von Klose eingebrachte Stellungnahme wurde nur knapp – mit 20 zu 18 Stimmen bei acht Enthaltungen – angenommen. Der BGR war augenscheinlich stark gespalten. Neun der elf leitenden Medizinalbeamten der Länder sprachen sich gegen Klosés Vorschlag aus.⁹⁷ Erfolglos hatten sie einen Gegenantrag unterstützt, der die Anwendung einer im Ausland hergestellten und dort staatlich geprüften Lebendvakzine in einem „epidemiologischen Notfall“ für vertretbar hielt.

In der Sitzungsniederschrift⁹⁸ wurde die DDR-Offerte lediglich kurz erwähnt. Tatsächlich dürfte sie als „Elefant im Raum“ unausgesprochen omnipräsent gewesen sein. Für den „Spiegel“ bedeutete das Votum des BGR jedenfalls eine „Erlösung“ der „Bundesregierung von dem Alldruck, das selbstbewußte Angebot [der DDR] nicht mit guten Gründen ausschlagen zu können“.⁹⁹

Beim anschließenden Treffen der leitenden Medizinalbeamten der Länder nahmen die Vertreter von NRW und Bayern zum Beschluss Stellung.¹⁰⁰ Während Studt angab, er werde seinem Minister die weitere Förderung der Salkimpfung empfehlen, war Walther Schmelz lediglich bereit, dem Obermedizinalausschuss die Lage vorzutragen. Angesichts eines drohenden bayerischen Alleingangs mit unkalkulierbaren Folgen mahnten mehrere Ländervertreter daraufhin Geschlossenheit an. Ihre Sorge, Bayern könne noch im Sommer eine Impfkation starten, erwies sich jedoch als unbegründet. Anfang August 1961 teilte das Staatsministerium mit, der Obermedizinalausschuss sehe angesichts der „augenblicklichen Situation in Bayern keine Veranlassung zu Sofortmaßnahmen“.¹⁰¹ Er habe jedoch eine Schluckimpfung im kommenden Winter empfohlen.

95 BArch, B 142/3520, Bl. 339–349, Niederschrift: Vollversammlung des BGR am 07.07.1961.

96 Aktuelle gesundheitspolitische Fragen, in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung 127 vom 13.07.1961, 1239–1240.

97 BayHStA, MIInn 104565, Niederschrift: Sitzung der ärztlichen Abteilung des Obermedizinalausschusses am 11.07.1961.

98 BArch, B 142/3520, Bl. 339–349.

99 Aus dem Schnapsglas, in: Der Spiegel (19. Juli 1961).

100 BArch, B 142/3527, Bl. 342–344, Niederschrift: a.o. Sitzung der AG der Leitenden Medizinalbeamten der Länder am 07.07.1961.

101 BArch, B 142/55, Bl. 29, Schmelz an Leitende Ministerialbeamte der Länder, 03.08.1961.

In NRW schlugen die Wogen dagegen hoch. Hier verhandelte der Landtag am 17. Juli 1961 eine von der SPD-Fraktion eingebrachte Interpellation an die Landesregierung. Anlass waren die Pressemeldungen über die widersprüchlichen Ergebnisse der am 30. Juni und 7. Juli abgehaltenen Gremiensitzungen, die in der Bevölkerung für Unruhe sorgten.¹⁰² Studt, der leitende Medizinalbeamte, heizte diese noch an, indem er die Vorgänge gegenüber der Presse salopp mit „Man war eben in Düsseldorf schon mutiger, als die in Königswinter nachher waren“ und „Die Vorsicht der deutschen Wissenschaftler [...] ist schon sprichwörtlich“ kommentierte.¹⁰³ Im Landtag erläuterte Innenminister Josef Dufhues die Konsequenzen des Votums. Da sich der BGR als „das oberste wissenschaftliche Gremium der Bundesrepublik in diesen Fragen“ gegen die Einführung der Schluckimpfung ausgesprochen habe, und das Expertengremium in NRW seine Empfehlung mit dem Vorbehalt verknüpft hatte, dass der BGR seine bisherige Zurückhaltung aufgeben, habe sich auch NRW genötigt gesehen, von der ursprünglich geplanten Impfkation abzusehen. Zugleich übte Dufhues heftige Kritik an dem BGR-Votum, für das er insbesondere die große Zahl nichtärztlicher Mitglieder verantwortlich machte. Er verwies auf die Verunsicherung in der Bevölkerung und verglich die Situation mit der Einführung der Salkimpfung, als „die gleichen Stellen durch ihre unschlüssige Haltung für eine Verzögerung um wenigstens ein Jahr verantwortlich wurden.“ Auch der frühere Präsident der DVBK, Hans Kleinschmidt, der wie sein Nachfolger Gerhard Joppich in der BGR-Sitzung für die Schluckimpfung geworben hatte, stellte die Kompetenz des BGR aufgrund seiner personellen Zusammensetzung in Frage.¹⁰⁴ Die DVBK beschloss die Anfertigung eines Gutachtens, das die Schluckimpfung mit ausländischem Impfstoff unter bestimmten Voraussetzungen empfehlen sollte.¹⁰⁵ Die Presse übte nahezu einhellig Kritik am Votum. Der „Spiegel“ wertete es als Ausdruck der Prinzipientreue der Gesundheitsbehörden, „neuen Entwicklungen auf dem Gebiet der Polio-Schutzimpfung so lange wie möglich zu mißtrauen“,¹⁰⁶ und die Frankfurter Allgemeine Zeitung als Zeichen eines übertriebenen Sicherheitsbedürfnisses, denn „nach den praktischen Erfahrungen in aller Welt [dürfte] doch schon jetzt sicher sein, daß die Gefahr einer Schädigung [...] außerordentlich klein ist.“¹⁰⁷ Im Bundeskanzleramt und beim BGR gingen Protestschreiben aus der Bevölkerung ein. Sie verwiesen u.a. auf die positive Bewertung der Oralimpfstoffe in der Presse und im Westberliner Senat und forderten die Annahme des ostdeutschen Angebots.¹⁰⁸

Zur Absicherung des BGR-Votums veröffentlichte das BGA einen Bericht, wonach Anzeichen für eine große Polioepidemie im Bundesgebiet nicht erkennbar seien.¹⁰⁹ Verharmlosend hieß es weiter, „die Häufung von Erkrankungen“ entspräche der Jahreszeit. Tatsächlich verzeichnete die Bundesrepublik 1961 den dritthöchsten Wert an Polioerkrankungen und -toten nach

102 Die Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ) hatte z.B. am 4. Juli 1961 ihren Bericht über die Expertenkonferenz am 30. Juni 1961 mit „Land bereitet Schluck-Impfung gegen Kinderlähmung vor“ überschrieben und am 8. Juli 1961 mit der Schlagzeile aufgemacht: „Vorerst noch keine Schluckimpfung gegen Kinderlähmung“.

103 Stenographisches Protokoll der 65. Sitzung am 17.07.1961, Landtag NRW, 4. WP, Bd. 3, 2352–2355.

104 BArch, B 142/29, Bl. 70–75, Protokoll der Sitzung des Arbeitsausschusses IV der DVBK vom 21.07.1961.

105 BArch, B 142/29, Bl. 117–121, Niederschrift: Vorstandssitzung der DVBK am 22.07.1961 in Frankfurt.

106 Aus dem Schnapsglas, in: Der Spiegel (19. Juli 1961).

107 Polio-Schluckimpfung noch in diesem Jahr?, in: FAZ (15. Juli 1961).

108 Vgl. BArch, B 142/54, Bl. 585–592.

109 Zitiert nach „Noch keine Polio-Epidemie“, in: DZ (24. Juli 1961); vgl. auch: Doppelt so viele Polio-Fälle wie 1960, in: Mannheimer Morgen (24. Juli 1961).

1945.¹¹⁰ In der DDR geißelte das SED-Zentralorgan „Neues Deutschland“ die Darstellung des BGA als Lüge wider besseren Wissens, die das politisch motivierte Ausschlagen des ostdeutschen Hilfsangebotes rechtfertigen sollte.¹¹¹ Schon zuvor hatten DDR-Zeitungen u.a. mit der Schlagzeile „Kalter Krieg gegen Kinder“¹¹² Kritik am BGR geübt und zudem behauptet, hinter der Ablehnung des Hilfsangebots ständen die Chemiekonzerne, deren Profitinteressen (Verkauf eines eigenen Oralimpfstoffes) die Adenauer-Regierung höher bewerte als die Gesundheit der Kinder.¹¹³

„Zone gegen Kinderlähmung immun?“

Für zusätzlichen Zündstoff sorgte eine Pressemitteilung des DDR-Gesundheitsministeriums, man habe das Ministerium des Innern ersucht, „im Reiseverkehr zwischen Westdeutschland und der DDR Maßnahmen zu treffen, die den besten Schutz der Bürger [vor polioerkrankten westdeutschen Besuchern] gewährleisten.“¹¹⁴ Westdeutsche Politiker und Medien geißelten die Erklärung umgehend als „Polio-Legende“ und „propagandistische[n] Vorwand“.¹¹⁵ Bundesminister Lemmer verwies darauf, dass Ostdeutsche entsprechend der Propaganda gegen eine Ansteckung immun sein müssten.¹¹⁶ Aus seiner Sicht handelte es sich um einen Vorwand zur weiteren Drosselung des innerdeutschen Reiseverkehrs und Eindämmung des Flüchtlingsstroms.¹¹⁷ Um dem Eindruck einer grassierenden Epidemie entgegenzutreten, gab das BMG eine Sprachregelung vor: „Die Polio-Lage in der Bundesrepublik wird am besten mit ‚Schwerpunkten mit Krankheitshäufungen‘ und einer Reihe von ‚Streifällen‘ gekennzeichnet.“¹¹⁸

Lemmers Argument der fehlenden Ansteckungsgefahr für eine geimpfte ostdeutsche Bevölkerung, dem sich auch der Direktor des RKI angeschlossen hatte,¹¹⁹ fiel der westdeutschen Politik umgehend auf die eigenen Füße. Nachdem die Westberliner Senatsdirektorin Barbara von Renthe-Fink dieses öffentlich wiederholt hatte, machte ein empörter Dr. L. seiner Wut in einem Leserbrief Luft:

110 Gernot RASCH / Hans Philipp PÖHN, Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten. Vom Beginn der Aufzeichnungen bis heute (Stand 31.12.1989) (München 1994), 71.

111 Bonn verhöhnt Polioopfer, in: ND (3. August 1961).

112 Kalter Krieg gegen Kinder, in: ND (9. Juli 1961); Bundesgesundheitsrat: keine Schluckimpfung, in: Berliner Zeitung (8. Juli 1961); Bonn: keine Schluckimpfung, in: Neue Zeit (8. Juli 1961).

113 Profit statt gesunder Kinder, in: Märkische Volksstimme (23. Juli 1961); Die gleichen Hintermänner, in: Neue Zeit (22. Juli 1961). Der Ehefrau des Bundesinnenministers wurde unterstellt, sie habe sich für ihre Kinder Polioimpfstoff aus Ostberlin besorgen lassen, vgl. Woche in Westdeutschland, in: Freiheit (15. Juli 1961).

114 Schutzmaßnahmen für DDR-Bürger, in: ND (1. August 1961).

115 Staatssekretär Franz Thedieck (BMG) im Rundfunk im Amerikanischen Sektor (RIAS) am 05.08.1961, zitiert nach: „Wir klagen an“. Flüchtlingsstrom erschüttert Macht des SED-Systems, in: Union in Deutschland. Informationsdienst der Christlich-Demokratischen und Christlich Sozialen Union 15 (1961) Nr. 32, 7; Pankow will Reisen nach Westdeutschland sperren, in: Hamburger Abendblatt (1. August 1961); Zone verschärft Polizeikontrollen, in: SZ (2. August 1961).

116 Vier Millionen seit 1945 aus der Zone geflohen, in: FAZ (2. August 1961); Zone verschärft Polizeikontrollen, in: SZ (2. August 1961); Eine erschütternde Anklage, in: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, 04.08.1961 (Nr. 143), 1391–1392.

117 Zone verschärft Polizeikontrollen, in: SZ (2. August 1961).

118 BArch, B 142/55, Bl. 28, Vermerk Dr. Plück, 01.08.1961.

119 SED droht mit weiteren Reisebeschränkungen, in: Deutsche Zeitung (2. August 1961).

„So! Jetzt wissen wir’s also. In der vielgeschmähten Zone hat man ein wirksames Mittel, man hat es auch angewandt, und es hat die Bevölkerung ‚immunisiert‘. Da möchte ich mir als Deutscher doch das Recht nehmen unsere Regierung zu fragen: Gibt es in der Zone eine Polioepidemie wie bei uns (denn wir haben so etwas in Düsseldorf), ja oder nein? Die Zone hat uns das Mittel angeboten, wirksam ist es. Haben unsere Behörden davon Gebrauch gemacht? [...] Sie haben es nicht – mit der läppischen Begründung, sie hätten ja doch nicht genug‘. Unsere Medizinalbehörden haben die Kühnheit zu erklären, sie würden mit Impfungen beginnen – nach den großen Ferien. So lange greift die Seuche weiter, [...] weil unsere Behörden augenscheinlich nicht auf diesen Fall vorbereitet sind, weil sie aus ganz augenscheinlich politischen Gründen ein wirksames Mittel ablehnen und lieber Menschen sterben lassen.“¹²⁰

Auch international schlugen die Vorgänge Wellen. Sowohl das Impfstoffangebot als auch die Reisesperre wurden im Zusammenhang mit der stark steigenden Zahl an DDR-Flüchtlingen¹²¹ in der US-amerikanischen Presse breit rezipiert und die Frage Lebend- versus Totimpfstoff zu einem heißen politischen Thema zwischen Ost- und Westdeutschland stilisiert.¹²² Auch Albert Sabin vermutete politische Gründe hinter der Ablehnung des Impfstoffangebots.¹²³ Entsprechende Nachfragen aus dem Ausland wies die Bundesregierung als falsch zurück.¹²⁴

Währenddessen trafen weitere Bundesländer ungeachtet des BGR-Votums im Sommer 1961 Vorbereitungen zur Einführung der Schluckimpfung.¹²⁵ Die DDR-Presse wertete dies als Erfolg ihres Impfstoffangebots, das die westdeutschen Behörden angesichts der Forderung besorgter Eltern nach seiner Annahme unter Zugzwang gesetzt habe.¹²⁶

120 Zone gegen Kinderlähmung immun?, in: Briefe an den General-Anzeiger (3. August 1961).

121 Im Juli 1961 wurden mit 30.415 Flüchtlingen aus der DDR und Ostberlin der höchste Stand seit Juni 1953 registriert, vgl. http://www.chronik-der-mauer.de/chronik/_year1961/?year=1961&date=01.07.1961#anchor-id181436 (letzter Zugriff: 15.11.2021).

122 Reds Fence Germans In, Blame Polio, in: Boston Globe (1. August 1961); Reds Act to Curb Germans’ Travel, in: New York Times (1. August 1961); West Germans Plan Embargo if Travel Halts, in: Washington Post (2. August 1961).

123 Sabin an Bertolini, 18.07.1961, in: University of Cincinnati, Sabin Papers, Correspondence, OPV International. Uruguay – 1960–66.

124 Vgl. BArch, B 142/55, Bl. 143–148.

125 Schluckimpfung auch in Rheinland-Pfalz, in: Mannheimer Morgen (28. Juli 1961); „Schluck-Impfung“ im nächsten Jahr?, in: Mannheimer Morgen (8. August 1961); Schluck-Impfstoff wird jetzt produziert, in: WAZ (29. Juli 1961); Polio-Schluck-Impfung im nächsten Winter?, in: FAZ (29. Juli 1961), 49; Allgemeine Schluckimpfung auch für Erwachsene, in: Wiesbadener Kurier (29. Juli 1961).

126 Rheinland-Pfalz will Schluckimpfung, in: Freiheit (28. Juli 1961); Rheinland-Pfalz: 70 Polio-Tote, in: Märkische Volkszeitung (28. Juli 1961).

„Schluckimpfung freigegeben“

Am 27. Juli 1961 billigte die BGA-Kommission gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat des Landes Hessen für Poliomyelitisfragen nach fast zwölfstündiger Diskussion einstimmig die 50 Schreibmaschinenseiten umfassenden Prüfungsvorschriften. Den Behringwerken wurde die Erlaubnis zur Herstellung eines Impfstoffes mit Sabin-Stämmen erteilt.¹²⁷ Vor der Presse hoben der Direktor des PEI, Richard Prigge, und der hessische Medizinalbeamte Ludwig von Manger-König die besondere Strenge der Vorschriften hervor, die sich an denen der USA orientierten. Über Wirksamkeit und Unschädlichkeit des russischen Impfstoffes, so Manger-König, lägen keine genauen Angaben vor, doch sei er zumindest nicht so eingehend geprüft.¹²⁸

Die westdeutschen Medien werteten die Beschlüsse als eine Freigabe der Schluckimpfung.¹²⁹ Einzelne Länder begannen im August/September mit der konkreten Vorbereitung einer Impfkampagne.¹³⁰ Die leitenden Medizinalbeamten der Länder trafen sich am 7. September 1961 zu einer detaillierten Vorberatung.¹³¹ Die Realität hatte den BGR also bereits überholt, als er sich am 24. Oktober 1961 für die Zulassung von Lebendimpfstoffen aussprach, die nach den in der Bundesrepublik geltenden Bestimmungen geprüft oder gleichwertigen Prüfverfahren im Ausland unterzogen worden waren. Ihre Anwendung sollte allerdings „nur gelenkt“ und „entsprechend der jeweiligen epidemiologischen Lage erfolgen“.¹³² Zugleich rechtfertigte der BGR angesichts der breiten Kritik seine bisherige Zurückhaltung „als begründet“. Eine wesentliche Klärung sei erst im August bzw. Oktober 1961 mit der Lizenzierung der Lebendimpfstoffe gegen die Polioviren Typ I und II in den USA eingetreten.

Diese mit 62 Stimmen bei zwei Enthaltungen angenommene Stellungnahme hatte der Fachausschuss nach intensiver Debatte einstimmig empfohlen.¹³³ Im Kern drehte sich die Ausschlussdiskussion um die Fragen, ob der im August in den USA freigegebene Sabin-Impfstoff die 1960 vom BGR aufgestellten Bedingungen erfülle und ob angesichts der noch nicht völlig geklärten Fragen das Risiko des Abwartens oder das der Anwendung des Lebendimpfstoffes größer sei. Der Leiter des PEI, Prigge, der im Juli den Prüfvorschriften zugestimmt hatte, plädierte jetzt dafür, noch mindestens ein Jahr die Entwicklung in den USA abzuwarten. Andere Sachverständige wie Eyer, Windorfer und Henneberg warben für eine allgemeine Massenimpfung, während Haas für eine schrittweise Einführung, die Durchführung von Feldversuchen und die Anlegung einer Impfstoffreserve für Epidemie-Zeiten votierte. Die verabschiedete Empfehlung stellte somit einen Kompromiss zwischen den divergierenden Auffassungen dar.

127 Heinrich-Pette-Institut (HPI), Archiv, Schriftwechsel Pette 1960–1962, Niederschrift: Sitzung der Kommission des Bundesgesundheitsamtes für Fragen des Lebendimpfstoffs gegen Poliomyelitis am 27.07.1961; BArch, B 142/55, Bl. 138–140, Hess. Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen an Behringwerke, 11.08.1961.

128 Die Schluckimpfung ist beschlossen, in: FAZ (29. Juli 1961).

129 Schluckimpfung freigegeben, in: SZ (29./30. Juli 1961); Sachverständige für Schluckimpfung, in: WAZ (29. Juli 1961); Schluckimpfung jetzt beschlossen, in: General-Anzeiger (29./30. Juli 1961); Freie Bahn für Schluckimpfung, in: Hamburger Abendblatt (29. Juli 1961).

130 BArch, B 142/3527, Bl. 346–351, Innenminister NRW an Regierungspräsidenten und Gesundheitsämter, 08.08.1961; BArch, B 142/29, Bl. 325–327, Vorläufiger Bericht über die Schluckimpfung in Bayern, 21.03.1962.

131 BArch, B 142/3677, Bl. 297–310, Niederschrift: Vorbesprechung der AG der Ltd. Medizinalbeamten der Länder am 07.09.1961.

132 BArch, B 142/3520, Bl. 599–606, Beschluss Bl. 611, Niederschrift: VV des BGR vom 24.10.1961.

133 BArch, B 142/3520, Bl. 421–427, Niederschrift: Sitzung des Ausschusses 2 des BGR am 28./29.09.1961.

In den Medien wurden die vom BGR aufgestellten Bedingungen sofort als Schwachstellen identifiziert.¹³⁴ Völlig zu Recht bezeichnete die Bild-Zeitung das Votum als einen Versuch, der Kinderlähmung „mit halben Maßnahmen“ beizukommen.¹³⁵

Weniger zögerlich fiel das Gutachten der DVBK aus, das sich trotz einiger Vorbehalte hinsichtlich der Möglichkeit von Impfkomplicationen für die Schluckimpfung aussprach. Die DVBK begründete dies mit der „völlig unzureichenden Mitarbeit der Bevölkerung bei der Salkimpfung“ und der Abwägung, dass das Risiko der Oralimpfung in keinem Verhältnis zu den poliobedingten Gesundheitsschäden stehe. Das Gutachten lobte die in den USA und der Bundesrepublik ausgearbeiteten Vorschriften und bezeichnete „die von Tschumakov mitgeteilten Prüfverfahren“ als „weit weniger gründlich“, weil sie u.a. keine obligatorischen Untersuchungen auf das Vorhandensein bestimmter Fremdviere vorsahen.¹³⁶

Die endgültige politische Entscheidung über Durchführung der Schluckimpfung trafen die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder am 20. Dezember 1961. Der von den leitenden Medizinalbeamten vorbereitete und einstimmig verabschiedete Beschluss kam der Forderung des BGA und weiterer Sachverständiger nach einer Massenimpfung nach, indem er das BGR-Votum weit auslegte. Konkret hieß es in der Entschließung, „daß bei der derzeitigen epidemiologischen Lage im Februar und März 1962 im ganzen Bundesgebiet mit Lebendimpfstoff“ gegen den Polio-Typ I geimpft werden sollte.¹³⁷

Zudem forderten die Gesundheitsminister eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für die freiwillige Schluckimpfung, die eine gesetzliche Einschränkung des Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes enthalten müsse. Dies erschien notwendig, da eine mögliche Kontaktinfektion von Nichtgeimpften nach übereinstimmender juristischer Auffassung einen Eingriff in ihre körperliche Unversehrtheit darstellte. Diese Einschränkung galt als gerechtfertigt, „weil die Schutzimpfung mit Lebendimpfstoff einen wesentlichen Beitrag zur Ausrottung der Kinderlähmung leistete und damit die Gesundheit des gesamten Volkes schützte.“¹³⁸ Da eine bundesgesetzliche Regelung des Grundrechtseingriffs vor Beginn der Impfaktionen unrealistisch war, erließen die Länder eigene Gesetze. Die Bundesregierung folgte im Januar 1963 mit einer Änderung des Bundes-Seuchengesetzes, die gleichfalls das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit bei der Anwendung der Polio-Lebendimpfung einschränkte.¹³⁹

Bei der 1962 bundesweit durchgeführten Schluckimpfung wurden insgesamt 22,2 Millionen Menschen in Westdeutschland und in Westberlin (ca. 40 Prozent der Gesamtbevölkerung) gegen den Polio-Typ I immunisiert.¹⁴⁰ Zum Einsatz kamen neben einer Vakzine der Firma Pfizer

134 Schluckimpfung jetzt zugelassen, in: Frankfurter Rundschau; Schluckimpfung ist erlaubt, in: General-Anzeiger; Polio-Schluckimpfung freigegeben, in: Die Welt; Für Schluckimpfung, in: Bonner Rundschau; Bundesgesundheitsrat empfiehlt Schluckimpfung, in: SZ, jeweils 25. Oktober 1961.

135 Warum erst so spät impfen?, in: Bild-Zeitung (25. Oktober 1961).

136 HPI, Archiv, Schriftwechsel Pette 1960–1962, DVBK: Gutachten zur Frage der oralen Poliomyelitischutzimpfung, September 1961. Vgl. auch: Bundesgesundheitsblatt, 17.11.1961, 373.

137 BArch, B 142/3677, Bl. 591–614, hier Bl. 600, Niederschrift: Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Bundesländer am 20.12.1961.

138 C.L. Paul TRÜB u.a., Die orale Poliomyelitis-Schutzimpfung. Literaturübersicht – Gesundheitsstörungen und Impfschäden im Lande Nordrhein-Westfalen – Poliomyelitis-Antikörperbestimmungen bei Geimpften und Nichtgeimpften – Rechtsfragen (Bielefeld 1969), 104–105. Dort auch eine Übersicht der beschlossenen Landesgesetze.

139 Gesetz zur Änderung des Bundes-Seuchengesetzes v. 23.01.1963 (Bundesgesetzblatt I, 57–58).

140 Gerhard JOPPICH, Die Schluckimpfung gegen die Kinderlähmung. Rückblick und Vorschau, in: Die Medizinische Welt (1962), 2647–2650.

auch ein kanadischer Impfstoff, der nach Sichtung der kanadischen Prüfprotokolle durch das PEI als „ausreichend staatlich geprüft angesehen“ wurde.¹⁴¹ Die Zahl der 1962 registrierten Poliofälle betrug lediglich 296, die der Todesfälle war im Vergleich zum Vorjahr auf ein Zehntel gefallen.¹⁴² Wie Medien im Oktober 1962 berichteten, hatte der Erfolg der Impfkation selbst die Erwartungen der Experten übertroffen.¹⁴³

Abschließende Bewertung

Mit Eifer war die DDR-Regierung 1960/1961 bestrebt, die schnellen Erfolge ihrer Impfstrategie gegen Polio im öffentlich ausgetragenen Systemwettstreit mit der Bundesrepublik zu präsentieren und zu nutzen. Dies belegen die zahlreichen Presseberichte über die Poliologie in Ost- und Westdeutschland und das an die Bundesregierung gerichtete Impfstoffangebot. Die Analyse des Entscheidungsprozesses bei der Einführung der Schluckimpfung in der Bundesrepublik zeigt jedoch, dass die Bekämpfungsstrategie in der DDR für den wissenschaftlichen Diskurs in der Bundesrepublik nicht entscheidend war. Schon vor der Einführung der Schluckimpfung in der DDR stand eine große Anzahl westdeutscher Wissenschaftler dem Lebendimpfstoff aufgeschlossen gegenüber. Um seine Unschädlichkeit und Wirksamkeit zu gewährleisten, legten sich die mit dem Thema befassten Gremien schon früh auf dieselben strengen Anforderungen fest, die die USA an die Herstellungs- und Prüfverfahren für eine Polio-Lebendvakzine stellten. Damit schieden 1961 nahezu alle auf dem „Weltmarkt“ verfügbaren Impfstoffe für einen Einsatz in der Bundesrepublik aus. Dies galt auch für den „Sabin-Tschumakow-Impfstoff“, den die DDR im Frühjahr 1961 zur Bekämpfung der in NRW grassierenden Polio-Epidemie anbot. Gleichwohl spielten die von Wissenschaftlern und Gesundheitsbeamten geforderten strengen Herstellungs- und Prüfvorschriften den Bonner Politikern in die Hände. Sie konnten sich bei Angriffen der Presse und Protesten aus der Bevölkerung hinter den Sachverständigenvoten „verschanzen“.

Für die westdeutschen Medien und die von ihnen beeinflusste Öffentlichkeit stellte die Impfstrategie in Osteuropa einschließlich der DDR sowie die Westberliner Impfkation eine bedeutende Referenz für die Wirksamkeit der Schluckimpfung dar. Das Festhalten von Wissenschaft und Behörden an den hohen Anforderungen für die Kontrollvorschriften erschien als „übertriebenes Sicherheitsbedürfnis“.

Der schon 1961 in westdeutschen Medien erhobene Vorwurf, die Bundesrepublik sei bei der Einführung der Schluckimpfung zu zögerlich vorgegangen, muss vor dem Hintergrund der internationalen Polioimpfstoffdebatte analysiert werden: In den USA, die ebenfalls 1962 erstmals eine landesweite Schluckimpfungskampagne durchführten,¹⁴⁴ sahen sich die Gesund-

141 BArch B 208/1004, Kurzbericht über die Sitzung der AG der Ltd. Medizinalbeamten der Länder am 09.02.1962. Ein Sabin-Impfstoff aus deutscher Produktion (Behringwerke) stand erstmals im Oktober 1963 zur Verfügung, vgl. BArch B 142/1897, Bl. 231, dpa-Meldung „Erster deutscher Schluckimpfstoff gegen Kinderlähmung“, 11.10.1963.

142 RASCH / PÖHN, Statistik, wie Anm. 110, 71.

143 Großer Erfolg der Schluckimpfung, in: FAZ (12. Oktober 1962).

144 Hierbei wurden 20 Mio. Einwohner mit Typ I, 7 Mio. mit Typ II und 13 Mio. mit Typ III immunisiert. BArch, B 142/1897, Bl. 19, BGA an Höffken, 18.09.1962. Kanada führte von März bis Juni 1962 erstmals eine Massen-Schluckimpfung mit 3,83 Mio. Teilnehmern durch. Mitteilungen aus dem Bundesgesundheitsamt, in: Bundesgesundheitsblatt 5 (1962), 352–353.

heitsbehörden mit ähnlichen Vorwürfen wie die bundesdeutschen Institutionen konfrontiert.¹⁴⁵ Anders als in der Bundesrepublik, traf die „Übervorsichtigkeit“ der US-Behörden vor dem Hintergrund des „Cutter-Unglücks“ allerdings auf größeres Verständnis: „This is understandable because we are dealing with live viruses and the vaccine must be save – consistently. This is a problem when vaccines are made by mass production and a slight contamination or miscalculation may lead to a batch that is unsafe or too weak to be of value.“¹⁴⁶

In Europa hatten bis zum Herbst 1961 landesweite Massenimpfungen mit Polio-Lebendimpfstoff nur hinter dem Eisernen Vorhang stattgefunden.¹⁴⁷ Österreich hatte sich mit der gesetzlichen Einführung der Schluckimpfung im November 1960 zwar als Vorreiter in Westeuropa etabliert.¹⁴⁸ Die zunächst angebotenen Impfstoffe aus russischer, kanadischer und belgischer Produktion entsprachen „wegen der Nichtausschaltung“ von Fremdviolen jedoch nicht den Vorgaben des entscheidenden Sachverständigengremiums, weshalb die Impfkation „vorläufig“ aufgeschoben wurde.¹⁴⁹ In der Winterimpfsaison 1961/62 genügte lediglich der im Pfizer-Werk in England hergestellte Impfstoff den Anforderungen.¹⁵⁰ Die österreichischen Behörden legten also ähnlich strenge Maßstäbe an die Eigenschaften des Schluckimpfstoffes wie die bundesdeutschen, was eine Verwendung des russischen Impfstoffes ausschloss. Die vom 20. November bis 9. Dezember 1961 in Österreich durchgeführte Massenimmunisierung von fast 2,5 Millionen Personen (35 Prozent der Gesamtbevölkerung)¹⁵¹ diente ebenso wie die am 5. Februar 1962 in Bayern gestartete bundesdeutsche Impfkampagne als Schutzmaßnahme in der Poliosaison 1962. Auch die Schweiz führte erstmals im Winter 1961/62 eine Schluckimpfung auf breiter Basis mit insgesamt 1,5 Millionen Teilnehmern durch.¹⁵² Im übrigen Europa sahen viele Länder aufgrund ihrer hohen Durchimpfungsraten mit Salkimpfstoff keinen Grund, von dieser „erprobten und unschädlichen Impfmethode abzugehen“.¹⁵³ Vor diesem Hintergrund erscheint die 1961 in der Bundesrepublik beschlossene Einführung einer Schluckimpfung keineswegs zögerlich. Ausweislich der Abschlusserklärung des in Oxford versammelten VII. Europäischen Poliomyelitis-Symposiums vom 19. September 1961 gab es unter den Delegierten erhebliche Differenzen über den Wert der beiden Impfstoffe, die eine allgemein akzeptierte und einheitliche europäische Poliopolitik ausschlossen. Jedes Land sollte daher individuell – vor dem Hinter-

145 Oral Polio Vaccine Held Months Away, in: New York Times (17. März 1961).

146 Theodore R. VAN DELLEN, How to Keep Well. Oral Polio Vaccines, in: The Washington Post (27. Juni 1961).

147 Vgl. BArch, B 142/23, Bl. 336. Als erstes westliches Land führte Japan im Juli 1961 eine Massen-Schluckimpfung mit 10 Mio. Dosen aus sowjetischer und 3 Mio. Dosen aus kanadischer Produktion durch, vgl. Christopher J. RUTTY, From Salk To Sabin: Persistent Polio and Vaccine Innovation at Connaught Labs, 1955–1962, online auf: <https://connaught.research.utoronto.ca/history/article8/> (letzter Zugriff: 15.11.2021); University of Cincinnati Libraries, Albert B. Sabin Archives, Oral Poliovirus Vaccine, Japan Cooperative Study, Kitaoka an Sabin, 14.07.1961 (https://drc.libraries.uc.edu/bitstream/handle/2374.UC/673593/japcoost_1957-61_048.pdf?sequence=1) (letzter Zugriff: 15.11.2021).

148 HILBER, Ein unerwarteter Erfolg, wie Anm. 15.

149 BayHStA, MInn 109643, Schindl an Huther, 07.06.1961.

150 BayHStA, MInn 109644, Schindl an Schmelz, 25.10.1961.

151 Werner ANDERS / Meinrad SCHÄR / Franz FRIZA, Die epidemiologische Situation der Poliomyelitis im Jahre 1961 in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweizer Eidgenossenschaft und der Republik Österreich, in: Bundesgesundheitsblatt 6 (1963), 54–58.

152 Allerdings hatte sie von 1958 bis 1961 insgesamt mehr als 400.000 Einwohner in Selbstversuchen, Feld- und Großversuchen und Massenimpfungen mit Lebendimpfstoff immunisiert, vgl. Meinrad SCHÄR, Über die Erfahrungen mit der Schluckimpfung gegen die Poliomyelitis in der Schweiz, in: Bayerisches Ärzteblatt 17 (1962), 14–19.

153 Kurt HARTUNG, Hg., Praktikum der Schutzimpfungen (Berlin 1962), 141.

grund seiner spezifischen Probleme und administrativen Möglichkeiten – seine Wahl treffen. Wie das Symposium gezeigt hatte, schnitt „die Bundesrepublik absolut und relativ sowohl im Hinblick auf die epidemiologische Lage als auch in Bezug auf den Durchimpfungsgrad gegen Poliomyelitis am schlechtesten“ ab.¹⁵⁴ Mit dem Votum des BGR folgte die bundesdeutsche Impfpolitik nur fünf Wochen später geradezu vorbildlich den Empfehlungen des Europäischen Poliomyelitis-Symposiums.

Die Schlussfolgerung von Lindner und Blume, wonach die Systemkonkurrenz zwischen den beiden deutschen Staaten und die Politik des Kalten Krieges die Bundesrepublik zum schnellen Handeln zwangen, muss aufgrund der beschriebenen vielschichtigen Entscheidungsprozesse in den politikberatenden Gremien und involvierten Behörden sowie des Einflusses der Medienberichterstattung differenzierter gefasst werden.

So dominierte die weitgehend positive Berichterstattung der westdeutschen Presse über die Entwicklung der Lebendimpfstoffe – auch über ihre Anwendung in den osteuropäischen Staaten – das öffentliche Meinungsbild und trug zu einer Erhöhung des Handlungsdrucks auf die Politik bei. Auf der Ebene der Bundesländer wurde der Druck durch steigende Poliozahlen verstärkt, so dass phasenweise Alleingänge drohten. Wesentliche Impulse kamen hier aus der Mitte der Länderparlamente, die sich mit einer beunruhigten Bevölkerung konfrontiert sahen.

Auch die Interessen der deutschen Impfstoffindustrie waren gespalten. Einerseits hatten die Behringwerke und ihr Mutterkonzern, die Farbwerke Hoechst AG, wie Blume und Lindner betonten, ein wirtschaftliches Interesse an der Fortführung und Intensivierung der bundesdeutschen Impfkampagnen mit ihrem „bewährten“ Totimpfstoff. Andererseits waren sie, nachdem sie schon früh das Potential des Lebendimpfstoffes erkannt und sich die notwendigen Lizenzrechte gesichert hatten,¹⁵⁵ an einer schnellen Verabschiedung der Herstellungs- und Prüfverfahren und staatlichen Produktionsgenehmigung interessiert. An dem Entscheidungsprozess zur Einführung der Schluckimpfung waren sie aktiv beteiligt, u.a. durch ihre Mitarbeit in der BGA-Kommission. Dass die Schluckimpfung zunächst nur mit ausländischem Impfstoff erfolgen konnte, wie Lindner und Blume hervorheben, war den Sicherheitsbedenken der Gesundheitsbehörden geschuldet, die den Behringwerken lange eine Produktionslaubnis verweigerten.

Mit dem BGR trat ein neuer Akteur in den Impfdiskurs ein, der die Entscheidungsgewalt an sich reißen und lange bewahren konnte. Dies war zum einen dem leidenschaftlichen Engagement eines einzelnen BGR-Mitgliedes geschuldet, das diese Kompetenz vehement reklamierte, zum anderen eine Folge der unter den Experten verbreiteten Unsicherheit und der mangelnden Bereitschaft anderer Institutionen, wie der AG der Leitenden Medizinalbeamten der Länder, Verantwortung zu übernehmen. Für die Bundesregierung stellte der BGR einen Garanten für die Einheitlichkeit des Vorgehens dar, mit dem das Vorpreschen einzelner Länder verhindert werden konnte. Zuletzt konnte der BGR allerdings dem Druck der Öffentlichkeit und der Bundesländer nicht mehr standhalten und machte im Oktober 1961 den Weg zur Einführung der Schluckimpfung frei.

154 BArch, B 142/23, Bl. 290–297, Dienstreisebericht Hennebergs zum VII. Europäischen Poliomyelitis-Symposium in Oxford, 17.–20.9.1961.

155 Walter Hennessen, der 1958 als Leiter der Virusabteilung in die Behringwerke eintrat, hatte 1952/53 bei Sabin gearbeitet und über das Poliovirus geforscht. An den Verhandlungen der Behringwerke mit Sabin war er federführend beteiligt. HINZ-WESSELS, Medizinische Verflechtung, wie Anm. 2; Hennessen, Walter, in: Hessische Biografie, online auf: <https://www.lagis-hessen.de/pnd/105292583> (letzter Zugriff: 15.11.2021).

Informationen zur Autorin

Dr. Annette Hinz-Wessels ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Medizin im Nationalsozialismus, Geschichte der Fürsorge und Geschichte wissenschaftlicher Institutionen, Geschichte der Medizin in der SBZ/DDR. Seit dem 1. September 2018 forscht sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin über „Medizinische Verflechtung im Kalten Krieg: Vorgeschichte, Aushandlung und Alltag des deutsch-deutschen Gesundheitsabkommens“ (DFG-Sachbeihilfe – eigene Stelle), E-Mail: annette.hinz-wessels@charite.de

Marina Hilber

Austrian Vaccine Diplomacy. A Cold War Mission against Poliomyelitis

Summary

In 1960, Austria initiated diplomatic relations across the Iron Curtain to explore the possibility of ordering the oral polio vaccine (OPV) produced in the Soviet Union. The live attenuated vaccine promised to enhance immunity in communities and was both easier to administer and much cheaper than the inactivated vaccine (IPV). The American scientist Albert Sabin and his Russian ally Mikhail Chumakow had tested the new vaccine in large field trials across the USSR at the end of the 1950s. The satisfactory results were also noticed in Austria. Not only did the media report on the prospect of eradicating polio but the members of the Supreme Medical Council and other leading Austrian physicians also discussed Austria's stance towards polio prophylaxis. This paper uses the minutes of the Supreme Medical Council as well as related ministerial sources to establish the main conflict points in the debates surrounding the establishment of a national vaccination programme. Although negotiations with the USSR were eventually unsuccessful, the case of Austrian vaccine diplomacy sheds light on national and international interests and cooperation in the fight against polio during the Cold War.

Im Jahr 1960 nahm Österreich diplomatische Beziehungen über den Eisernen Vorhang hinweg auf, um eine mögliche Bestellung des in der Sowjetunion produzierten oralen Polioimpfstoffs (OPV) zu prüfen. Die Schluckimpfung versprach, die Immunität in der Bevölkerung zu stärken, und war sowohl einfacher zu verabreichen als auch wesentlich billiger als der bisher genutzte Totimpfstoff (IPV). Der amerikanische Wissenschaftler Albert Sabin und sein russischer Verbündeter Michail Tschumakow hatten den neuen Impfstoff Ende der 1950er Jahre in großen Feldversuchen in der gesamten UdSSR getestet. Die erfolgreichen Ergebnisse wurden auch in Österreich wahrgenommen. Nicht nur die Medien berichteten über die Aussicht auf die Ausrottung der Kinderlähmung, sondern auch die Mitglieder des Obersten Sanitätsrates und andere führende österreichische Mediziner diskutierten die Haltung Österreichs zur Polio-Prophylaxe. Anhand der Protokolle des Obersten Sanitätsrates sowie entsprechender ministerieller Quellen werden die wesentlichen Konfliktpunkte in den fachlichen Debatten um die Schaffung einer nationalen Impfstrategie herausgearbeitet. Obwohl die Verhandlungen mit der UdSSR letztlich erfolglos blieben, wirft der Fall der österreichischen Impfdiplomatie ein Licht auf die nationalen und internationalen Interessen und die Zusammenarbeit im Kampf gegen die Kinderlähmung während des Kalten Krieges.

Keywords

Poliomyelitis, Vaccine Diplomacy, Cold War, Early 1960s, Austria, USSR

Introduction

“We cannot allow geopolitical blinkers when it comes to vaccines”, was how the Austrian Chancellor Sebastian Kurz defended his negotiations with Russia to secure large quantities of the viral vector vaccine *Sputnik V* for Austria at the end of March 2021.¹ Although vaccines against COVID-19 had been developed at lightning speed, production was lagging behind and distribution struggles at the international, national and local levels, as well as growing vaccine envy among the population, dominated the first half of 2021. Amidst this tense situation, the news that Kurz had explored purchase options for *Sputnik V* in a personal phone call with Russian President Vladimir Putin and had subsequently started negotiations with the international distributor *Russian Direct Investment Fund* (RDIF) caused a stir.² The fact that the vaccine lacked authorisation from the European Medicines Agency (EMA), which happens to still be pending, made the Austrian move a political issue within the European Union (EU).³

Despite the pending licencing, numerous countries worldwide had already concluded contracts with Russia. As of 31 March 2021, the use of *Sputnik V* had already reached global dimensions and the vaccine was being rolled out not only in Russia, Kazakhstan, Belarus, Serbia and Montenegro but also in Latin America (Mexico, Venezuela, Bolivia, Paraguay and Argentina), selected African countries (Algeria, Tunisia and Guinea), Iran, Pakistan, the United Arab Emirates and Bahrain, as well as in Laos.⁴ In Austria’s immediate vicinity, Hungary was immunising its population with the Russian vaccine by means of a national emergency use authorisation, and Slovakia had also received extensive deliveries of *Sputnik V*. It may not be surprising that the former socialist states turned against the official EU policy. However, Austria’s ambitions caused not only irritation and numerous headlines within the Union. Domestically, the effectiveness of the vaccine was also questioned due to the lack of transparency of Russian research

1 Österreich will Corona-Impfstoff Sputnik V einsetzen, in: Zeit Online (30 March 2021), <https://www.zeit.de/news/2021-03/30/oesterreich-will-corona-impfstoff-sputnik-v-einsetzen> (last access: 30.09.2021); Österreich verhandelt mit Russland über eine Million Sputnik-Dosen, in: Wiener Zeitung (30 March 2021), <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/europa/2098469-Russland-bietet-Oesterreich-1-Million-Sputnik-Dosen-an.html> (last access: 30.09.2021).

2 Ibid.

3 The EU criticized the use of vaccines for propaganda purposes, saying that science diplomacy was being misused as a means of power. Russia and also China were particularly criticized due to their offensive approach. The New York think tank The Soufan Center even spoke of a “new arms race” reminiscent of the Cold War. Cf. Österreich hofft auf schnelles grünes Licht der EMA für Sputnik-Impfstoff, in: Kurier (9 April 2021), <https://kurier.at/politik/inland/oesterreich-hofft-auf-schnelles-gruenes-licht-der-ema-fuer-sputnik-impfstoff/401345570> (last access: 30.09.2021).

4 Alexander DWORZAK / Simon ROSNER, Sputnik V in Österreich. Landen heißt nicht impfen, in: Wiener Zeitung (31 March 2021), <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2098690-Sputnik-V-in-Oesterreich-Landen-heisst-nicht-impfen.html> (last access: 30.09.2021).

findings. Reports from Slovakia criticizing the available data on production and testing procedures did the rest to discredit the Russian vaccine.⁵

Nevertheless, on 10 April 2021, the Austrian Chancellor announced that the negotiations with Russia had “almost reached their end”.⁶ After that, however, silence fell over the Russian vaccine. Two months later, still nothing had happened. The contracts had not been signed and the widely announced deliveries of one million vaccine doses never arrived.⁷

While the 2021 case must, in retrospect, be interpreted as a PR stunt to burnish the image of a failing chancellor,⁸ this article focuses on its historical antecedents during the Cold War. For, 60 years before the failed *Sputnik V* negotiations, Austria and the Soviet Union had already engaged in serious negotiations in the context of poliomyelitis prevention. In fact, in the early 1960s, Austria was attempting to purchase large quantities of attenuated live polio vaccine (oral polio vaccine (OPV)) from Russian producers.

This article examines the reasons why Austria, which had only recently emerged from Allied occupation and had formed a neutral state since 1955, proactively considered the introduction of vaccination with a live vaccine as early as 1959, thus tackling a sensitive health policy issue of the early Cold War. What were the motives against maintaining the path taken by the Western countries to combat the infectious disease with the inactivated poliovirus vaccine (IPV) developed by Jonas Salk (1914–1995), and what were the arguments in favour of the novel albeit riskier live attenuated vaccine developed by the American Albert Sabin (1906–1993) and administered millions of times by his Russian colleagues Mikhail Chumakov (1909–1993) and Anatol Smorodintsev (1901–1986)? Austria’s official negotiations with the USSR are analysed in the context of *science diplomacy*.⁹ The article identifies the national and international actors involved in the diplomatic mission and enquires into the strategies pursued by Austrian decision-makers in their national fight against poliomyelitis. It should be noted that the negotiations at the beginning of the 1960s failed, the reasons for which are clarified in this article. How Austria nonetheless managed to become the first country in the Western world to immunise the most vulnerable age groups, namely children and adolescents aged six months to 21 years, with OPV during a nationwide mass vaccination campaign in November 1961 is also explored.¹⁰

5 Gerald SCHUBERT, Debatten über Sputnik V in der Slowakei wieder aufgeflammt, in: Der Standard (27 May 2021), <https://www.derstandard.at/story/2000126976296/debatten-ueber-sputnik-v-in-der-slowakei-wieder-aufgeflammt> (last access: 30.09.2021).

6 Kurz: Sputnik-Verhandlungen „de facto am Ende angelangt“, in: Die Presse (10 April 2021), <https://www.die-presse.com/5963851/kurz-sputnik-verhandlungen-de-facto-am-ende-angelangt> (last access: 30.09.2021).

7 Harald DRAGAN / Martin KALLINGER, Warum es um „Sputnik V“ wieder leise geworden ist, in: Kronen Zeitung (13 May 2021), <https://www.krone.at/2411883> (last access: 30.09.2021).

8 Cf. the parliamentary question by the NEOS: Gerald LOACKER, Anfrage betreffend Sputnik als Ablenkungsmanöver, in: Nationalrat XXVII Geschäftsperiode, Anfrage 6167/J, 6 April 2021, https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/J/J_06167/index.shtml (last access: 30.09.2021).

9 On the concept of science diplomacy, cf. Pierre-Bruno RUFFINI, Conceptualizing Science Diplomacy in the Practitioner-Driven Literature. A Critical Review, in: Humanities and Social Sciences Communication 124/7 (2020), <https://doi.org/10.1057/s41599-020-00609-5>; Paul Arthur BERKMAN, Evolution of Science Diplomacy and its Local-Global Applications, in: European Foreign Affairs Review 24 (2019), 63–80. On the context of science in public policy making cf. Peter WEINGART, Scientific Expertise and Political Accountability. Paradoxes of Science in Politics, in: Science and Public Policy 26/3 (1999), 151–161.

10 For an overview of the history of poliomyelitis vaccination, see: Marina HILBER, Ein unerwarteter Erfolg? Die Geschichte der Poliomyelitis-Schutzimpfungen in Österreich, in: Wolfgang Schütz et al., eds., Medizin in Wien nach 1945. Strukturen, Aushandlungsprozesse, Reflexionen (Göttingen 2022), 381–402.

With these focal points, the article locates itself within the tradition of medical historical research on the Cold War, which has illustrated the fight against poliomyelitis in particular as a paradigmatic example of cooperation across the Iron Curtain. Besides the dissemination of Jenner's cowpox vaccine, polio prevention has been described as the prime example of successful *science diplomacy*, or more precisely, *vaccine science diplomacy*.¹¹ Based on interviews with Albert Sabin and the scientist's correspondence with his Russian colleagues, Saul Benison traced the path of OPV from the USA to the USSR and back to the West as early as the 1980s, analysing the difficulties and challenges of American-Soviet collaboration.¹² Dóra Vargha presented a comprehensive national case study with her work on the history of polio prevention in Hungary. She, too, focused on international diplomacy "across the Iron Curtain".¹³ For divided Germany, it was Ulrike Lindner who first took up the topic and compared Germany to Great Britain. Malte Thießen also focused on polio vaccination in the context of media popularisation campaigns.¹⁴ The interdependence of collaboration and system competition, using the example of German-German relations during the Cold War, is the subject of Annette Hinz-Wessels' current research. She has also contributed a paper on the introduction of live vaccines in the Federal Republic of Germany (FRG) and the German Democratic Republic (GDR) to this special issue.¹⁵

The following content focuses on the extremely dynamic early phase of the Cold War between 1959 and 1961. Based on the minutes of the Supreme Medical Council (= Oberster Sanitätsrat, hereinafter OSR), the passionate disputes and decision-making processes of this advisory body are evaluated. Supplemented by the actual diplomatic exchange between the Austrian negotiators – the Federal Ministry of Social Administration (= Bundesministerium für soziale Verwaltung, hereinafter BMfsV) as well as the Ministry of Foreign Affairs – and their Soviet counterparts, the events surrounding the introduction of oral vaccination in Austria can be traced. First, Austria's epidemiological landscape and predominant health policy at the end of the 1950s are clarified, before a second section looks into the actual *vaccine science diplomacy* with the Soviet Union. A third section then provides an overview of the actual introduction of oral vaccination in 1961 and its track record.

-
- 11 Peter J. HOTEZ, Vaccine Diplomacy. Historical Perspectives and Future Directions, in: PLoS Neglected Tropical Diseases 8/6 (2014), e2808, <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002808>; Peter J. HOTEZ, Restoring Vaccine Diplomacy, in: Journal of the American Medical Association (= JAMA) 325/23 (2021), 2337–2338; Sudip BHATTACHARYA et al., Role of Vaccine Science Diplomacy in Low-Middle-Income Countries for Eradicating the Vaccine-Preventable Diseases. Targeting the "Last Mile", in: Journal of Family Medicine and Primary Care 10 (2021), 2739–2744.
 - 12 Saul BENISON, International Medical Cooperation. Dr Albert Sabin, Live Poliovirus Vaccine and the Soviets, in: Bulletin of the History of Medicine 56/4 (1982), 460–483.
 - 13 Cf. Dóra VARGHA, Polio Across the Iron Curtain. Hungary's Cold War with an Epidemic (Cambridge 2018).
 - 14 Ulrike LINDNER, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (Munich 2004), especially 252–257; Ulrike LINDNER / Stuart S. BLUME, Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955–1965, in: Medical History 50 (2006), 425–446; Malte THIESEN, Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR, in: Zeithistorische Forschungen 10/3 (2013), 409–432. On the cultural history of vaccination and the media popularization campaigns see: Malte THIESEN, Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 225, Göttingen 2017).
 - 15 Annette HINZ-WESSELS, Medizinische Verflechtung und Systemkonkurrenz im Kalten Krieg. Poliobekämpfung im geteilten Berlin, in: Medizinhistorisches Journal 55/2 (2020), 132–171. Cf. also Annette HINZ-WESSELS, Entscheidungsprozesse der bundesdeutschen Gesundheitspolitik im Kalten Krieg. Die Einführung der Schluckimpfung in der Bundesrepublik im Jahr des Mauerbaus in this special issue.

Austrian Polio Policy

During the 20th century, polio was synonymous with medical helplessness and broken dreams – also in Austria. Every year, Austrian parents feared the unpredictable consequences of an infection – would their children survive the annual epidemic waves unharmed or marked by permanent paralysis or even count among the fatalities? Medicine and politics alike were under enormous pressure to develop an effective prevention strategy.

A vaccine was finally developed by the mid-1950s, but the practical introduction of Jonas Salk's inactivated poliovirus vaccine (IPV) turned out to be a tedious task. The Cutter incident¹⁶, in which batches of improperly inactivated vaccine were administered, causing serious illness in several children in the US, thwarted the rapid introduction of this preventive measure in Austria as well. Decision-making bodies delayed the approval of the polio vaccine until 1958. Even then, IPV, which had to be administered in three doses by injection, did not gain momentum. The federal government and provinces disagreed on financing strategies, leading to inconsistent implementation schemes in the nine provinces. With the argument that Salk's vaccine 'only' provided protection for the individual and did not break the chain of infection, the federal government delegated (cost) responsibility to the provinces. Hence, a variety of strategies were developed at the provincial level: while pioneers such as Vienna offered free vaccination for particularly vulnerable age groups, other provincial governments such as that of Vorarlberg were reluctant to provide public vaccinations due to the high costs involved.¹⁷ However, increasing pressure from the public and the misfortune of a major outbreak in the summer of 1958 convinced even the sceptics eventually.¹⁸ Despite initial hesitancy, IPV rollout started in all Austrian provinces in 1958. Although the medical profession and politicians attested to the Austrian population's great fear of polio, vaccination coverage rates remained far below expectations. The Salk vaccine may indeed have been unattractive due to its being administered by injection, making parents shy away from the 'jab' in view of the tears shed by their children. However, the fact that not even half of the vulnerable age groups could be reached at the national level is largely due to the structural weaknesses of the federal system, which manifested themselves via disparate organisation and a lack of cost efficiency.¹⁹

The low vaccination coverage rates had noticeable effects. In 1959, one year after the authorisation of the Salk vaccine, Austria still recorded 696 cases of polio and almost 100 deaths, which corresponds to a lethality of 14 percent.²⁰ Therefore, Heinrich Manfred Jettmar (1889–1971), the professor of Microbiology and Hygiene at the University of Graz and a member of the OSR, initiated a detailed consideration of the topic by the OSR in December 1959.

16 On this accident connected to individual batches of the Salk vaccine that were not fully inactivated, see: Paul A. OFFIT, *The Cutter Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis* (New Haven–London 2007); Richard J. ALTENBAUGH, *Vaccination in America. Medical Science and Children's Welfare* (Cham 2018), 233–239.

17 HILBER, *Unerwarteter Erfolg*, see note 10, 391–395.

18 Cf. in detail the article by Elisabeth DIETRICH-DAUM, *Impfen erzwingen: Mündige Bürger*innen und säumige Landespolitiker in der Vorarlberger Poliomyelitis-Epidemie von 1958* in this special issue.

19 HILBER, *Unerwarteter Erfolg*, see note 10, 395.

20 Karl SCHINDL, *Der Kampf gegen die Kinderlähmung geht weiter*, in: *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für die Österreichische Sozialversicherung* 3 (1964), 106–108, 106.

Jettmar was one of the most prominent epidemiologists and hygienists in post-war Austria. As a renowned plague expert who had spent a large part of his scientific career in the Far East – in Siberia, Manchuria and China²¹ – he primarily had a professional interest in combating polio. However, a personal motive must also be mentioned: in 1930, his six-year-old son had contracted polio during their stay in China.²² Jettmar, who spoke Russian fluently due to his previous career abroad, referred to recent publications from the Russian journal *Voprosy Virusologii* (Problems of Virology), published by the Russian Academy of Sciences. Specifically, he reported on the recent polio conference in Moscow in May 1959, which had been attended by representatives from the USA and the USSR to discuss the jointly achieved progress in the field of live attenuated vaccines.²³

Jettmar's lecture was met with lively interest within the OSR. "The question of live vaccines is highly controversial. I have just returned from Russia and have had the opportunity to talk about it; they are all extremely enthusiastic",²⁴ said the OSR's chairman, the internist Karl Fellingner (1904–2000). Richard Bieling (1888–1967), in particular, at that time still the head of the Institute of Hygiene at the University of Vienna and an expert in the field of virology,²⁵ believed that it was time to ventilate the possibility of a national authorisation of the vaccine and to decide whether the state should actively promote oral vaccination as a substitute for the Salk vaccine. Bieling argued that not only was the improved individual immune response and the establishment of reliable herd immunity an advantage, but the oral vaccination was also easier to administer and significantly cheaper. Nevertheless, Western countries remained sceptical about oral vaccination. The reason for this, according to Bieling, was the lack of confidence in the profundness of the Soviet studies.

"It is clear that nothing really happened, i.e. deaths or things like that. But people distrust the Russian investigations – I don't mind using that word – in the sense that they say: yes, they can't have been able to keep track of every single case, as was the case when the Salk vaccine was

-
- 21 On Jettmar's eventful career: Andreas HUBER, Heinrich Mannfred Jettmar, in: Gedenkbuch für die Opfer des Nationalsozialismus an der Universität Wien 1938, <https://gedenkbuch.univie.ac.at> (last access: 10.10.2021). On his scientific work: Heinz FLAMM, Die Geschichte der Staatsarzneikunde, Hygiene, Medizinischen Mikrobiologie, Sozialmedizin und Tierseuchenlehre in Österreich und ihrer Vertreter (Vienna 2012), 236–239.
 - 22 Gerd KAMINSKI, Plague Doctor in China. Das abenteuerliche Leben des Dr. Heinrich Jettmar (Vienna 2010), 261.
 - 23 Österreichisches Staatsarchiv (= Austrian National Archive, ÖStA), BmfsV, Sektion V 1960, Schachtel (= Sch.) 1262, Zahl (= Zl.) 20654: Oberster Sanitätsrat; Diskussion über Vaccinationsprobleme in der 68. und 69. Vollversammlung.
 - 24 Ibid. Austria and the Soviet Union maintained an intensive mutual visiting practice. In 1958, some 31 Austrian delegations travelled to the USSR in a political and economic capacity. Austria apparently did not maintain such intensive contacts with any other former occupying power. Wolfgang MUELLER, A Good Example of Peaceful Co-existence? The Soviet Union, Austria, and Neutrality, 1955–1991 (Vienna 2011), 106–108.
 - 25 In this capacity, he was not only a member of the OSR since 1952 but also a member of the World Health Organisation (WHO) expert committee on viral diseases. Bieling retired in 1959. Cf. Felix CZEIKE, Richard Bieling, in: Historisches Lexikon Wien, https://www.geschichtewiki.wien.gv.at/Richard_Bieling (last access: 20.10.2021). On the problematic biography of Richard Bieling and his involvement in the typhus experiments in the Buchenwald concentration camp, cf. Ernst KLEE, Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945 (Frankfurt am Main 2003), 48–49; Paul WEINDLING, Epidemics and Genocide in Eastern Europe, 1890–1945 (Oxford–New York 2000), 341. A relatively uncritical appraisal of Bieling's scientific achievements and career stages can be found in: FLAMM, Staatsarzneikunde, see note 21, 92–99.

tested. Many things will have happened that were not noticed in the course of the Russian circumstances. So, one has to remain calm in this matter.”²⁶

Other members of the OSR, such as Alfred Schinzel (1904–1981), the head of the Institute of Hygiene and Microbiology at the University of Innsbruck, also shared Bieling’s assessment: as an outsider, one could not know what was really going on in the authoritarian socialist state.²⁷ Despite (international) publication activity and the participation of Soviet experts in conferences, it was apparently difficult to look behind the Iron Curtain and understand what was going on in the Soviet Union. However, such prejudices against the Soviet results not only dominated the intra-Austrian discourse but were also expressed internationally. The US, in particular, repeatedly criticised the USSR’s lack of scientific transparency and lax examination standards.²⁸ Even the inspection of the Soviet production facilities conducted by Dorothy Horstmann (1911–2001)²⁹ on behalf of the WHO and her positive report on the high quality of vaccination procedures in large parts of the Soviet Union could do little to change the prevailing image of Soviet conditions.³⁰ However, doubt was not only cast on the Russians’ overly positive reports on the use of the Sabin vaccine; the studies of Hilary Koprowski (1916–2013) in the Belgian Congo were also viewed critically by the Austrian experts due to the lack of state regulations in the African country. Schinzel summarised: “[...] there was no control, it was regarded as an underdeveloped country where he could do what he wanted.”³¹ However, Schinzel was probably only partly concerned with the ethics of these human experiments, focussing his critique primarily on the questionable objectivity of the results due to the lack of national supervisory bodies. In fact, the voluntary nature of the participants in all these field trials – whether they were carried out within the totalitarian system of the Soviet Union or in (post)colonial settings in Africa or Latin America – was never questioned by the OSR. On the contrary, the military organisation of the vaccination campaigns and the accompanying media offensive launched in the Soviet Union were viewed with a certain appreciation, their results even with a twinge of envy. Nevertheless, the OSR agreed that vaccination, if introduced in

26 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Diskussion über Vaccinationsprobleme in der 68. und 69. Vollversammlung.

27 Ibid.

28 BENISON, *International Medical Cooperation*, see note 12, 477–479; LINDNER / BLUME, *Polio Vaccine Innovation*, see note 14, 438.

29 Cf. for example: Dorothy M. HORSTMANN, *The Sabin Live Polio Virus Vaccination Trials in the USSR, 1959*, in: *The Yale Journal of Biology and Medicine* 64 (1991), 499–512. On Dorothy Horstmann’s biography and professional achievements cf. Heather A. CARLETON, *Putting Together the Pieces of Polio. How Dorothy Horstmann Helped Solve the Puzzle*, in: *The Yale Journal of Biology and Medicine* 84/2 (2011), 83–89.

30 BENISON, *International Medical Cooperation*, see note 12, 478–479. The skepticism of US researchers came to the fore at the Second International Conference on Live Polio Vaccines in June 1960. Charles Armstrong, one of the American pioneers in polio research, questioned the safety of the live vaccine. The Soviet delegation responded to the open criticism with the following statement: “I would like to assure Dr Armstrong of one thing, that we in the Soviet Union love our children and are concerned for their well being as much as people in the United States, or any other part of the world are for their children.” BENISON, *International Medical Cooperation*, see note 12, 479.

31 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Diskussion über Vaccinationsprobleme in der 68. und 69. Vollversammlung. Cf. on Hilary Koprowski’s controversial field trials: Gareth WILLIAMS, *Paralysed with Fear. The Story of Polio* (New York 2013), 218–230.

Austria, could only be provided on a voluntary basis. Mandatory vaccination was never on the agenda. In this sense, the Austrian results underscore Dóra Vargha's thesis that after World War II and the Nazi mass crimes, the West was particularly sensitive to any kind of coercion in the implementation of public health measures.³²

The initial debate about oral polio vaccination in the OSR clearly reflects the conflict in which some Western nations found themselves at the end of the 1950s. The Salk vaccine, which had been touted as a game changer, did not quite catch on, and the new live attenuated vaccine was dubious because of the socialist involvement in its testing. Some even called it a "communist vaccine".³³ Oral vaccination had become a political issue, a sideshow of the Cold War. Austria seemed to feel caught in the middle. Thus, although it looked to the East with (incredulous) enthusiasm, it did not want to break away from the Western majority position, at least not in 1959, and oriented its opinion-making strongly towards the USA.³⁴

Nevertheless, the Austrian expert committee wanted to find out more about what was going on in the Soviet Union. For this purpose, Franz Pötsch, employee of the Federal Bacteriological and Serological Investigation Institute in Vienna,³⁵ was sent on a scientific diplomatic mission. With the help of a WHO scholarship, he was able to get to know the production and testing conditions of live vaccines during a stay in Moscow and Leningrad (today, St. Petersburg) lasting several months in the spring of 1960.³⁶

Pötsch's report was entirely positive. His stay as a guest at the institutes of Chumakov and Smorodintsev had convinced him of the effectiveness of the live vaccine, the efficacy of the monovalent form being 95.8 percent when administered in three doses. Pötsch, who could participate in the Fourth International Symposium on Live Vaccines in Moscow, also estimated the danger of the attenuated virus mutating and causing serious outbreaks as low. The Soviet medical authorities had additionally minimised this theoretical danger to the unvaccinated by "feeding the virus to practically the entire population of the area to be immunised within a short time after the most careful propagandistic preparation"³⁷, thus preventing secondary infections. The Austrian authorities realised early on that the success of OPV would depend strongly on the willingness of the population to have themselves and their children vaccinated. The fact that the vaccine could be taken as a liquid solution with cold tea, juice, milk or syrup rather than by intramuscular injection promised a much higher acceptance rate. In the USSR,

32 Dóra VARGHA, Vaccination and the Communist State. Polio in Eastern Europe, in: Christine Holmberg / Stuart Blume / Paul Greenough, eds., *The Politics of Vaccination. A Global History* (Manchester 2017), 77–98, 90. Cf. also the concept of accompanied voluntarism in THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft*, see note 14, 218–227.

33 BENISON, *International Medical Cooperation*, see note 12, 482.

34 Attached to the relevant OSR file was a clipping from the JAMA, which quoted the decision of the American Surgeon General Leroy E. Burney that as long as Great Britain and other Western countries had not declared the oral vaccine safe and binding regulations existed for testing the vaccine, the USA could not allow approval either. For this reason, IPV should be continued. This is the path that Austria initially took as well. ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Diskussion über Vaccinationsprobleme in der 68. und 69. Vollversammlung.

35 Later, Franz Pötsch became the head of the Federal Bacteriological and Serological Investigation Institute, the predecessor institution of today's AGES (= Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit / Austrian Agency for Health and Food Safety). Cf. FLAMM, *Staatsarzneikunde*, see note 21, 131.

36 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Diskussion über Vaccinationsprobleme in der 68. und 69. Vollversammlung.

37 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Orale Schutzimpfung mit Lebendvakzine gegen Poliomyelitis.

the liquid was dripped on sugar cubes; equally popular were prefabricated vaccine dragées, the liquid vaccine having been incorporated into a candy base. The Soviets had even developed a colour code corresponding to the three virus types: pink for type I, purple for type II and blue for type III; the trivalent vaccine was sold as a white candy. Upon special request, the confectionery factory also offered vaccine-filled chocolate candy.³⁸

Despite the aforementioned advantages, great uncertainty and scepticism still prevailed in the OSR. Field trials with the live vaccine developed by the American Herald Cox (1907–1986) (produced by the Lederle Laboratories) in the canton of St. Gallen in Switzerland had been terminated prematurely by the health authorities and had not yielded clear results. The vaccination campaign with the same vaccine in West Berlin had led to several infections and even deaths. Interestingly, a field trial with the Cox vaccine, which the Lederle company wanted to carry out with the support of the Federal Bacteriological and Serological Research Institute in Austria, was not discussed in the OSR.³⁹ Although the trial results of neighbouring countries were inconclusive, the WHO committee report from the Washington Conference of June 1960 strongly recommended OPV due to its logistical advantages, primarily for countries with less developed health care systems. However, at this same conference, new concerns were raised about the live attenuated vaccine: American researchers had detected a previously unknown virus in the live vaccine. Consequently, the question as to the effects of this *vacuolating agent* (simian virus 40) on humans was raised.⁴⁰ At this point, a harmful or even carcinogenic effect could not be ruled out, even though Albert Sabin denied any danger based on the empirical data collected in the USSR, reducing common fears to a theoretical possibility.⁴¹ Given this

-
- 38 Mikhail CHUMAKOV, Appendix 2: Methodical Instructions on the Organization and Carrying out of Prophylactic Oral Vaccination with the Live Attenuated Poliovirus Vaccine, in: Mikhail Chumakov, On Mass Oral Immunization of Population in the Soviet Union against Poliomyelitis with Live Vaccine from A.B. Sabin's Attenuated Strains (Moskow 1960), 69–77.
- 39 In 1960, the files of the Federal Ministry of Social Administration contained documents on the authorisation of a field trial with trivalent Cox vaccine by the Lederle company (Dr F. Ottati). Franz Pötsch of the Federal Bacteriological and Serological Research Institute (head: Ernst Petrowsky) and the vaccinating doctors Obersanitätsrat Dr Mittelbach of the Styrian Medical Directorate and Primarius Dr Scholz of the Linz Children's Hospital were involved. Within the framework of the study, about 150 to 200 individuals in each setting were to be vaccinated with the Cox vaccine. Pötsch was to determine the effectiveness of the vaccination by means of serological tests and send the results to the Lederle laboratory. The Federal Bacteriological and Serological Research Institute was to receive a research grant of 75,000 schillings. However, it is not clear from the files whether this study was actually conducted. ÖStA, BMfS, Sektion V 1960, Sch. 1261, Zl. 16590: Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen zur Kontrolle des Erfolgs von Impfungen mit trivalenter oraler Poliomyelitisvaccine Lederle; ÖStA, BMfS, Sektion V 1960, Sch. 1261, Zl. 134379: Schutzimpfung gegen Poliomyelitis mit lebenden, abgeschwächten Erregern.
- 40 B.H. SWEET / Maurice R. HILLEMANN, Detection of a "Non-Detectable" Simian Virus (Vacuolating Agent) Present in Rhesus and Cynomolgus Monkey-Kidney Cell Culture Material. A Preliminary Report, in: Pan American Health Organization / World Health Organization, eds, Second International Conference on Live Poliovirus Vaccines, Washington, D.C., 6–10 June 1960 (Washington 1960), 81–89.
- 41 Oshinsky describes Sabin's reaction to the criticism of his vaccine as follows: "Sabin replied, with typical bravado, that his vaccine was safe, that the field trials just completed on 80 million Russian children had proved this beyond a reasonable doubt, and that no evidence existed to show that SV40 [simian virus, vacuolating agent] was dangerous to human beings." David M. OSHINSKY, *Polio. An American Story* (New York 2005), 279–282, quote on page 281. On the link between polio vaccination and cancer, cf. a study by the US Immunization Safety Review Committee: Kathleen STRATTON / Donna A. ALAMARIO / Marie C. McCORMICK, eds., *Immunization Safety Review. SV40 Contamination of Polio Vaccine and Cancer* (Washington 2003). Nevertheless, the suspicion could not be entirely dispelled, a fact that was reflected in a tendentious popular science review of this chapter of vaccination

ambivalent situation, Heinrich Jettmar had a hard time convincing the OSR to accord with his urgent request to begin preparations for oral mass vaccination in Austria as soon as possible. However, after heated discussions, the motion was eventually adopted in June 1960.⁴²

The topic of live vaccines continued to occupy the Austrian authorities and decision-making bodies intensively in the summer of 1960. At an extraordinary meeting of the Austrian Society for Microbiology and Hygiene⁴³ in July 1960, Martin Eugene Flipse (1919–2008) from Florida⁴⁴ and Georg Henneberg (1908–1996), the head of the FRG's Federal Health Agency (Bundesgesundheitsamt), reported on the results of the vaccination campaigns they had conducted.⁴⁵ An opportunity to learn about Albert Sabin's point of view also arose at a round table conference organised by the *Institut für Haemoderivate* (Institute for Haemoderivatives) in Vienna. The American expert reported on the success of the vaccination campaigns in his hometown of Cincinnati and in Hungary, where the majority of children had been vaccinated in a mass campaign and the number of new polio cases had declined rapidly.⁴⁶ Representatives of the three neighbouring countries Austria, Germany and Switzerland also met for discussions within the framework of the so-called "poliomyelitis cooperation" during the Seventh Meeting of the Society for Microbiology and Hygiene in Pörschach, Carinthia, in September 1960.⁴⁷ Henneberg made it clear that following the events in Berlin, no unauthorised vaccines should ever be used in the FRG again. Austria agreed with this position, but in 1960, there were still no generally recognised testing regulations for the live oral vaccine and the country did not have a national testing institute, having to rely on foreign test reports.⁴⁸

history: Debbie BOOKCHIN / Jim SCHUMACHER, *The Virus and the Vaccine. The True Story of a Cancer-Causing Monkey Virus, Contaminated Polio Vaccine, and the Millions of Americans Exposed* (New York 2004).

- 42 ÖStA, BMfsV, Sektion V, Sch. 1262, 1960, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Orale Schutzimpfung mit Lebendvakzine gegen Poliomyelitis.
- 43 Heinrich Jettmar was the chairman of the Austrian Society for Microbiology and Hygiene between 1959 and 1961. FLAMM, *Staatsarzneikunde*, see note 21, 239.
- 44 Flipse had successfully vaccinated 420,000 people in Miami Dade County with Lederle's Cox vaccine. Martin Eugene FLIPSE et al., *A Preliminary Report on a Large-Scale Field Trial with the Oral Cox-Lederle Attenuated Poliomyelitis Vaccine in Dade County (Miami), Florida*, in: Pan American Health Organization / World Health Organization, eds, *Second International Conference on Live Poliovirus Vaccines*, Washington, D.C., 6–10 June 1960 (Washington 1960), 435–444.
- 45 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Orale Schutzimpfung mit Lebendvakzine gegen Poliomyelitis.
- 46 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1261, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat: Orale Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, Referat OSR Prof. Jettmar bei der 72. Vollversammlung des OSR am 22.10.1960.
- 47 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1960, Sch. 1261, Zl. 20654, 92552: Besprechung über Poliomyelitis-Lebendvakzine am 14.9.1960 in Pörschach. Cf. on poliomyelitis cooperation in the region: HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung*, see note 15, 151. On the publication activity that grew out of this scientific cooperation: Werner ANDERS / Franz FRIZA / Meinrad SCHAR, *Die epidemiologische Situation der Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Österreich*, in: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 62/1 (1961), 1–9.
- 48 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1262, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Orale Schutzimpfung mit Lebendvakzine gegen Poliomyelitis. The vaccine from the Lederle company, which had not yet been licensed, had been a gift to West Berlin. LINDNER, *Gesundheitspolitik*, see note 14, 253–254; HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung*, see note 15, 164–166. The Lederle company apparently tried to advance numerous field trials in Europe by means of such gifts and generous research grants.

Sabin's visit to Vienna was received with mixed feelings. Members of the OSR criticised his business-like demeanour. In the discussion, Jettmar had demanded an objective comparison with Cox's and Koprowski's strains, which Sabin refused. In his opinion, the success in Eastern Europe made a clear point: only the Sabin strains were the future of OPV and the Salk vaccine would soon be a thing of the past.⁴⁹ Despite their personal criticism of Sabin, however, the OSR ultimately authorised his virus strains exclusively. The decisive factor leading to the preference for the vaccine based on Sabin strains was the recommendation of the WHO on the one hand and the about-turn of the USA in the matter of live vaccines on the other. As the *Journal of the American Medical Association (JAMA)* reported in September 1960, Surgeon General Leroy E. Burney was now preparing a mass vaccination campaign for 1961.⁵⁰ The OSR thus saw its position reaffirmed and, at its 72nd plenary meeting in October 1960, renewed the call to immediately begin preparations for the implementation of OPV. The immunisation campaign was expected to address all children and adolescents between the ages of two months and 21 years. The necessary law on public vaccination against poliomyelitis, which had already been drafted in 1959, was quickly adapted to the requirements of oral vaccination and was passed by the end of 1960.⁵¹

The intensive, controversial and heated discussions in the OSR as well as the expert opinions from Austria and abroad had finally led to a ground-breaking decision by the country's supreme medical body. The decision-making process of the Austrians differed profoundly from what Annette Hinz-Wessels has attested for West Germany, as it was not based solely on the results of Western studies. Rather, the Austrians tried to secure the best of both worlds.⁵² Thus, there was no reluctance in gathering Soviet information or making direct contact with a key player in OPV development, Albert Sabin.⁵³ What may be surprising, however, is the fact that although the information channels to the East were open and there was an exchange of scientific diplomacy, these contacts were limited to the Soviet Union. There were no official contacts with Austria's immediate communist neighbours Hungary and the Czechoslovak Socialist Republic (ČSR), both of which were pioneers in administering OPV. In 1958 and 1959, the ČSR had conducted extensive field trials with polio vaccine of its own production⁵⁴ as well as purchased batches of Soviet vaccine. By 1960, 93 percent of Czechoslovak children aged

49 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Schachtel 1261, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat: Orale Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, Referat OSR Prof. Dr. Jettmar bei der 72. Vollversammlung des OSR am 22.10.1960.

50 ÖStA, BmfsV, Sektion V 1960, Sch. 1261, Zl. 20654: OSR Referat von Prof. Dr. Jettmar zu Pkt. 2 der Tagesordnung (Entwurf einer Verordnung über die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung).

51 Bundesgesetz vom 28. November 1960 über öffentliche Schutzimpfungen gegen übertragbare Kinderlähmung, BGBl. 244/1960, 2176–2177, also published in *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 62/1 (1961), 23–24. Richard HAVLASEK, *Die rechtlichen Grundlagen der Schutzimpfung gegen übertragbare Kinderlähmung*, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, ed., *Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Österreich. Versuch einer Bilanz (Vienna–Frankfurt am Main–Zürich 1968)*, 19–25.

52 Austria had already repeatedly moved closer to the Soviet Union and thus dared to perform a diplomatic balancing act between East and West. One example is Austria's accession to the Danube Convention in 1959/60, which was viewed critically by the West. MUELLER, *Peaceful Coexistence*, see note 24, 108–109.

53 In the FRG, the Cox vaccine of the Lederle company had been used and personal contacts had been established with Koprowski. However, the West German medical authorities refrained from "contacting Sabin". HINZ-WESSELS, *Medizinische Verflechtung*, see note 15, 164–165.

54 The National Institute for Sera and Vaccines in Prague had produced the vaccine based on Sabin strains and was in close contact with Albert Sabin. VARGHA, *Vaccination and the Communist State*, see note 32, 86.

two months to 14 years had been successfully immunised. In Hungary, the devastating polio epidemic in the summer of 1959 had led to a mass vaccination campaign with the Soviet vaccine, starting in December 1959. Vaccination was made mandatory for infants and toddlers aged three months to two years but offered “voluntarily” to older children and adults. Dóra Vargha stresses, however, that the voluntary nature of vaccinations in day-care centres and schools was quite dubious. By 1960, Hungary had immunised 2.5 million people.⁵⁵ During his visit to Vienna, Sabin himself offered to put the Austrians in touch with the responsible parties in their neighbouring countries. Whether these contacts actually came to fruition is not documented, but Czechoslovakia and Hungary were probably of less interest to Austria since their ideological orientation as satellite states of the USSR made them seem unobjective. Due to the limited amount of vaccine produced in the ČSR, they had also to be ruled out as potential vaccine suppliers.⁵⁶

Although Heinrich Jettmar’s initiative was ultimately successful, the experienced hygienist and epidemiologist still had to admit

“[...] that despite this, many questions still remain unanswered. It can hardly be expected that they will be answered exhaustively in the next few years. One thing, however, is certain – apart from the problematic failures of the Lederle-Cox vaccine in West Germany – the oral vaccination of almost 100 million people has generally proven successful.”⁵⁷

The baton had thus been passed from the OSR to the federal government in 1960. The BMfsV immediately entered into negotiations with national and international pharmaceutical companies to find a suitable vaccine. However, this turned out to be a difficult diplomatic endeavour.

Negotiations across the Iron Curtain

Immediately after the OSR’s plenary meeting in June 1960, the BMfsV began to solicit offers from various pharmaceutical companies. Initially, contacts were made with the Austrian representatives of international companies such as Pfizer, Lederle, the Belgian company Recherche et Industrie Thérapeutique (R.I.T.) and the Austrian *Institut für Haemoderivate* in Vienna.⁵⁸ The vaccine of the Poliomyelitis Research Institute of the Russian Academy of Sciences in Moscow was also on the list but a direct request could not be made. The necessary information had to be obtained through diplomatic channels. On 11 July 1960, the BMfsV therefore sent an urgent request to the Ministry of Foreign Affairs.⁵⁹ The formal request to the Soviet authorities quickly yielded a positive result, with the Moscow Poliomyelitis Research Institute being able “to supply the Austrian health authorities with live vaccine against poliomyelitis in liquid and

55 Ibid., 87.

56 ÖStA, BMfsV, Sektion V, Sch. 1261, 1960, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat: Orale Schutzimpfung gegen Poliomyelitis; Referat OSR Prof. Dr. Jettmar bei der 72. Vollversammlung des OSR am 22. 10. 1960.

57 Ibid.

58 ÖStA, BMfsV, Sektion V, Sch. 1261, 1960, Zl. 20654: OSR Referat von Prof. Dr. Jettmar zu Pkt. 2 der Tagesordnung (Entwurf einer Verordnung über die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung).

59 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 20654, 72642: Durchführung von Schutzimpfungen gegen Poliomyelitis mit Lebend-Vakzine. Vorarbeiten.

coated form, in any quantity and at any date".⁶⁰ Prices were set at 30.50 roubles per 1,000 doses of the candied monovalent vaccine and 57 roubles per 1,000 vaccine doses for the trivalent form. For all further negotiations, the Soviet Foreign Ministry referred the Austrians to the state-owned company *Sojuschimexport*, which managed the international sales of the vaccine.⁶¹

Sojuschimexport quickly found an importer in Austria that acted as an intermediary in the negotiations. From November 1960 on, the BMfsV negotiated with the Vienna-based *Österreichische Warenhandels-gesellschaft*. The ministry placed an order for 1,000 doses each of the monovalent and trivalent vaccines for testing purposes. In addition, they requested the corresponding production protocols and a governmentally approved test certificate for the batches concerned. Yet, the Russians were not prepared to issue such a test certificate and merely referred to a publication by Mikhail Chumakov which, in their view, contained all the relevant information on the effectiveness of the vaccine. Apparently, the Austrian request for production protocols and test certificates was met with incomprehension by the Soviets, who stated that such confirmations were unnecessary since "the quality is sold freely all the time".⁶² Due to the fact that the Soviet Sabin vaccine was already in common use in numerous countries worldwide and millions of people had already been successfully immunised, the Soviets did not see themselves as subject to any obligation of legitimisation. However, it was not only the Austrian negotiators who had that impression; the French vaccine expert Charles Mérieux (1907–2001) also remembered his failed attempts to obtain exact data to verify the effectiveness of the Soviet vaccine: "When we asked the Soviet scientists to provide details and data, their only reply was that they had vaccinated 100 million people, and there were fewer and fewer cases of polio. They thought this was all we needed to know."⁶³ In Austria, the uncooperative Soviet attitude led to increasing doubts as to the seriousness of their offer. Karl Schindl (1903–1993), the head of the health department within the BMfsV, commented on the situation on 28 November 1960, informing the Federal Minister: "The fact that the state examination certificates are being withheld arouses the suspicion that the Soviet authorities are not particularly interested in such a delivery."⁶⁴

In addition, the negotiators faced yet another problem. The price of the vaccine had increased significantly, and the Russians requested dollars, not roubles. Contrary to the original deal, which would have cost the state about one million Austrian schillings, the price for the required vaccine now amounted to over four million schillings.⁶⁵ The ministry suspected that the initial

60 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 20654, 95027: Poliomyelitislebensvakzine. Austria and the Soviet Union were linked by extensive economic exchange in the 1950s. Austria mainly supplied machinery and equipment for Russian industrial plants (turbines, generators, locomotives, excavators, ships, etc.) as well as consumer goods such as shoes and textiles. In return, the Soviet Union mainly supplied raw materials such as coal, asbestos and ores as well as agricultural goods such as wheat, maize and cotton. In addition, Austria had undertaken in the State Treaty to supply the Soviet Union with large quantities of oil free of charge between 1955 and 1961 in exchange for the "German property" confiscated at the end of the war. MUELLER, *Peaceful Coexistence*, see note 24, 122–126.

61 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 20654, 95027: Poliomyelitislebensvakzine.

62 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 122396, 130648: Beschaffung von Poliomyelitis-Lebensvakzine.

63 Bernard SEYTRÉ / Mary SHAFFER, *The Death of a Disease. A History of the Eradication of Poliomyelitis* (New Brunswick–London 2005), 87.

64 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 122396, 130648: Beschaffung von Poliomyelitis-Lebensvakzine.

65 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 122396: Poliomyelitis-Lebensvakzine russischer Provenienz.

price information had been given in ignorance of the Western price levels. The Soviets probably did not want to sell themselves short, and after the European and American prices for the live vaccine became known, had revised their offer upwards.⁶⁶

The ambivalence of the Soviet reactions was displayed once again when the Russians willingly answered a direct enquiry via the Austrian embassy in Moscow concerning the quarantine and accommodation conditions of the laboratory monkeys from whose kidneys the vaccine was obtained. In addition, the BMfsV was provided with a total of 1,000 doses of the monovalent vaccine in both coated and liquid form for testing purposes. Representatives of the *Österreichische Warenhandelsgesellschaft* had brought these samples from Moscow and donated them to the Republic in order to “document our contribution in the fight against polio”.⁶⁷ On the one hand, these small signs of goodwill from the Soviet side can probably be interpreted as an attempt not to jeopardise their basically good relationship with Austria during the “thaw” under Nikita Khrushchev.⁶⁸ On the other hand, they tried to gain power through Austria’s dependence on the vaccine. The health-related diplomatic concession was probably also intended to burnish their scientific image in the West.⁶⁹ Therefore, the Austrian deal was highly important to the Soviets as a gateway to the West.

Shortly before Christmas 1960, another concession finally arrived in Vienna: the USSR’s Deputy Minister of Health, Petr V. Gusenkov, provided a “certificate” on the national testing and control of live vaccines. However, this letter, comprising only two sentences, did not satisfy the Austrian authorities, as it did not provide any information about the actual production and testing criteria. Even a personal letter from Mikhail Chumakov, in which he assured the Austrians that the vaccine was being produced according to the WHO guidelines recently worked out in Geneva, did not dispel the Austrians’ doubts.⁷⁰

The BMfsV informed the *Österreichische Warenhandelsgesellschaft* that this certificate would not suffice to make a decision on the purchase of the vaccine. It lacked all the necessary technical information to enable a comparison with other suppliers, all of whom had provided very detailed documentation. The Austrian scepticism was perceived “with astonishment” by the Soviets, who apparently found it hard to believe that “government testing of poliomyelitis vaccines in the Soviet Union was not considered adequate by the ministry”.⁷¹ The Soviet embassy demanded to know exactly what the Austrians were complaining about, but nevertheless continued to signal their willingness to conclude the deal.⁷²

Therefore, the two OSR hygienists, Heinrich Jettmar and Alfred Schinzel, together with a ministry delegate (Franz Friza) and Franz Pötsch, created a questionnaire addressed to the Poliomyelitis Research Institute. Although this questionnaire had to be prepared very quickly

66 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 122396, 130648: Beschaffung von Poliomyelitis-Lebendvakzine.

67 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 122396, 130013: Poliomyelitis-Lebendvakzine russischer Provenienz.

68 On the positive relationship between Austria and the Soviet Union in the early Khrushchev era, see MUELLER, *Peaceful Coexistence*, see note 24, 103–126.

69 Cf. also the EU’s criticism of Russian and Chinese influence on the procurement of vaccines during the COVID-19 pandemic mentioned at the beginning of this article, see footnote 3.

70 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 122396, 134846: Poliomyelitis-Lebendvakzine russischer Provenienz.

71 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 20006: Österreichische Warenhandelsgesellschaft. Herstellungs- und Prüfungszertifikate über Poliomyelitis-Lebendvakzine zur oralen Verabreichung.

72 Ibid.

at the beginning of January 1961, great care was taken to include as many questions as possible: “This is to avoid having to make an additional enquiry to the Russian Poliomyelitis Research Institute if further questions arise. Any further queries could potentially be interpreted as an annoyance.”⁷³ They were aware of the delicate diplomatic situation and therefore careful not to antagonise the Russians and risk the successful completion of the deal.

About a month after the request, the Soviet reply arrived in Vienna.⁷⁴ In the meantime, however, the OSR had concentrated on the threat posed by the *vacuolating agent*. The experts feared that rumours about its possible harmfulness could counteract the success of vaccination.⁷⁵ Therefore, in March 1961, the decision was made not to authorize any of the currently available live vaccines and to continue with IPV.⁷⁶ However, in order not to render all previous diplomatic efforts worthless, the ministry informed the *Österreichische Warenhandelsgesellschaft* that they were waiting for further decisions on the matter, first and foremost from the WHO, but were happy to continue the negotiations as soon as all open questions regarding the live vaccine had been clarified.⁷⁷

However, the rejection of the OSR did not terminate the negotiations on the part of the Soviets. Enquiries were received via the Austrian embassy in Moscow and the *Österreichische Warenhandelsgesellschaft* in Vienna.⁷⁸ The latter remained persistent and provided the ministry with regular updates. In addition to the news that meanwhile, more than 60 million people in the USSR had been successfully immunised, the BMfsV was informed in July 1961 that production processes in Moscow strictly adhered to the American regulations and that the Poliomyelitis Research Institute was even willing to provide a written confirmation. The trader also mentioned that another large order had recently been received: Japan had purchased ten million doses of the live vaccine from the USSR. More important, however, was the fact that the USA had finally authorised the Sabin vaccine. The Soviets prided themselves on their success story that had finally been acknowledged by the US. This was believed to boost the Soviet vaccine’s international appeal. The *Österreichische Warenhandelsgesellschaft* informed the BMfsV that the price for the dragées had not increased since the beginning of the year, a vaccine dose (one dragée) was still available for 0.90 Dollar and orders could be delivered within 25 days.⁷⁹

73 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 4702: Muster des Herstellungszertifikates betr. Poliomyelitis-Lebendvaccine russischer Provenienz.

74 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 20006: Österreichische Warenhandelsgesellschaft. Herstellungs- und Prüfungszertifikate über Poliomyelitis-Lebendvaccine zur oralen Verabreichung.

75 Karl SCHINDL, Schutzimpfung gegen Kinderlähmung durch Tropfengabe, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für die österreichische Sozialversicherung 11 (1961), 393–397.

76 On 7 March 1961, two major Austrian newspapers reported on the continuation of the Salk vaccination. This decision of the government was justified by the fact that the safety of the new live vaccine had not yet been completely proven. Unlike the OSR, however, the press emphasized the issue of secondary infections as crucial. Both newspapers agreed, however, that oral polio vaccination was the “method of the future” and that its use in Austria had only been postponed. “For the future, however, one gives the tablets great chances to become the ideal vaccine”, the Kurier stated optimistically, referring to the Soviet OPV. Cf. Geimpft wird mit der Nadel, in: Kurier (7 March 1961), 3; Günter TEMPL, Polioimpfung weiterhin mit der Nadel, in: Die Presse (7 March 1961), 6.

77 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 35384: Österreichische Warenhandelsgesellschaft. Poliomyelitis-Lebendvaccine zur oralen Schutzimpfung.

78 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 46699: Poliomyelitis-Lebendvaccine russischer Provenienz.

79 ÖStA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 98600: Österreichische Warenhandelsgesellschaft. Poliomyelitis-Lebendvaccine russischer Provenienz.

In terms of vaccine security and the growing concern about the *vacuolating agent*, empirical data were quoted: “The practice of vaccination – of 200 million people in the USSR (including the second vaccination) and 100 million people in other countries – has shown that *vacuolating agent* is not pathological.”⁸⁰ In addition, Mikhail Chumakov stated that the simian virus had also been detected in Salk’s inactivated vaccine, which had been used for years without any measurable side effects. At the end of September, the Österreichische *Warenhandelsgesellschaft* finally announced that a live vaccine, free of simian virus, would be available by November 1961.⁸¹ However, by this time, Austria had already made a decision. It was not the Soviet product, long favoured by Heinrich Jettmar because of its mass application, that won the race but the oral polio vaccine produced by the British-American company Pfizer. On 15 June 1961, Pfizer submitted an offer to the BMfsV for a simian-virus-free live vaccine. Although the British-American vaccine was also based on Sabin strains and had been tested in field trials in the USA, Japan and Africa, it had not yet achieved a range similar to that of the Soviet oral vaccine. Nevertheless, the argument of finally having a vaccine free of contaminating simian virus was so tempting that the OSR’s polio committee gave its approval for authorisation in Austria in July.⁸² The fact that Pfizer presented “impeccable production protocols” and the vaccine had also been tested by the British Medical Research Council, “whose strict testing regulations are known throughout the world”, was also a decisive factor.⁸³ Karl Schindl summed it up with the following statement: “Our country should not become an experimental field for foreign vaccines.”⁸⁴

Introduction of Oral Vaccination in Austria

The national authorisation did not, however, signify an immediate start of vaccination.⁸⁵ On the one hand, delivery deadlines had to be observed, and on the other hand, a vaccination campaign during the summer months was ruled out due to the risk of interference with enteroviruses that could potentially result in a weakening of the protective effect of vaccine-induced immunity. Moreover, vaccination logistics had to be organised first, and targeted advertising was required to convince the population of the advantages of the new oral vaccination. The first round of vaccination finally started simultaneously in all nine federal provinces on 13 November 1961. This made Austria the pioneer of OPV administration among the Western nations.⁸⁶ The FRG and Great Britain did not introduce oral vaccination until 1962,⁸⁷ Italy started free OPV vaccination in 1964 and made vaccination compulsory in 1966.⁸⁸ The development was different in

80 The figures given seem to have been increased for advertising purposes. ÖstA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 110107: Österreichische Warenhandelsgesellschaft. Poliomyelitis-Vaccine russischer Provenienz.

81 ÖstA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 4493, 110107: Österreichische Warenhandelsgesellschaft. Poliomyelitis-Vaccine russischer Provenienz.

82 ÖstA, BMfsV, Sektion V 1961, Sch. 1360, Zl. 9057, 73062: Orale Polio Vaccine „Pfizer“.

83 SCHINDL, Schutzimpfung, see note 75, 395.

84 *Ibid.*, 394.

85 In the US, Pfizer’s OPV type I was licenced in August 1961, type II followed in October 1961 and type III in March 1962. LINDNER / BLUME, Vaccine Innovation, see note 14, 438.

86 SCHINDL, Schutzimpfung, see note 75, 393–397.

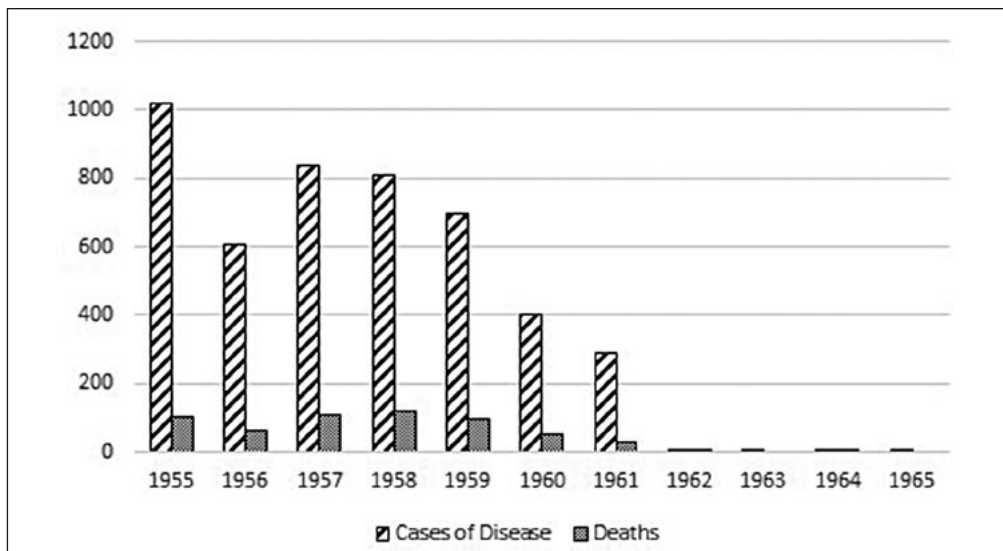
87 LINDNER / BLUME, Vaccine Innovation, see note 14, 439–443.

88 Bernardino FANTINI, Polio in Italy, in: *Dynamis* 32/2 (2012), 329–359, 350–351.

the Netherlands, which stuck with IPV and envisaged oral vaccination only for rapid immunisation during severe epidemics.⁸⁹

Austria saw a high turnout during the first vaccination round. In total, about 2.5 million Austrians received the oral vaccine when it was first introduced in 1961. The overall coverage rate of 72 percent among those under 21 years of age only slightly exceeded the target value; however, in some regions, rates of up to 90 percent were achieved. As expected, the turnout among adults was much lower, reaching only 18 percent. Still, the vaccination coverage rate of 35 percent for the total population of Austria was considered a success.⁹⁰ “We were all surprised by the unexpectedly high participation of the population”, the head of the health department, Karl Schindl, summarised with satisfaction.⁹¹ At the end of 1961, the BMfsV formulated their long-term goal by stating, “it is now important to continue along the path we have taken so that the initial success is crowned with a real defeat of this scourge of humanity, at least in our country.”⁹² Although the number of individuals appearing for follow-up vaccinations decreased during the subsequent rounds in 1962 and, in particular, the fourth booster dose administered in 1963 was received by only 58 percent of those under 21, the level of immunisation in Austrian society proved sufficient to prevent further epidemic outbreaks of poliomyelitis.

Figure 1: Number of reported polio cases and deaths in Austria, 1955–1965⁹³



89 LINDNER / BLUME, *Vaccine Innovation*, see note 75, 439.

90 Vladimir PETRINSKY, *Organisation and Implementation of Polio Vaccination with Live Vaccine in Austria According to the Sabin Method*, in: Bundesministerium für soziale Verwaltung, ed., *Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Österreich. Versuch einer Bilanz* (Vienna–Frankfurt am Main–Zürich 1968), 55–62.

91 Karl SCHINDL, *Vom Stand der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Österreich*, in: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 63/11 (1962), 357.

92 Tiroler Landesarchiv (= Tyrolean Provincial Archive, TLA), Amt der Tiroler Landesregierung 1961, Sanitätsdirektion Vc 495, Zl. 1493.

93 BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE VERWALTUNG, ed., *Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Österreich. Versuch einer Bilanz* (Vienna–Frankfurt am Main–Zürich 1968), 113.

The epidemiological effect was evident, and the cost-benefit calculation, in contrast to IPV, was clearly beneficial.

“If one considers that, since the first oral vaccination, there has been no poliomyelitis epidemic in Austria and no vaccinated patient has had to die of polio, this is the perfect proof that the money of the federal government and the provinces was well invested”,

the BmfsV officially stated in 1967.⁹⁴

Isolated (or rather imported) polio cases were recorded until 1980, and the last fatal infection occurred in 1973. In 1980, Austria was officially declared polio-free.⁹⁵ Since the presence of wild polioviruses was no longer detected and the immediate danger of an epidemic had ceased, the OSR recommended a return to IPV in 1997. Using the inactivated vaccine prohibits the emergence of rare cases of vaccine-induced poliomyelitis. Oral polio vaccination was abandoned in 1999.⁹⁶ With the return to administration by injection, the federal law on public polio vaccination, which regulated the use of the oral vaccine, was suspended in 2002.⁹⁷ Since 2004, a combination childhood vaccine (six-in-one vaccine against polio, diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B and haemophilus influenzae type B) is used.⁹⁸

Conclusion

In the fight against the annual polio epidemics, the Austrian health authorities were confronted with a burning question from 1959 onwards. They had to decide how to position themselves in the game of the great powers: should they continue immunisation efforts with the inactivated vaccine or dare to adopt the oral live vaccine that had already been tested millions of times in the Soviet Union? Could they implement OPV into their national vaccination plan and thus act against the Western majority position?

Despite all the scepticism towards the Soviet conditions, the OSR, above all the epidemiologist and hygienist Heinrich Jettmar and the senior official of the BMfsV, Karl Schindl, were initially not inhibited by “geopolitical blinkers”. Unlike the FRG representatives, they actively sought contact with the Soviet Union and were seriously interested in purchasing the oral vaccine, which was cheaper and easier to administer than IPV. The Soviet Union also showed interest in the deal, probably regarding it as a means to strengthen their influence in neutral Austria and to promote “peaceful coexistence” through vaccine diplomacy.

94 PETRINSKY, Organisation, see note 90, 62.

95 Reinhild STRAUSS et al., WHO Poliomyelitis Eradication Programme. Status Quo and Implementation in Austria, in: Wiener Klinische Wochenschrift 120/7–8 (2008), 210–216. Cf. also the Guide to Poliomyelitis Case Management in Austria, version 1.2, 2019, published by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Poliomyelitis,-Eradikation-und-Durchimpfungsraten.html> (last access: 10.06.2021).

96 STRAUSS, WHO Eradication Programme, see note 95, 214.

97 Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über öffentliche Schutzimpfungen gegen übertragbare Kinderlähmung aufgehoben wird, BGBl. 93/2002, 779.

98 STRAUSS, WHO Eradication Programme, see note 95, 214.

The diplomatic channels were buzzing on both sides but in the end, the negotiations were not successful. The failure of the science diplomatic mission can be attributed to several reasons. The first setback the Austrians had to accept was the enormous price increase due to the newly agreed dollar-rouble exchange rate. They felt taken advantage of by the Soviets but their scientific concerns far outweighed the financial disagreements. The fact that the production and test reports from Moscow were transmitted only hesitantly while Western pharmaceutical companies provided the BMfsV and OSR with well-prepared data did little to assuage the doubts about the Soviet vaccine and the seriousness of the business relationship. It almost seems as if the scientific controversy over the simian virus (*vacuolating agent*) came at the right time. The general qualms about the potential danger of this newly detected simian virus gave the Austrian decision-making bodies the opportunity to remove pressure from the negotiations. At the same time, Western pharmaceutical companies took advantage of the general uncertainty to find a niche and occupied it quickly. Pfizer managed to launch its simian-virus-free vaccine before the Russians.

In Austria, the discussion about the *vacuolating agent* had revolved mainly around one topic: the acceptance of the vaccine by the population. After the Salk vaccine emerged as a “non-responder” – meaning that turnout rates were low because the responsible politicians could not agree on a uniform strategy, being petty and overly economical with national finances, and because “the necessary jabs, especially among small children, were by no means popular”⁹⁹ – the oral vaccine had to become an unchallenged success. Any criticism diminishing public acceptance of the oral vaccine had to be ruled out. However, the OSR preferred to present itself as dithering for the good of the population rather than acting unscrupulously. The memories of the Cutter incident in the USA were still too fresh, even among Austrians.

The fact that Austria, despite its cautious approach, succeeded in becoming the first country in the Western world to conduct a mass vaccination campaign with attenuated OPV can be explained by its timely organisation. Austria had prepared itself thoroughly and passed the federal law on public vaccination against poliomyelitis at the end of 1960. Likewise, negotiations with all major pharmaceutical companies – in the East and West – were started even earlier, at the end of 1959, securing Austria sufficient quantities of the vaccine. Of course, it should not be overlooked that Austria, with its moderate size, was easier to supply than larger nations. In any case, the mass vaccination campaign launched in November 1961 was celebrated as a success due to the high turnout. The Austrian example, with its rapid decrease in polio case numbers post vaccination, proved the effectiveness of OPV also on this side of the Iron Curtain.

Information on the Author

Dr. Marina Hilber is a social historian of medicine at the Institute for Historical Sciences and European Ethnology, University of Innsbruck, Innrain 52, A-6020 Innsbruck, Austria.
E-mail: marina.hilber@uibk.ac.at

99 Heinrich Jettmar on the benefits of OPV during the 71st plenary meeting of the OSR on 25 June 1960. ÖStA, BMfsV, Sektion V, Sch. 1262, 1960, Zl. 20654: Oberster Sanitätsrat; Orale Schutzimpfung mit Lebendvakzine gegen Poliomyelitis.

María-Isabel Porrás-Gallo / María-Victoria Caballero

Different Strategies of Vaccination against Poliomyelitis in the European Region of the World Health Organization¹

Summary

Polio became a serious public health problem after World War II in Europe. An attempt was made to give it a specific European response, especially after the development of the first vaccine against the disease and the beginning of its large-scale use in 1955. Using archival, demographic, epidemiological, legislative, scientific press, and general press sources, this work is a comparative study of the different immunisation strategies implemented against poliomyelitis by the different countries of the WHO European Region, and analyses the similarities and differences observed therein. Our work shows that, despite the diversity of factors involved, the key point seems to have been the choice of a model of a vaccination programme integrated into healthcare services as a strategy, instead of the annual or biannual campaign model. However, both routes made it possible to eliminate polio from the WHO European Region, although the latter did so later.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Poliomyelitis zu einem ernsten Gesundheitsproblem in Europa. Eine gesamt europäische Reaktion wurde angestrebt, insbesondere nach der Entwicklung der ersten Impfung gegen Polio und deren breitem Einsatz seit 1955. Diese Arbeit rekonstruiert mittels komparativer Analyse die Entwicklungen rund um die unterschiedlichen Impfstrategien gegen Polio in den europäischen Staaten, die der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angehörten. Archivalische, bevölkerungswissenschaftliche, epidemiologische und legislative Quellen sowie wissenschaftliche und allgemeine Pressemitteilungen bilden die Basis der Analysen. Unser Beitrag zeigt, dass trotz der verschiedenen Ausgangslagen und nationalen Hintergründe, der Erfolgsmotor sehr wahrscheinlich die zugrundeliegende Strategie in der Auswahl eines Impfmodells war. Den jährlichen oder zweijährigen Kampagnen war die Inklusion eines nationalen Impfprogramms im Rahmen der medizinischen Grundversorgung vorzuziehen. Obwohl Letzteres insgesamt die schnellere Ausrottung der Poliomyelitis ermöglichte, führten auch die Kampagnen letztendlich zum Erfolg.

1 Paper produced within the context of the project “The standardization and application of serums and vaccines in Spain and Castilla-La Mancha and the role of international agencies (1918–2016)”, financed by the Board of Community of Castilla-La Mancha – FEDER Funds (ref. SPBY/17/180501/000382).

Keywords

Poliomyelitis, Strategies of Immunisation, Immunisation Campaign, Immunisation Programme, Poliomyelitis Eradication, Certification, History of Vaccination, European Region of the World Health Organization, 20th century

Introduction

Poliomyelitis, or infantile paralysis, which has been with humanity since the Neolithic revolution, changed its endemic pattern and emerged as an epidemic disease in the last decades of the 19th century. The starting point was the epidemic of 1881, recorded in north-western Sweden. This episode was followed by others of increasing intensity in different parts of Scandinavia and sporadically in Italy (1883), Germany (1884) and France (1885). The magnitude and frequency of these phenomena grew in the following decade and in the first two decades of the 20th century, at the same time that it spread to other parts of Europe, including England and Wales, Austria, and Spain, as well as the United States.² The appearance of the epidemic intensified from the 1920s, giving way to serious new epidemics in the 1930s in the United States and Canada, as well as in various European countries (Denmark, Austria, Hungary, Switzerland and Italy). The arrival of World War II accentuated the problem and gave rise to new epidemics in Czechoslovakia, the Netherlands, Great Britain, and Germany in the 1940s, and in France, Belgium, the USSR, and Spain in the 1950s, when polio became a major medical and social problem. According to Matthew Smallman-Raynor and Andrew Cliff, these epidemic manifestations, recorded over three and a half decades, constituted the global expansion stage of the disease, which lasted until 1955, when mass application began of Jonas Salk's (1914–1995) vaccine, the first effective vaccine developed against the disease.³

In European countries, considerable differences were observed between northern areas or provinces, where the epidemic period began earlier, and those in the south, where it occurred later. This north-south gradient was probably determined or favoured by the rate of improvement in hygienic conditions, but differences were also found between rural and urban areas; and, in the urban environment, between the size of the cities.⁴ Rural areas tended to have lower immunity due to the limited exposure of the population, particularly children, which led to greater vulnerability to the disease.⁵ There was thus an apparent paradox whereby, as the rate of infant mortality dropped, the morbidity of poliomyelitis increased: a phenomenon known as “Payne’s phenomenon”.⁶

2 Detailed information on the epidemic emergence of poliomyelitis may be found in Matthew SMALLMAN-RAYNOR / Andrew D. CLIFF, eds., *Poliomyelitis. A World Geography. Emergence to Eradication* (Oxford 2006).

3 Cf. SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, *Poliomyelitis*, see note 2, 191–256.

4 María-José BÀGUEÑA / María-Isabel PORRAS / Rosa BALLESTER, *Poliomyelitis in Rural and Urban Spain: Epidemiological Trends, Social and Scientific Responses*, in: Astri Andresen / Josep Lluís Barona / Steven Cherry, eds., *Making a New Countryside. Health Policies and Practices in European History ca. 1860–1950* (Frankfurt am Main 2010), 113–131.

5 John Rodman PAUL, *A History of Poliomyelitis* (New Haven 1971).

6 Anthony M. M. PAYNE, *The Influenza Programme of WHO*, in: *Bulletin of the World Health Organization* 8/5–6 (1953), 755–774. Anthony M. M. PAYNE, *Poliomyelitis as a World Problem*, in: *Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference* (Philadelphia 1955), 393–400.

Research carried out in the first half of the 20th century had made it possible to isolate the causative agent,⁷ to show its transmissibility by the oral-faecal route, and to confirm the existence of healthy carriers and their seasonal appearance. On the one hand, the inefficiency of the prophylactic measures adopted to control the expansion of poliomyelitis and, on the other hand, the lack of adequate therapy led to the conclusion that the development of a safe and effective vaccine was the only hope for dealing with the disease; and to the start of research in different laboratories in Europe, Canada, and the United States. In the latter the work was spearheaded by the National Foundation for Infantile Paralysis, and resulted in the development of Jonas Salk's inactivated vaccine, mass testing of which started in 1954.⁸ Shortly afterwards, on 12 April 1955, positive results were announced, and mass application began. Only a few days later the first European vaccine was announced, also inactivated and developed by Sven Gard (1905–1998) in Sweden.⁹

The introduction of these new weapons against the disease marked the beginning of its vaccination stage and its period of retreat.¹⁰ However, the Cutter incident (production of poliomyelitis after the administration of the Salk vaccine), which took place at the end of April 1955,¹¹ was a severe setback for the hopes arising from Salk's vaccine, and it delayed the implementation of mass immunisation campaigns in many countries on both sides of the Atlantic. This event also led to the application of important security measures in the procedures for the production and administration of the vaccines that were developed later,¹² and boosted the European search for a procedure of its own. Together with the World Health Organisation (WHO) the fundamental role in this was played by the European Association against Poliomyelitis (EAP), created in 1951. The EAP, through its annual or biannual symposia organised from 1953 until 1971, managed scientific knowledge about the disease and the development and implementation of immunisation in Europe with the aim of producing its own European vaccination programme. Although the EAP tried to establish a shared and unique path of immunisation, it differed from country to country, as they were adapted to specific conditions and circumstances.¹³ Hence the importance of a comparative study of polio vaccination strategies used in the WHO European Region, of evaluating their epidemiological impact, and of identifying the similarities and differences, as well as the different factors involved: this is the aim of this paper.

7 Karl LANDSTEINER / Erwin POPPER, Übertragung der Poliomyelitis Acuta auf Affen, in: *Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie* 2 (1909), 377–390.

8 David M. OSHINSKY, *Polio. An American Story* (London 2005).

9 Per AXELSSON, The Cutter Incident and the Development of a Swedish Polio Vaccine, 1952–1957, in: *Dynamis* 32/2 (2012), 311–328.

10 SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2, 23.

11 Paul A. OFFIT, *The Cutter Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis* (New Haven 2005).

12 WORLD HEALTH ORGANIZATION, Study Group on General Requirements for Manufacturing Establishments and Control Laboratories and on Requirements for Poliomyelitis Vaccine & World Health Organization. Requirements for Biological Substances, Vol. 1: General Requirements for Manufacturing Establishments and Control Laboratories, Vol. 2: Requirements for Poliomyelitis Vaccine (Inactivated, Report of a Study Group) (= Technical Report Series 178, Geneva 1959).

13 María-Isabel PORRAS et al., La Asociación Europea contra la Poliomiélitis y los programas europeos de vacunación, in: *Dynamis* 32/2 (2012), 287–310.

Our main sources have been archival, demographic, epidemiological and legislative documents, the professional scientific press, and the general press. Notable among the first is the documentation of the archives of the National School of Health and the Carlos III Health Institute of Spain, of the Central Archive of the Pasteur Institute in Paris (as well as its collection available in digital format and on the Gallica portal of the National Library of France), The Wellcome Institute for the History and Understanding of Medicine, and the Hauck Center for the Albert B. Sabin Archives, among others. For demographic and epidemiological sources, we have looked at the demographic and health statistics referring to the period under study, published in the Yearbooks of the National Institute of Statistics (Spain) and in the reports and bulletins of the Carlos III Health Institute (Spain); the weekly epidemiological bulletins published by the WHO (Weekly Epidemiological Record) and the Technical Reports consulted via its digital archive IRIS (Institutional Repository for Information Sharing); the website of the Global Polio Eradication Initiative;¹⁴ as well as information contained in the minutes of the Symposia of the EAP and of other international organizations, such as the technical documents of the Pan American Health Organization (PAHO). We have also used official data from the European Health for All database (HFA-DB) and of the Centralised Information System for Infectious Disease (CISID) of the European Regional Office of the WHO,¹⁵ as well as of the statistics site of the Spanish National Health Service.¹⁶ We have also looked at documents on the website of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁷ and their journal *Morbidity and Mortality Weekly*.¹⁸ In addition we have gathered information from the website of the European Centre for Disease and Control (ECDC) and on those of the National Health services of the various European countries: Portugal-Direção-Geral da Saúde,¹⁹ France-Institut de Veille Sanitaire (inVS),²⁰ UK-Health Protection Agency,²¹ Belgium-Institut Scientifique de Santé Publique (ispwiv), among others. We have likewise consulted the websites of the Virological Institutes of various countries, such as the Johns Hopkins Medical Institutions in the USA.

We have also studied poliomyelitis legislation enacted by Spain and other countries of the European zone relating to the disease, vaccines, vaccination programmes, and monitoring systems. We have consulted the main Spanish and international scientific and medical journals on public health, as well as journals of the history of medicine.

The paper takes a comparative view of the history of vaccination policies in the context of the social history of medicine, based partly on medical internationalism and on the circulation of knowledge and its practical application.

14 <https://polioeradication.org> (last accessed: 13.09.2021).

15 <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence> (last accessed: 13.09.2021).

16 <https://www.mssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm> (last accessed: 13.09.2021).

17 <https://www.cdc.gov> (last accessed: 13.09.2021).

18 <https://www.cdc.gov/mmwr> (last accessed: 13.09.2021).

19 <https://www.dgs.pt> (last accessed: 13.09.2021).

20 <http://www.invs.sante.fr> (last accessed: 13.09.2021).

21 <https://www.gov.uk/government/organisations/health-protection-agency> (last accessed: 13.09.2021).

Until now, besides the multiple studies centred on the United States,²² Canada,²³ and some Latin-American countries,²⁴ separate studies have been made of the history of the fight against poliomyelitis in Spain,²⁵ Hungary,²⁶ Portugal,²⁷ Sweden,²⁸ or Italy,²⁹ although in the latter case in

-
- 22 Tony GOULD, *A Summer Plague. Polio and its Survivors* (New Haven–London 1997). Edmund J. SASS / George GOTTFRIED / Anthony SOREM, *Polio's Legacy. An Oral History* (Lanham, Md. 1996). Marc SHELL, *Polio and its Aftermath. The Paralysis of Culture* (Cambridge 2005). OSHINSKY, Polio, see note 8. PAUL, History, see note 5.
- 23 Bernard SEYTRE / Mary SHAFFER, *The Death of a Disease. A History of the Eradication of Poliomyelitis* (New Brunswick–New Jersey–London 2005). Sally AITKEN / Helen D'ORAZIO / Stewart VALIN, *Walking Fingers. The Story of Polio and Those Who Lived with It* (Montreal 2004).
- 24 Enrique BELDARRAIN CHAPLE, Una batalla ganada. La eliminación de la poliomiélitis en Cuba, in: Manguinhos 22/3 (2015), 961–983. Daniela EDELVIS TESTA, Del Alcanfor a la Vacuna Sabin. La Polio en Argentina (Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2018). Daniela EDELVIS TESTA, La poliomiélitis y el “surgingimiento” de la rehabilitación en Argentina. Un análisis sociohistórico, in: Apuntes 45/83 (2018), 123–143. Adriana ÁLVAREZ, Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomiélitis. La rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX, in: Manguinhos 22/3 (2015), 941–960. Adriana ÁLVAREZ, An Account of a Strategy to Eradicate Poliomyelitis in Uruguay and Argentina, in: *Hygiea internationalis* 11 (2015), 33–53.
- 25 María-José BÁGUENA, Saberes y prácticas en torno a la polio en la medicina valenciana (1900–1950), in: José Martínez-Pérez / Martínez-Pérez et al., eds., *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica* (Cuenca 2004), 949–962. María-José BÁGUENA, Estudios epidemiológicos y virológicos sobre la poliomiélitis en Valencia (1959–1969), in: *Asclepio* 61/1 (2009), 39–54. Rosa BALLESTER / María-Isabel PORRAS, El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomiélitis en España, in: *Asclepio* 61/1 (2009), 55–80. BÁGUENA / PORRAS / BALLESTER, Poliomyelitis in rural, see note 4, 113–131. María-Isabel PORRAS / María-José BÁGUENA / Rosa BALLESTER, Spain and the International Scientific Conferences on Polio, 1940s–1960s, in: *Dynamis* 30 (2010), 91–118. PORRAS et al., La Asociación Europea, see note 13, 287–310. Rosa BALLESTER, Marcos políticos y programas sanitarios en España (1958–1988). El largo camino hacia la erradicación de la poliomiélitis: de las campañas sanitarias a la erradicación global, in: Enrique Perdiguer Gil, ed., *Política, salud y enfermedad en España. Entre el desarrollismo y la Transición democrática* (Elche (Alicante) 2015), 72–80; José-Vicente TOLEDO MARHUENDA, La poliomiélitis en España (1880–1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia, Doctorat Thesis (Universidad de Alicante 2009). Juan-Antonio RODRÍGUEZ / Jesús SECO, Las campañas de vacunación contra la poliomiélitis en España en 1963, in: *Asclepio* 61/1 (2009), 81–116. José-Vicente TOLEDO / Rosa BALLESTER, La poliomiélitis en España (1880–1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia. Un acercamiento a la historia de las discapacidades físicas y a su tratamiento (Alicante 2013). María-Victoria CABALLERO / María-Isabel PORRAS, El problema de la poliomiélitis entre 1955 y 1975. Los casos de España, Francia, Bélgica, Portugal y Reino Unido, in: María-Isabel Porras Gallo et al., eds., *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas* (Madrid 2016), 208–232. Juan-Antonio RODRÍGUEZ / Rosa BALLESTER / Inés GUERRA, El movimiento asociativo. Una perspectiva Internacional, Nacional y de los casos de Madrid, Valencia y Castilla La Mancha, in: María-Isabel Porras Gallo et al., eds., *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista* (Madrid 2013), 233–257. María-Isabel PORRAS GALLO / María-José BÁGUENA CERVELLERA, El conocimiento sobre la realidad de las campañas de vacunación contra la polio, su cobertura y su seguimiento en las capitales y provincias españolas (1963–1975), in: Enrique Perdiguer Gil, ed., *Política, salud y enfermedad en España. Entre el desarrollismo y la Transición democrática* (Elche (Alicante) 2015), 117–147.
- 26 Dóra VARGHA, *Iron Curtain, Iron Lungs. Governing Polio in Cold War Hungary 1952–1963*. Thesis of Doctorate (Rutgers University 2013). Dóra VARGHA, Between East and West: Polio Vaccination across the Iron Curtain in Cold War Hungary, in: *Bulletin of the History of Medicine* 88/2 (2014), 319–343. Dóra VARGHA, Vaccination and the Communist State. Polio in Eastern Europe, in: Christine Holmberg / Stuart Blume / Paul Greenough, eds., *The Politics of Vaccination. A Global History* (Manchester 2017), 77–98. Dóra VARGHA, Polio across the Iron Curtain. Hungary's Cold War with an Epidemic (Cambridge 2018). Dóra VARGHA, Socialist Utopia in Practice. Everyday Life and Medical Authority in a Hungarian Polio Hospital, in: *Social History of Medicine* 31 (2018), 373–391; Dóra VARGHA, The Socialist World in Global Polio Eradication, in: *Revue d'Études Comparatives Est Ouest* 1/1 (2018), 71–94. Dóra VARGHA, Where is the Poster Child? Polio and Disability in Hungary, in: Michael Rembis / Catherine Kudlick / Kim E. Nielsen, eds., *Oxford Handbook of Disability History* (New York 2018), 369–384.
- 27 Inés GUERRA SANTOS, A poliomiélite em Portugal. O Refúgio da Paralisia Infantil, in: Dilene Raimundo DE NAS-

no great depth. Some comparative studies have also been carried out between European countries,³⁰ but no combined approach has yet been made to the case of the fifty-three countries constituting the European Region of the WHO.³¹

The Role of International Agencies in the Fight against Poliomyelitis in Europe

It is impossible to understand the fight against poliomyelitis in Europe without recalling the role played by the American National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP), the WHO – particularly its European Regional Office – and the EAP. These international agencies, comprised of the leading clinicians and scientists of the western countries, promoted a more efficient coordinated fight, making it possible to eradicate the disease in 2002 in the European region of the WHO, although each country had to find its own way within the guidelines established.

The NFIP, created in 1938, is the oldest of the three agencies mentioned, and connects with other earlier ones, such as the Georgia Warm Springs Foundation, founded in 1927 by US President Franklin Delano Roosevelt (1882–1945), himself a polio victim; the Committee for the Celebration of the President's Birthday, founded in 1934 to raise funds to finance treatments against polio, and the National Committee for the President's Birthday Ball, for the

-
- CIMIENTO, ed., *A história da poliomielite* (Rio de Janeiro 2010), 177–194. RODRÍGUEZ / BALLESTER / GUERRA, *El movimiento asociativo*, see note 25, 233–257. Sandrine MARTINS PINTO et al., *De las campañas de vacunación al calendario vacunal. El Programa Nacional de Vacinação português y las Campañas Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica en España* (1963–1976), in: Ricardo Campos Marín et al., eds., *Medicina y Poder Político* (Madrid 2015), 203–209. Juan-Antonio RODRÍGUEZ SÁNCHEZ / Inés GUERRA SANTOS, *Denial, Oblivion and New Fears. Poliomyelitis and the Post-polio Syndrome in the Spanish and Portuguese Press (1995–2009)*, in: *Hygiea Internationalis* 11/1 (2015), 93–129. Inés GUERRA SANTOS et al., *Información, educación y responsabilidad. Estrategias de vacunación contra la polio en Portugal y España*, in: María-Isabel Porrás Gallo et al., eds., *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas* (Madrid 2016), 187–207.
- 28 Per AXELSSON, *The Autumn Ghost. The History of Polio Epidemics in Sweden* (Stockholm 2004). Per AXELSSON, *No os comáis esas manzanas, ¡han estado en el suelo! La epidemia de polio y las medidas preventivas en Suecia, desde la década de 1880 hasta la década de 1940*, in: *Asclepio* 61/1 (2009), 23–38.
- 29 Bernardino FANTINI, *Polio in Italy*, in: *Dynamis* 32/2 (2012), 329–359.
- 30 Ulrike LINDNER, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich* (München 2004). Ulrike LINDNER / Stuart BLUME, *Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955–1965*, in: *Medical History* 50/4 (2006), 425–446. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ / GUERRA SANTOS, *Denial*, see note 27, 93–129. GUERRA SANTOS et al., *Información*, see note 27, 187–207. CABALLERO / PORRAS, *El problema*, see note 25, 208–232.
- 31 The countries constituting the European Region of the WHO are: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belgium, Belarus, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany (including former German Democratic Republic and Federal Republic of Germany), Greece, Greenland, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Malta, Moldova, Monaco, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russia, San Marino, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Ukraine, United Kingdom, USSR, Tajikistan, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan, Yugoslavia. Throughout the 1990s the European Region of the OMS incorporated the countries that emerged from the breakup of the former Soviet Union, Yugoslavia, and Czechoslovakia; the last European countries to join were Azerbaijan (2004), Andorra (2006), and Montenegro (2008), so that it is at present made up of 53 countries, as against the 50 who began the process of eradicating polio in 1996.

Investigation of Infantile Paralysis, set up in 1936 to raise funds for medical research into poliomyelitis.³²

When this disease was on the rise in the US, the initial goal of the NFIP was to “lead, direct and unify” the fight against it. It was involved in financing comprehensive treatments for people with polio, but also supported the medical research carried out by Jonas Salk and Albert Sabin (1906–1993), which allowed them to develop their vaccines.³³ The NFIP also played an important role in stimulating the fight against polio in Europe, through the funding of the First International Poliomyelitis Congress, held in New York in 1948, and its support for the subsequent four held in European cities – Copenhagen (1951), Rome (1954), Geneva (1957) and Copenhagen (1960) –, parallel to the founding of the European Association against Poliomyelitis and their first seven symposia.³⁴ The five international congresses, as well as the EAP symposia, were attended by the most important international physicians and scientists and enabled the sharing of information and reflection on poliomyelitis and on the main measures of control deployed, such as the vaccinations that had been initiated, and their results.³⁵

Polio was incorporated into the agenda of the WHO Secretariat from its first assembly, in view of its great social and epidemiological impact worldwide and most particularly in Europe.³⁶ The intention was to study and address the problem in an international and interdisciplinary way. This agency played a leading role directly and indirectly in the study and fight against polio in Europe. In 1949, the Director General of the WHO, George Brock Chrisholm (1896–1971), asked European member states to complete a survey to determine the real magnitude of this important public health problem.³⁷ In addition, the WHO supported the constitution of the EAP and collaborated with it, mainly through the Regional Office for Europe, created in 1949. Starting in 1953, when the Polio Program of the European Region began, the WHO reinforced its role in the fight against the disease, through the creation of expert committees on polio, made up of relevant scientists.³⁸ Its mission was to coordinate research aimed at improving knowledge of the disease and, especially, its prophylaxis. In its biannual meetings, the most relevant aspects of each moment were discussed, and were reflected in the reports they prepared and published.³⁹ First, the more general issues of the disease and its detection were addressed, then they moved on to vaccination and the opportunities it offered. This dynamic

32 ROSA BALLESTER AÑÓN / María-Isabel PORRAS GALLO / María-José BÁGUENA CERVELLERA, La respuesta de las agencias internacionales (NFIP, OMS, AEP) al problema de la poliomiélitis, in: María-Isabel Porras Gallo et al., eds., *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista* (Madrid 2013), 73–93, here 75.

33 *Ibid.*, 74.

34 PORRAS / BÁGUENA / BALLESTER, Spain, see note 25, 91–118. PORRAS et al., *La Asociación Europea*, see note 13, 287–310.

35 BALLESTER AÑÓN / PORRAS GALLO / BÁGUENA CERVELLERA, *La respuesta*, see note 32, 73–93.

36 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *First World Health Assembly. Plenary Meetings. Verbatim Records: Main Committees: Summary of Resolutions and Decisions* (Geneva 1948).

37 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Second World Health Assembly* (Geneva 1949).

38 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Expert Committee on Poliomyelitis. First Report* (= Technical Reports, Series 81, Geneva 1954). WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Poliomyelitis* (Geneva 1955).

39 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Expert*, see note 38. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Poliomyelitis Vaccination. A Preliminary Review* (= Technical Reports, Series 101, Geneva 1955). WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Expert Committee on Poliomyelitis. Second Report* (= Technical Reports, Series 145, Geneva 1958). WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Expert Committee on Poliomyelitis. Third Report* (= Technical Reports, Series 203, Geneva 1960).

facilitated the adoption of policies and programmes against polio, although – as also happened at the European level – without achieving total international harmonisation.⁴⁰

In 1974, the 27th World Health Assembly included vaccination against poliomyelitis in the WHO Expanded Program on Immunisation.⁴¹ Ten years later, in 1984, objective 5 of the strategy “Health for All by the year 2000 for the European Region” established the elimination, among other viral diseases, of indigenous polio.⁴² In 1985, the European Region Poliomyelitis Eradication Program began and, three years later, the 41st World Health Assembly drew up the Action Plan for the Global Eradication of Poliomyelitis by the year 2000.⁴³ Its practical implementation, however, began in 1989, when the WHO Regional Office for Europe, at the 39th session of its Regional Committee, adopted the resolution to eradicate the disease and approved the first action plan to that end.

The third meeting of the consultative group on the eradication of poliomyelitis established the criteria to declare a country free of indigenous polio.⁴⁴ At the first meeting in Paris in 1996 of the Regional Certification Committee, objectives were set for their achievement in the 50 member states,⁴⁵ and the region was divided into seven certification zones: North-Baltic (Denmark, Estonia, Finland, Iceland, Latvia, Lithuania, Sweden and Greenland, which was not even a member of the WHO at that time), West (Austria, Belgium, France, Germany, Ireland, Luxembourg, Monaco, Holland, Switzerland and the United Kingdom), South (Albania, Greece, Israel, Italy, Malta, Portugal, San Marino, Spain and Andorra, which did also not belong to the WHO), Central (Bulgaria, Belarus, Czech Republic, Hungary, Poland, Slovakia and Slovenia), Central-East (Bosnia-Herzegovina, Croatia, Macedonia, Moldova, Romania, Ukraine and Yugoslavia), MECACAR (name derived from Eastern Mediterranean Region, Caucasus, Central Asian Republics and Russia) (Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Uzbekistan, Turkmenistan and Turkey), and Russia.⁴⁶

For its part, the EAP, formally created in 1951, was a key instrument in the fight against polio through its twelve annual or biannual symposia held between 1953 and 1971. There, the epidemiological situation of each country was presented, the disease was discussed, including

40 PORRAS / BÁGUENA / BALLESTER, Spain, see note 25. BALLESTER ANÓN / PORRAS GALLO / BÁGUENA CERVELLERA, La respuesta, see note 32.

41 WORLD HEALTH ORGANIZATION, Resolutions and Decisions of the 27th World Health Assembly. WHO Expanded Programme on Immunization (Geneva 1974). This programme to combat infectious diseases included diphtheria, whooping cough, tetanus, measles, polio, tuberculosis, and smallpox.

42 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Second Meeting on Policies of Immunization in Europe (Karlovy Vary 1984).

43 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Poliomyelitis Eradication. Report on the First Meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication (Paris, France 7–8 March 1996) (Copenhagen 1996).

44 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, Fifth Meeting of National Directors of the Expanded Programme on Immunization (Copenhagen 1993).

45 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, Poliomyelitis, see note 43, 18–19. The European Region currently consists of 53 countries.

46 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, Fifteenth Meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication, Copenhagen, 19–21 June 2002 (Geneva 2005), 80. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, Poliomyelitis, see note 43, 13.

the treatment of its acute phase, its sequelae, and the rehabilitation of affected people,⁴⁷ although the main topics were the vaccines available, the different immunisation strategies used in the European framework, and the results obtained.⁴⁸ Through this activity, the EAP sought to create a European path to combat polio. Hence, since its first symposium, it encouraged the different member countries of the EAP to carry out “well-controlled scientific trials of these [vaccination] methods, according to their resources”.⁴⁹ This recommendation was followed by some of the countries, which manufactured and applied their own Salk-type vaccine, which had fewer risks than the North American one. Others chose to acquire it from abroad, and some of them had to combine their own manufacturing with foreign purchases.⁵⁰ Despite this variability, the incidence of polio in Europe fell in the late 1950s and early 1960s in some of the countries, and it became clear that it was important to standardise serological surveys in order to comparatively evaluate the results obtained in each country and to establish immunisation programmes against polio.⁵¹ However, as will be shown in the next few pages, the consensus sought was not achieved: no single European vaccination policy was developed, nor were the programmes standardised.⁵²

The Problem of Poliomyelitis in the Countries of the WHO European Region

Before focusing on the presentation of the strategies used in each country, it is important to show the epidemiological situation of polio when mass application of the Salk vaccine began. As stated in the first WHO monographic document on poliomyelitis,⁵³ the disease presented an epidemic pattern in Europe throughout the twentieth century, with progressively larger and more severe outbreaks and wider geographical extent.⁵⁴

47 PORRAS et al., *La Asociación Europea*, see note 13. This subject was also dealt with by the WHO, but through another Committee of Experts, centred specifically on the problem of rehabilitation, and also dealing with handicaps with origins other than polio.

48 *Ibid.*

49 ASSOCIATION EUROPÉENNE CONTRE LA POLIOMYÉLITE (=AEP). I Symposium. Copenhagen, April 1953 (Brussels 1954), 64.

50 María-Victoria CABALLERO MARTÍNEZ, *La poliomiéлитis en España y Europa desde los inicios de la vacunación hasta su erradicación en la Región Europea (1955–2002)*. Doctoral thesis (Universidad de Castilla La Mancha 2017). WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Poliomyelitis*, see note 43, 13.

51 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Poliomyelitis Vaccination*, see note 39. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Expert*, see note 39. PORRAS / BÁGUENA / BALLESTER, *Spain*, see note 25, 91–118.

52 BALLESTER AÑÓN / PORRAS GALLO / BÁGUENA CERVELLERA, *La respuesta*, see note 32, 75.

53 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Poliomyelitis*, see note 38. Some of the most important researchers in the field of poliomyelitis participated in this monograph, such as the South African virologist John Hallward Gear (1908–1974), the physician and bacteriologist John F. Enders, the WHO epidemiologists Anthony Monk Mason Payne and Mathieu-Jean Freyche, the Swedish virologist Sven Gard, the French paediatrician Robert Debré (1882–1978), the Canadian bacteriologist A J Rhodes, and the virologists Hillary Koprowski and Albert Sabin, among others.

54 Mathieu-Jean FREYCHE / Johannes NIELSEN, *Incidencia de la poliomiéлитis desde 1920*, in: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 40/1 (1956), 15–52, here 27. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Poliomyelitis*, see note 38, 59–105.

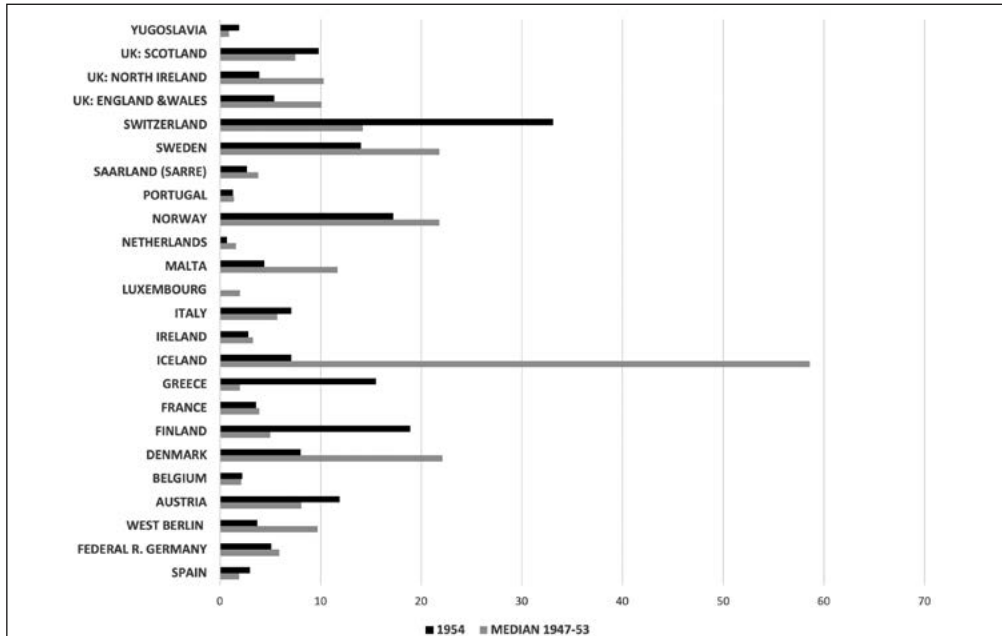


Figure 1. Incidence Rates of Poliomyelitis in the WHO European Region 1947–1953 (median) to 1954 (sources for this and all following figures and tables can be found in the appendix)

As Figure 1 shows, in 1954 the epidemiological impact of polio in the countries of the European Region showed marked differences, although with a general upward trend. The Nordic countries had been suffering from one of the most serious epidemics of their history.⁵⁵ In 1953, Iceland headed this calamitous list of the disease; the situation in Denmark and other Nordic countries, such as Finland, Norway and Sweden was also serious. The disease spread progressively southwards, affecting the United Kingdom and even hit Italy particularly hard. The central European countries, Germany, Austria, and Switzerland, reported a growing number of cases at the beginning of the 1950s, particularly affecting Switzerland, with figures that had not been seen since 1944.⁵⁶ In some countries in the western zone of the European region, the increase in cases was also considerable, particularly in France (100%), England and Wales (170%), and in Scotland (530%), as well as Northern Ireland (104%) and the Republic of Ireland (155%).⁵⁷ In 1954, in the area of southern Europe the number of notifications increased significantly compared to previous years, particularly in Greece, Italy and Yugoslavia. Greece, in fact, was suffering the worst known epidemic in its history. In Italy, severe epidemics began in the 1940s and values were well above those reported by neighbouring southern European countries, such as Spain or Portugal. The situation was therefore closer to that of northern and central Europe in the first half of the 1950s. But the largest increase occurred in Yugoslavia, with

55 Anthony M. M. PAYNE / Mathieu-Jean FREYCHE, Poliomyelitis in 1954, in: *Bulletin of the World Health Organization* 15 (1956), 43–121, here 65–69.

56 *Ibid.*, 70–74.

57 Mathieu-Jean FREYCHE / Anthony M.M. PAYNE / C. LEDERREY, Poliomyelitis in 1953, in: *Bulletin of the World Health Organization* 12/4 (1955), 595–649.

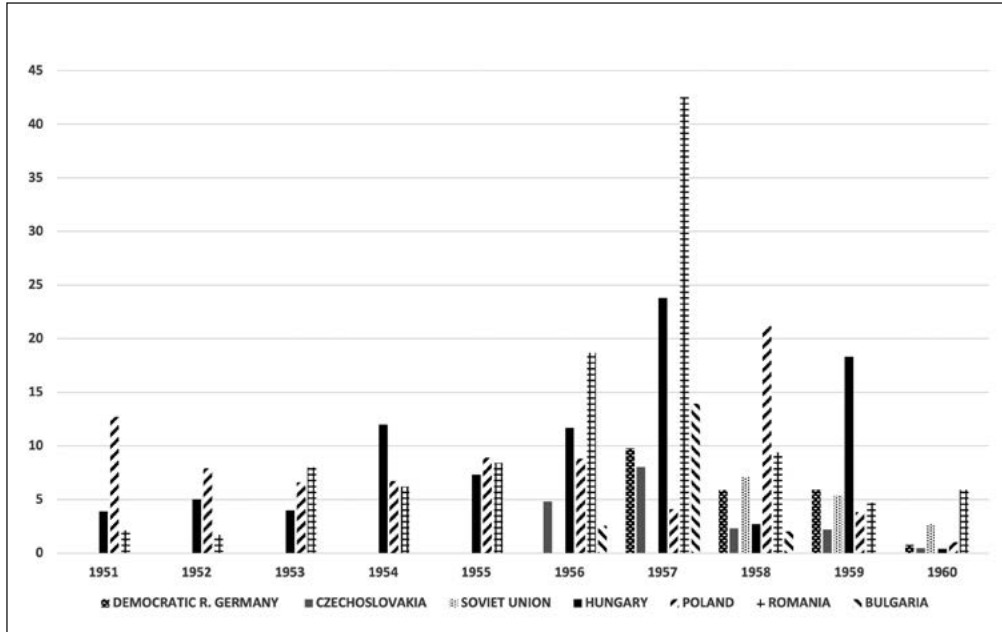


Figure 2. Incidence Rates of Poliomyelitis in the WHO European Region, Eastern Zone by Country 1951–1960

the highest number of cases recorded in the previous five years. In Spain, the worst year was 1952⁵⁸, although the maximum peak of morbidity in this pre-vaccination and global epidemic phase came later, in 1958 (7 per 100.000) and 1959 (7.12 per 100.000).⁵⁹

In the countries of eastern Europe, as shown in Figure 2, the most severe epidemics began around 1950 and reached their peak shortly after the development of the first vaccine, although the worst years corresponded to the second five-year period of the 1950s.⁶⁰

The Beginnings of Routine Polio Vaccination in Europe

As explained above, neither was the epidemiological situation of polio before the vaccination stage in the WHO European Region homogeneous, nor the moment when the polio vaccine began to be administered. Strategies as well as time schedules differed. Accordingly, taking into account the impact that polio had on their territories and the starting point of vaccination, two main groups of countries can be distinguished.

When vaccines became available for use in the mid-1950s the countries of the northern part of the European Region, especially the Nordic countries, had for decades been subject to a serious polio situation in their population. Vaccination was introduced early, after the resolution

58 PAYNE / FREYCHE, see note 56, 70–74 and 78.

59 Enrique NÁJERA et al., Análisis epidemiológico de la situación actual de la poliomiélitis en España, in: *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 49 (1975), 953–1025.

60 VARGHA, Polio, see note 26, 79–112.

of some of the problems that arose relating to global insecurity following the Cutter incident, and the provision of sufficient quantities of inactivated vaccine (IPV). Over the course of a few years, they were joined by some countries from western Europe (Belgium and the United Kingdom), the centre (Germany and Switzerland), the south (Italy, Yugoslavia, and Greece) and others from the Soviet sphere, such as Hungary and the former Czechoslovakia.

On the other hand, there was the group of countries, such as Spain, Portugal, and France that, despite having suffered some outbreaks, remained endemic until well into the 1950s and entered the epidemic stage of the disease a few years later, together with a later start of immunisation. However, as will be shown, this delay was not due solely to their epidemiological situation and the differing perceptions of the problem by governments and the population.

One of the factors positively influencing the early introduction of immunisation against polio was the existence of bacteriological laboratories, or of a long tradition of research, since it favoured the local production of their own vaccine. This was the case in Denmark, Sweden, the Netherlands, Belgium and Italy; however, even in these cases problems arose during the first years of implantation, due to the difficulties they had in producing a sufficient quantity of vaccine to achieve immunisation of the entire population or at least the most vulnerable cohorts. However, there were countries with a long research tradition, such as France, where implementation was delayed for other reasons, as will be shown later. In turn, countries without well-designed laboratories or production capacities had to buy the vaccine from foreign pharmaceutical laboratories, mainly Canadian, American or British, which had trouble responding to the high demand.

We will show below in greater detail how immunisation against polio was implemented in some of these countries, and what were the determining factors in each case to achieve earlier or later control of polio.

Among the countries that produced their own vaccine, Sweden is worth mentioning: there, Sven Gard developed an inactivated vaccine at the same time as Salk, but with a different composition – it contained a Type 1 virus strain, less virulent than the Mahoney strain included in the Salk vaccine – and better results concerning its application. However, the limited production capacity of its laboratory at the Karolinska Institute in Stockholm caused the first national immunisation campaign to be delayed in Sweden until 1957. It was subsequently offered free of charge to all cohorts born after 1910. This meant that, in 1962, 85% of the target population was vaccinated, and after 1961 all the sporadic cases declared were imported (table 1).⁶¹

61 AXELSSON, Cutter incident, see note 9, 311–328.

Table 1. Polio Vaccines in the WHO / Europe Northern Zone

| Country | Strategy | Starting Year | Free/Financing | Mandatory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|---------|-------------------------|--|----------------|-----------|-------------------------------------|---|----------------|
| Denmark | Program (No age limits) | 1955 (Danish) | Yes | No | OPV (1963) Combined (1966–1968) | No | 1965 |
| Finland | Program (<15 years old) | 1955–1957 (USA, Canadian, German, Israeli, Dutch (RIV) 1961) | Yes | No | OPV (USA, 1985) eIPV (RIV, 1986) | 1984–1985 (General Population) | (1965) 1985 |
| Iceland | Program (All people) | 1956 (USA, Canadian) | Yes | No | IPV (1956) | No | 1966 |
| Norway | Program (<40 years old) | 1956 (Canadian, USA, Danish) | Yes | No | OPV (1965) eIPV (RIV, 1986) | 1991–1993 (anti-vaccines groups) | 1973 |
| Sweden | Program (No age limits) | 1957 (Swedish) | Yes | No | OPV (Swedish, 1958) | 1977 (anti-vaccines groups) 1989 1992 | 1962 |

Following a specific act for polio vaccination that was published by the Danish Parliament on 24 May 1955, Herdis von Magnus (1912–1992), from the Statens Serum Institute (SSI) in Copenhagen produced another inactivated vaccine, which he had been testing for several years.⁶² It was also safer than Salk's, having used a less virulent Type 1 strain (Brunhilde). It was offered to the entire population under 40 years of age, on a voluntary basis and free of charge, when the results of the large-scale trial with the Salk vaccine had only been published a month before. With three doses of its vaccine and, starting in 1963, a fourth dose of the Sabin-type oral poliomyelitis vaccine (OPV), polio was eliminated from Denmark in the mid-1960s (table 1). However, its national production was also insufficient at the beginning of the immunisations, and needed to be complemented with the North American Salk vaccine.

62 Herdis VON MAGNUS, *Recherche de Virus*, in: AEP, ed., I Symposium. Copenhagen, April 1953 (Brussels 1954), 25–26.

In France, Pierre L epine (1901–1989), director of the Virus Department at the Institut Pasteur in Paris, made every effort to produce an inactivated vaccine of his own that was safer than Salk’s. He achieved this by using strains different from Salk’s and by means of a double inactivation procedure (with formaldehyde and propiolactone). He began to test it on a small scale in 1956 at the Institute itself and at the Pasteur Hospital in Paris, but his production capacity was limited due, among other things, to financial factors, which prevented him from managing a large laboratory. His plans had to be postponed. The first doses of L epine vaccine reached French pharmacies at the end of March 1956, and it was not until September of that same year that they reached the few regional vaccination centres created specifically and expressly for the purpose.⁶³ The initial guidelines established consisted of the administration of three doses, to which L epine recommended adding a fourth annual booster dose. However, it was not introduced into the French vaccine calendar until 1958, when its large-scale production was achieved after the agreement signed with the Mérieux Institute in 1957 to collaborate in its manufacture. The morbidity trend decreased from 1959 and, above all, after the incorporation of the Sabin oral vaccine in 1962.⁶⁴ From that moment, it was decided to give the first dose with L epine vaccine and subsequent ones with Sabin vaccine.⁶⁵ However, it proved impossible to achieve good coverage, and there was no significant decrease in the number of cases until the establishment of compulsory vaccination in 1964 (table 2).⁶⁶

The Spaniard Florencio Pérez Gallardo (1917–2006), director of what was known in 1963 as the National Virus Centre, later in 1968 as the National Centre for Health Virology and Ecology of Majadahonda (Madrid), also wanted to develop his own vaccine, but only managed to produce it for research purposes in 1958. To do so, he needed funding from the private Juan March Foundation and the help of the WHO. The trouble he had in preparing the vaccine convinced him that the conditions for its production did not exist in Spain, given the lack of infrastructure and sufficient scientific and economic conditions, and the lack of political will.⁶⁷ This meant that Spain used foreign Salk inactivated vaccine in a very limited way from 1958 to 1963, when the Sabin oral vaccine was chosen. The latter was initially purchased from Wellcome Laboratories in the United Kingdom, and only packaging was done in Spain, following the advice and authorisation of Sabin himself. With this vaccine the mass immunisation campaigns against polio began in 1963. Despite the initial successes of this campaign, supported by a great publicity drive, the lack of the establishment of a childhood vaccination schedule until

63 O. LACAMBRE / DAIRE, Conditions de l’organisation de la campagne de vaccination antipoliomyélitique en France, in: AEP, ed., V Symposium of the European Association against Poliomyelitis. Madrid, 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 25–28.

64 Robert DEBRÉ et al., Essai d’interprétation de quelques observations et recherches au cours d’une épidémie de poliomyélite de type I ayant donn e lieu   une campagne de vaccination par vaccin vivant homotypique, in: Bulletin of the World Health Organization 33/5 (1965), 593–606.

65 SEYTRE / SHAFFER, The Death, see note 23, 95.

66 Pierre LÉPINE, Sur l’adoption d’un projet de Décret concernant la vaccination antipoliomyélitique obligatoire (au nom de la Commission de la Vaccine), in: Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine 148 (1964), 452–456. Law 1 July 1964, in: Journal Officiel 2 July 1964.

67 CABALLERO MARTÍNEZ, La poliomiélitis en España y Europa, see note 51. María-Isabel PORRAS / María-José BAGUENA, El papel desempe ado por los programas pa s de la Organización Mundial de la Salud en el desarrollo de la virolog a en España, 1951–1975, in: H storia, Ciências, Saúde-Manguinhos 27/1 (2020), 187–210.

1975, of a scientific medical infrastructure, and of political will led to new outbreaks and several hundred cases until the mid-1970s.⁶⁸ With the first vaccination schedule, and under new political conditions, a progressive increase in vaccine coverage was achieved, until the disease was finally eliminated in the mid-1980s (table 3).

The European cases clearly show that another important factor favouring the introduction of immunisation against poliomyelitis was the political will and attitude of governments, when enacting laws that favoured early implementation, free of charge and without obligation. In this regard, it is worth recalling the cases of Denmark, or of the United Kingdom. The UK had a high polio morbidity rate in 1955, which it tried to combat by creating an expert committee, the Poliomyelitis Vaccines Committee of the Medical Research Council, to plan and monitor the vaccination programme against polio. It was decided to plan its introduction, initially directed only to children from two to nine years old, with a Salk-type vaccine of its own production. It was included in the National Vaccination Programme, set up on a voluntary basis. Since there was no National Serological Institute, the health authorities entrusted the production of the vaccine to the pharmaceutical company, Glaxo,⁶⁹ although this was insufficient and it was necessary to import Salk vaccine from the United States and Canada. This delayed the launch of the vaccination programme until 1956. The guidelines were changed after the major outbreak in Kingston upon Hull in 1961,⁷⁰ which was fought with the introduction of mass immunisation with monovalent Sabin-type oral vaccine (OPV) (table 2). Shortly after, in February 1962, the progressive introduction of the trivalent oral vaccine, replacing the Salk type, began in the British childhood vaccination schedule,⁷¹ leading to a marked decline of polio cases after its definite implementation in 1963.

68 CABALLERO MARTÍNEZ, La poliomiélitis en España y Europa, see note 51. CABALLERO / PORRAS, El problema, see note 25, 208–232. PORRAS GALLO / BÁGUENA CERVELLERA, El conocimiento, see note 25, 117–147. Juan Antonio RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Del Control a la Erradicación. Salud Pública y Atención Primaria en la Lucha contra la Polio en España (1963–1988), in: Enrique Perdigüero Gil, ed., Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la Transición democrática (Elche (Alicante) 2015), 82–116.

69 LINDNER, Gesundheitspolitik, see note 30. LINDNER / BLUME, Vaccine, see note 30, 425–446.

70 SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2, 486.

71 G.W.A. DICK et al., Vaccination against Poliomyelitis with Live Virus Vaccines–7, in: British Medical Journal 2/5247 (1961), 266–269.

Table 2. Polio Vaccines in the WHO / Europe Western Zone

| Country | Strategy | Starting Year | Free/Financing | Mandatory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|-----------------|--|--------------------------|-----------------------|------------|--|---------------------------------------|-----------|
| The Netherlands | Program (<15 years old) | 1957 (IPV RIV) | Yes | No | RIV_ DKTP (1962) | 1978 (anti vaccines groups) 1992–1993 | 1972 |
| Belgium (1958) | Program (Belgian) (<15 years old) | 1956 | No | Yes (1967) | OPV (1963) | No | 1979 |
| Luxembourg | Program (<15 years old) | 1957 (French, Belgian) | Private Public (1960) | Yes (1967) | OPV (Sabin, 1963) Combined (1967) | No | 1965 |
| France | Program (1962) (<20 years old) | 1956 (French) | No | Yes (1964) | OPV (USA, 1962) Combined (French, Sabin, USA 1963) eIPV (1983) | No | 1989 |
| United Kingdom | Program (1962) (<15 years old and specific groups) | 1956 (British, Canadian) | Yes | No | OPV (British, 1961) | No | 1985 |
| Ireland | Campaign (<5 years old) | 1957–1958 (Salk) | Yes | No | OPV (Sabin, 1960) | No | 1982 |

Something similar happened in Italy and Yugoslavia, where vaccination against polio, and its subsequent elimination, was introduced early. The alarming epidemiological situation in both countries in the 1950s convinced their governments to implement it early, and in the form of a national vaccination programme with a certain degree of enforceability. However, in Portugal, the start of polio immunisation was delayed until 1965, when the health authorities decided to introduce the Sabin vaccine into their childhood vaccination programme and to integrate it into healthcare services. This strategy, together with a large campaign in the media, enabled rapid

immunisation of the most vulnerable cohorts and the elimination of the disease within a few years (1973) (table 3).

Table 3. Polio Vaccines in the WHO / Europe Southern Zone (1)

| Country | Strategy | Starting Year | Free/Financing | Mandatory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|----------|--|---|-----------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Spain | Campaign (<7 years old) Program (1975) | 1957 (USA/ Canadian) (limited acces) | Private Public (1963) | No | OPV (Wellcome British, 1963) | 1982–1983 (Romani Population) | 1989 |
| Portugal | Program (<9 years old) | 1958 (USA, Canadian) | Yes (1965) | No (Certificate for educational centres) | OPV (Sabin, 1965) | No | 1973 |
| Italy | Program (<4 years old) | 1957 (Italian: 1956 IS Milan 1957 IS Naples and Sclavo Siena) | Private Public | No (1959: (Certificate for educational centres) | OPV (Italian: Sclavo Siena, 1963) | 1974 | 1970s |

On the other hand, in the Federal Republic of Germany, the implementation of the first national vaccination programme was delayed until 1962. The voluntary introduction of their own IPV based on Salk's procedure in the mid 1950s was not very successful for various reasons. We can mention, among others, the scepticism of some leading German health officials and scientists; conflicts between pharmaceutical companies and the government; the fees charged by most of the Länder; the lack of coordination between the different Länder despite the existence of the *Bundesgesundheitsamt* (the Central Federal Health Agency that developed general regulations covering polio vaccination), and insignificant pressure from the public on health experts and politicians. However, from 1957 onwards, there was a slight change. From 1958 onwards, the pharmaceutical company Behringwerke, commissioned by the government, was producing a sufficient quantity of IPV for German requirements and the implementation of a mass immunisation, but vaccination reached only 5 per cent of the population in 1960.⁷² As a consequence

72 LINDNER / BLUME, *Vaccine*, see note 30, 431–435. Ulrike LINDNER, *Changing Regulations and Risk Assessments. National Responses to the Introduction of Inactivated Polio Vaccine in the UK and West Germany*, in: Christoph Gradmann / Jonathan Simon, eds., *Evaluating and Standardizing Therapeutic Agents, 1890–1950* (Basingstoke–New York 2010), 229–251, here 238–244. Malte THIESEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (Göttingen 2017), 219–227 and 258–265.

the number of polio cases remained high at the beginning of the 1960s, which favoured the rapid introduction of the OPV and the decision of the Federal German government to initiate a national programme of vaccination with free Sabin vaccine administration in 1961, accompanied by a mass promotional exercise centred on mothers and children. One year later mass vaccination campaigns began in most of the *Länder*, although after 1963 there were some annual outbreaks, with several hundred cases.⁷³ The last cases were recorded in the 1990s (table 4).

Table 4. Polio Vaccines in the WHO / Europe Central Zone

| Country | Strategy | Starting Year | Free/Financing | Mandatory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|--------------------|---|---|----------------|-----------|---------------------------------|--|-----------|
| Austria | Campaign (<15 years old) Program (1975) | 1958 (Canadian), USA, German, Austrian, Belgium, British) (By Länder) | Yes (1960) | No | OPV (British, 1961) | No | 1973 |
| Federal R. Germany | Campaign (<5 years old) | (1954) 1956–1958 (German) (By Länder) | Yes (1962) | No | OPV (USA, 1962) | 1975 (Low Socio-economic Level Population) | 1990s |
| Switzerland | Campaign (<20 years old) | 1956 (USA, Swiss) (By Cantons) | Private Public | No | OPV (Cox Koprowski Sabin, 1961) | No | 1972 |

Austria refused to finance a national campaign in 1958, therefore the nine Austrian federal states launched uncoordinated vaccination campaigns with inactivated Salk-type vaccines from North America (USA and Canada) and Europe (Germany, Austria, Belgium and the UK).⁷⁴ In 1960, the Austrian parliament approved a law authorizing the organisation of mass vaccination campaigns with British Sabin-type oral vaccine, on a voluntary basis, free of charge and independent of income, aimed at population cohorts up to 21 years old, and supervised by the federal

73 Werner ANDERS, Poliomyelitis Epidemiology and Vaccination in the Federal Republic of Germany, in: AEP, ed., X Symposium, Warsaw, 4–7, October 1964 (Brussels 1965), 41–44.

74 Marina HILBER, Ein unerwarteter Erfolg? Die Geschichte der Poliomyelitis-Schutzimpfungen in Österreich, in: Wolfgang Schütz, et al., eds., Medizin in Wien nach 1945. Strukturen, Aushandlungsprozesse, Reflexionen (Göttingen 2022), 381–402.

health authorities,⁷⁵ however, vaccinations did not start until autumn 1961. The disease was eliminated by the early 1970s (table 4).

Belgium used exclusively its own inactivated vaccine, produced in the laboratory of the University of Leuven, from 1956 to 1962. In 1958, it started the National Vaccination Program on a voluntary basis, but more than a hundred cases of the disease continued to occur each year. Therefore, in March 1963, it was decided to introduce the Sabin-type oral vaccine. This strategy was modified in 1967, due to the persistent appearance of small outbreaks, and mandatory vaccination against polio was established, with the last case being registered in 1979 (table 2). The Belgian inactivated vaccine was also initially used in the Netherlands until, in 1958, the Serological Institute (RIV), under the responsibility of the Ministry of Health, created a new unit, the Bilthoven Unit, which took over the production of its own inactivated polio vaccine.⁷⁶

Table 5. Polio Vaccines in the WHO / Europe Eastern Zone (1)

| Country | Strategy | Starting Year | Free/Financing | Mandatory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|-----------------------|--|---|----------------|------------|--|--|-----------|
| Soviet Union | Program (<50 years old) | 1957 (USSR) | Yes | No | OPV (Sabin USSR, 1958) | No (Mecacar) | 1990s |
| Poland | Campaign (<7 years old) | 1957 (Polish -experimental- and Imported) | Yes | No | OPV (Koprowski; Sabin Combined) (1958) | No | 1980 |
| Romania | Campaign (1960: < 35 years old) Program (1978) (1983: <9 years old) | 1957 (French; USSR, 1959; Romanian-I. Cantacuzino-, 1960) | Yes | No | OPV (Sabin USSR, 1961; Romanian, 1964) Combined (1983) (Merieux, 1990) | 1980–1982 (General Population) 1990–1992 (13) (Romani P.) | 1992 |
| Democratic R. Germany | Program (<40 years old) | 1958 (Salk Berna) | Yes | Yes (1961) | OPV (Sabin USSR, 1960) | No | 1962 |

75 M. R. RADOVANOVIC, National Poliomyelitis Surveillance Programmes in Europe, in: AEP, ed., XI Symposium. Rome, 19–12 October, 1966 (Brussels 1967), 17–29.

76 Eddy HOUWAART / Hans VAN VLIET, Poliomyelitis and the Vaccination Policy in the Netherlands in the 1950's and 1960's. Presentation to the Session 'The Great Challenge of Infectious Diseases. Global Health and the History of Emotions I' at the ESSHC (Valencia 2016).

The control of poliomyelitis also saw significant differences between countries in the sphere of the former Soviet Union. Thus, Hungary began vaccination in 1957 with Salk vaccine from North American laboratories, given the serious epidemic that had taken place. In 1958 it began to produce its own inactivated vaccine at the State Institute of Hygiene in Budapest. A year later, in 1959, mandatory vaccination was introduced for children between six months and 17 years old and the Soviet oral vaccine was introduced, making it possible to eliminate the disease in 1972 (table 6).⁷⁷ The Soviet oral vaccine was also used in many of the countries in its political sphere. The USSR had begun vaccination in 1957 with an inactivated vaccine, which – as in many other countries – failed to control the disease. In 1959, the Soviet authorities decided to start a vaccination programme with the live oral Sabin virus vaccine, produced by the Moscow Poliomyelitis Research Institute, led by the virologist Mikhail Chumakov (1909–1993) (table 5). Chumakov had previously conducted an extensive trial in 14 Soviet republics with good results, endorsed by the report by Dorothy Millicent Horstmann (1911–2001), who had been sent to Russia by the WHO at the proposal of John Rodman Paul (1893–1971) to confirm its reliability, in view of the distrust of a sector of the US medical and scientific world in the vaccine of Sabin and of the WHO itself.⁷⁸ The extensive trial with this vaccine was a result of the USA's scientific cooperation with the USSR focused on the poliomyelitis problem and research that was developed from the beginning of 1956 until 1959, once the reluctance engendered by the Cold War was overcome. Mikhail Chumakov headed the Soviet medical mission that visited the USA in January 1956; and John Paul, a great polio virologist and epidemiologist, member of the Expert Committee on Poliomyelitis of the WHO since its inception, and founder of the Yale Poliomyelitis Study Unit in 1931 together with James D. Trask, headed the US mission that visited the USSR.⁷⁹

77 VARGHA, Polio, see note 26, 2; SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2, 493.

78 Dorothy Millicent HORSTMANN, Report on Live Poliovirus Vaccination in the Union of Soviet Socialist Republics, Poland and Czechoslovakia (Geneva 1959). Dorothy Millicent HORSTMANN, The Sabin Live Poliovirus Vaccination Trials in the USSR, 1959, in: *The Yale Journal of Biology and Medicine* 64 (1991), 499–512.

79 Saul BENISON, International Medical Cooperation. Dr. Albert Sabin, Live Poliovirus Vaccine and the Soviets, in: *Bulletin of the History of Medicine* 56 (1982), 460–483.

Table 6. Polio Vaccines in the WHO / Europe Eastern Zone (2)

| Country | Strategy | Starting Year | Free/ Financing | Manda- tory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|---------------------|--------------------------------|--|--------------------|---|-----------------------------------|--|----------------|
| Hungary | Campaign (<18 years old) | 1957 (USA; Canadian; WHO; Hungarian, 1958; Italian League Against Polio, 1959) | Public Private | No (Certi- ficate for edu- cational centres) | OPV (Hungarian; USSR, 1959) | No (1963) | 1974 |
| Czecho- slovakia | Campaign (<14 years old) | 1957 (Canadian; Czech, 1958) | Yes | No | OPV (1960) (Czech; USSR) | No | 1961 |
| Bulgaria | Campaign (<14 years old) | 1957 (Canadian; USA; USSR, 1959) | Yes | No | OPV (USSR, 1959) | 1979–1980 1990–1991 (43) 2001 (3) (Romani population) | (1964) 2001 |

The high production of Soviet vaccine in 1960 allowed the government to distribute more than 42 million doses to the rest of the countries in its area of influence, such as Hungary (2.4 million), Bulgaria (2 million), Czechoslovakia (2 million), German Democratic Republic (5 million) or Albania (450.000).⁸⁰ Despite these vaccine provisions, some of the countries in the Soviet bloc did not achieve control until years later (table 6). From the 1970s the control and even the elimination of the disease was a fact in various areas of the country, especially in the Baltic Republics.⁸¹ However, by the late 1990s some of the former Soviet republics, particularly Azerbaijan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan, countries located in the Asian region

80 Cf. Mikhail P. CHUMAKOV et al., Some Results of the Work on Mass Immunization in the Soviet Union with Live Poliovirus Vaccine Prepared from Sabin Strains, in: AEP, ed., VII Symposium. Oxford, 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 81–101, here 82. Mikhail P. CHUMAKOV et al., Some Results of the Work on Mass Immunization in the Soviet Union with Live Poliovirus Vaccine Prepared from Sabin Strains, in: Bulletin of the World Health Organization 25/1 (1961), 79–91.

81 SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2, 491–492.

had to be included in the so-called MECACAR Operation. This led to the organisation of coordinated activities in ten countries of the European Region (Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Russian Federation, Tajikistan, Uzbekistan, Turkmenistan and Turkey) and seven members of the Eastern Mediterranean Region (table 7), as well as in border areas of some neighbouring countries, such as Albania, Greece and the former Yugoslavia,⁸² which finally achieved the objective of the eradication of poliomyelitis in Europe in 2002.

Table 7. Polio Vaccines in the WHO / Europe Southern Zone (2)

| Country | Strategy | Starting Year | Free/Financing | Mandatory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|------------|-------------------------|---------------------|----------------|-----------|---|--------------------------------------|----------------|
| Albania | Program? | ? | Yes | Yes | OPV (USSR, 1960) | 1978 1996 (general population) | 1996 |
| Greece | Campaign (<6 years old) | 1958 (Salk) | No | No | OPV (Sabin, 1963) | 1976 (Romani Population) | 1973 |
| Yugoslavia | Program (<20 years old) | 1958 (USA) | Yes | No | OPV (Sabin; Koprowski: Croatian, 1960; Yugoslavian, 1961) | 1974 | 1970s |
| Turkey | Campaign (<3 years old) | 1958 (very limited) | Private Public | No | OPV (1963) (Sabin – Wellcome-, Koprowski, Yugoslavian (in Ankara) | No | 1998 (Mecacar) |

82 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE / POLIO PLUS ROTARY INTERNATIONAL / CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION / UNITED STATES. AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT / UNITED NATIONS CHILDREN FUND (UNICEF), Operation MECACAR. Eradicating Polio 1995–2000: Final Report (Copenhagen 2001).

As for what happened in Israel, in 1961, after five years of exclusive vaccination with its own and imported inactivated vaccine, included in the childhood vaccination programme, the bivalent Sabin-type oral vaccine (types 1 and 2) was introduced.⁸³ From 1963 onwards the administration established a vaccination schedule of four doses of trivalent vaccine in the first year of life. Different epidemic outbreaks of varying magnitude occurred until the end of the 1970s in most districts, and particularly in the Palestinian areas, possibly due to the existence of an inadequately immunised population pool, or to possible defects in conservation of the cold chain, as well as an insufficient antigenic capacity of the vaccine itself. Since 1979, a supplementary dose was added to all children under three years of age and, as of 1989, a combined regimen was implemented throughout the country, including an antigenically potentiated inactivated vaccine (eIPV), in the process of eliminating the disease.⁸⁴

Malta, for its part, with a very limited population, being a British colony until the mid-1960s, achieved early control of polio as soon as the British vaccination programme was implemented in 1962, having not reported cases since 1964. The political situation of the island of Cyprus since 1974, which left it divided, caused problems in developing vaccination programmes homogeneously throughout the territory, so that vaccination coverage did not reach sufficient levels to control the disease until well into the 1980s (table 8)

-
- 83 The Israeli vaccine was based on the methodology of Salk and the experience of Danish scientists, and was produced by Natan Goldblum, director of the Ministry of Health's virology laboratory, and his research group, after his stay in the Salk laboratory in Pittsburgh in 1955. That year, the Israeli Ministry of Health decided that Israel should produce its own vaccine and start a vaccination programme against the poliomyelitis as soon as possible, due to its epidemic presence from 1950 onwards. Natan GOLDBLUM / Tamar GOTLIEB / G. MILLER, Production of Formalinized Poliomyelitis Vaccine (Salk-type) on a Semi-industrial Scale, in: *Bulletin of the World Health Organization* 17 (1957), 1001–1003. A. Michael DAVIES et al., Epidemiology of Poliomyelitis in Israel, 1952–1959 with Evaluation of Salk Vaccination during a Three-Year Period, in: *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 23 (1960), 53–72. Nava BLUM / Elizabeth FEE, The Polio Epidemic in Israel in the 1950s, in: *American Journal of Public Health* 97 (2007), 218. Nava BLUM / Ehud KATZ / Elizabeth FEE, Professor Natan Goldblum. The Pioneer Producer of the Inactivated Poliomyelitis Vaccine in Israel, in: *American Journal of Public Health* 100/11 (2010), 2074–2076. Tiberio A. SWARTZ, The Epidemiology of Polio in Israel. An Historical Perspective (Tel Aviv 2008), 35–42. Natan GOLDBLUM, The Natural History of Poliomyelitis in Israel, 1949–1982, in: *Progress Medical in Virology* 29 (1984), 115–123.
- 84 Natan GOLDBLUM et al., Poliomyelitis Control in Israel, the West Bank and Gaza Strip. Changing Strategies with the Goal of Eradication in an Endemic Area, in: *Bulletin of the World Health Organization* 72/5 (1994), 783–796. P. E. SLATER et al., Poliomyelitis Outbreak in Israel in 1988. A Report with two Commentaries, in: *Lancet* 335/8699 (1990), 1192–1195.

Table 8. Polio Vaccines in the WHO / Europe Israel and Mediterranean Island Zone

| Country | Strategy | Starting Year | Free/ Financing Private | Mandato- tory | Type of Vaccines | Outbreaks | Last Case |
|---------|--|--|----------------------------|------------------|-------------------------------------|---|--------------|
| Israel | Campaign (<3 years old) Program (1958) | 1957 (USA; Israeli) eIPV (RIV, 1982) | Public Private | No | OPV (1961) Combined (1990) | 1974 1978–1979 1988 (Arabian P.) | 1988 |
| Cyprus | Campaign (<15 years old and specific groups) | 1956 | Public Private | No | OPV (1960) | No | 1995 |
| Malta | Program (<15 years old and specific groups) | 1956 (British) | Yes | No | OPV (British, 1961) | No | 1963 |

Main Factors Associated with the Elimination of Poliomyelitis in the WHO European Region

The foregoing section, and the information contained in its eight tables, covers the most important points (strategy, year of initiation of immunisation, voluntary or mandatory basis, type of vaccine, epidemic outbreaks after the beginning of immunisation, date of elimination of polio) in the process of implementation and development of systematic vaccination programmes in each of the countries of the WHO European Region, grouped by zones, from its inception to the elimination of poliomyelitis. It has brought us closer to the various realities of coping with this health problem, in accordance with the issues covered in the Symposia of the European Association against Poliomyelitis since 1963.⁸⁵ This has also enabled us to observe that, before the start of the first Poliomyelitis Eradication Program in 1989 in Europe, the progressive introduction of systematic vaccination programmes had already produced important changes in the evolutionary pattern of the disease, although different contributory factors emerged, crucial to the success of the elimination of the disease across different countries.

One determining factor, in the light of the above, was the moment when a strategy was decided upon and systematic vaccination started. It is clear that countries that began routine administration of polio vaccine early, through a national vaccination programme strategy,

quickly achieved broad vaccine coverage, and disease rates dropped dramatically from the early 1960s onwards; its financing, mainly public, undoubtedly also contributed to this. In many of the countries, those most affected by the disease, such as Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden, some from the centre, such as the United Kingdom or Switzerland, from the south, such as Italy, and some from the Soviet sphere, such as Hungary or the former Czechoslovakia, social demand was very high and cooperation caused no problems for the health authorities; consequently introduction of vaccination into their respective vaccination schedules was reached early.

In those who delayed its introduction, and/or used lengthy implementation strategies through campaigns, poorly coordinated across the territory, and on a voluntary basis, the control of the disease was delayed until the seventies or eighties. In countries such as Ireland, Belgium, East and West Germany, Poland, France, Portugal, Greece or Spain, the introduction of systematic vaccination was delayed until the early or mid-sixties, due to its smaller impact and consequently less awareness of the problem on the part of governments and the population, as well as for a lack of political decisiveness and of an adequate scientific and medical infrastructure. In fact, in Spain, a vaccination programme and schedule were not established until 1975, and adequate coverage was not achieved until the mid-1980s. In some of these countries, such as Luxembourg, Belgium, France, Hungary or East Germany, their governments eventually chose to make polio-vaccination mandatory to overcome the resistance to immunisation, despite the fact that it was free of charge, and since voluntary acceptance was not sufficient to reach the necessary coverage for the elimination of the disease.

A third group of countries (Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Russian Federation, Tajikistan, Uzbekistan, Turkmenistan, and Turkey) had to delay their introduction for economic and/or logistical reasons, or even for situations of political or military conflict in their territories (Israel). Consequently, in the 1980s and 1990s they required special intervention at an international level (Operation MECACAR).

We have already mentioned the favourable role played by the fact of a country having a long research tradition, affected by its greater or lesser capacity to produce its own vaccine in sufficient quantity to meet its needs: this led to differences, and in some countries delayed the beginning of immunisation against polio.

Another key element was the resistance of the population or certain sectors of it to vaccination, which made it difficult for some governments to reach sufficient vaccination levels in their territories; they tried to combat this resistance by making vaccination obligatory. The resistance occurred for religious reasons (groups of reformed fundamentalists in Sweden and the Netherlands), cultural (anti-vaccine movements in Austria and the Netherlands), political (lack of coordination in health policy between the *Länder*), or social marginalisation (Romani population in Germany, Greece, Bulgaria, Romania and Spain) and even for economic reasons (Greece, Spain, Turkey and neighbouring countries), which led to some outbreaks over the years and even to the prolonging of an endemic situation. In other countries, problems arose in the production of their own vaccine (Romania) or issues due to poor preservation of the stored vaccine (Albania), which also generated some epidemic outbreaks years after achieving a degree of control over the disease.

However, the type of vaccine used does not seem to have been such a relevant factor. In the 1980s, six countries used an inactivated vaccine regimen (Finland, Iceland, Norway, Sweden, the Netherlands, and France),⁸⁶ only four used a combined oral and inactivated vaccine regimen (Denmark, Hungary, Israel and Lithuania), while the rest continued to use oral vaccines since the early 1960s.⁸⁷ The high vaccination coverage of the population, in any case, has been the most important measure in all the countries, determined, in many cases, by the strategic model of vaccination implementation.

The continued use of mass communication and advertising media seems to have resulted in a more rapid and effective implementation of vaccination programmes and/or campaigns in all countries.

As a Final Reflection

The paper has shown the different immunisation strategies applied by the different countries of the WHO European Region prior to the start of their first Poliomyelitis Eradication Programme in 1989,⁸⁸ following the guidelines set by the Initiative in the Region of the Americas to eradicate it in 1990, and the Global Poliomyelitis Eradication Plan of 1988.⁸⁹ At that time, the Region was divided into seven different Certification zones. The countries in these areas had followed two different strategies to implement immunisation up to that point: national programmes, generally integrated into healthcare services, or the annual campaign model, repeated at one or more times of the year to incorporate new cohorts.

86 In 1983, France changed to enhanced potency inactivated poliovirus vaccine, eIPV, developed by Mérieux together with RIVM or RIT of the Netherlands. CABALLERO MARTÍNEZ, *La poliomiélitis en España y Europa*, see note 51.

87 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Poliomyelitis*, see note 43, 13. *Countries of the European Region and their strategies for immunization against Poliomyelitis in 1996*.

88 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 39th Session of the European Regional Committee of the WHO. *Practical Implementation of the First Action Plan* (Geneva 1989).

89 WORLD HEALTH ORGANIZATION, 41st World Health Assembly. *Global Polio Eradication Initiative* (Geneva 1988).

Table 9. Type of immunisation strategy in the European Region, and date of the elimination of polio

| Type of strategy | Eliminated Polio in the 1960s | Eliminated Polio in the 1970s | Eliminated Polio in the 1980s | Eliminated Polio in the 1990s |
|------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| Programme | Denmark Iceland Finland Luxembourg Sweden Luxembourg Democratic R. of Germany Malta | Norway Belgium Portugal Italy Yugoslavia Baltic republics of the former USSR (Estonia, Latvia and Lithuania) | France United Kingdom | USSR (Asiatic republics) |
| Campaign | Czechoslovakia Bulgaria | Switzerland Austria Hungary Greece | Ireland Poland Israel Spain | Cyprus Rumania Turkey Albania Federal R. of Germany |

As Table 9 shows, both strategies enabled the elimination of polio. However, it was the system of national programmes and their integration into health services that made it possible to achieve it earlier. Thus, 21 countries or territories managed to eliminate poliomyelitis in the 1960s and 1970s, while of those that used the campaign model only six (where other factors would have to be taken into account) succeeded. However, among the countries that achieved elimination in the 1980s and 1990s, only three applied the programme model, while there were nine that used the model of national campaigns for a prolonged period: among them was the former USSR, due to the uneven socioeconomic situation of the Asian republics that would later form Operation MECACAR.

Therefore, it may be concluded, that despite the diversity of factors marking the way that the countries of the WHO European Region dealt with the problem of poliomyelitis, the choice of a vaccination programme model as an implementation strategy was key. This was probably because it promoted better access to the vaccine, facilitated the increase and maintenance of the necessary vaccination coverage and, perhaps, also implemented better epidemiological monitoring in their territories in order first to achieve control, and finally the effective elimination of poliomyelitis.

However, the fact that in some countries vaccination was mandatory seems not to have been crucial in the earlier achievement of the control. In fact, of the nine countries that managed to eliminate poliomyelitis in the 1960s, only three (Bulgaria, Czechoslovakia and the Democratic Republic of Germany) had compulsory vaccination. Meanwhile France, for example,

which made it compulsory in 1964 (table 2), did not achieve elimination of poliomyelitis until the 1980s (table 9). However, we consider that the role played by mandatory versus voluntary vaccination should be analysed in greater depth in the future with the availability of new sources, and probably with the use of statistics to evaluate this factor, together with the type of strategy employed and whether or not the vaccination was free of charge.

Appendix – Sources of Figures and Tables

Figure 1. Incidence Rates of Poliomyelitis in the WHO European Region 1947–1953 (median) to 1954. FREYCHE / NIELSEN, *Incidencia*, see note 54, 27. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Poliomyelitis*, see note 38, 59–105.

Figure 2. Incidence Rates of Poliomyelitis in the WHO European Region, Eastern Zone by Country 1951–1960. FREYCHE / NIELSEN, *Incidencia*, see note 54, 27. Enrique NÁJERA et al., *Análisis epidemiológico de la situación actual de la poliomielitis en España*, in: *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 49 (1975), 953–1025; VARGHA, *Polio*, see note 26, 121–122.

Table 1. Polio Vaccines in the WHO / Europe Northern Zone. AXELSSON, *Cutter Incident*, see note 9, 311–328. M. BÖTTIGER, *The Elimination of Polio in the Scandinavian Countries*, in: *Public Health Rev.* 21/1–2 (1993–1994), 27–33. W. C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, *Poliomyelitis in the World*, in: *Bulletin of the World Health Organization* 42 (1970), 405–417. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, *Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013*, in: *Euro Surveillance* 21/16 (2016), 5, <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.16.30210>. FREYCHE / NIELSEN, *Incidencia*, see note 54, 27. Sven GARD, *Poliomyelitis in Sweden*, in: *V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959)*, 42–45. Sven GARD, *Poliomyelitis in Sweden*, in: *AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963)*, 85–86 and 140–144. Sven GARD, *Poliomyelitis in Sweden 1964–1965*, in: *AEP, ed., XI Symposium, Rome 9–12 October 1966 (Brussels 1967)*, 54–55. M. GUDNADÓTTIR, *Experience of Vaccination with Inactivated Poliomyelitis Vaccines in Iceland*, in: *Developments in Biological Standardization* 47 (1981), 257–259. Karl HARTVIKEN, *The Vaccination against Poliomyelitis in Norway and its Prophylactic Effect*, in: *AEP, ed., VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960)*, 39–40. E. Juel HENNINGEN, *Poliovaccination in Denmark*, in: *AEP, ed., VII Symposium. Oxford, 17–20 September, 1961 (Brussels 1962)*, 21–25. E. Juel HENNINGEN, *Poliovaccination in Denmark*, in: *AEP, ed., VI Symposium, Munich 1959 (Brussels 1960)*, 24–27. Jan KOSTRZEWSKI, *The Effect of Mass Vaccination with Attenuated Strains of Poliomyelitis Viruses on the Epidemiologic Situation of Poliomyelitis in Europe*, in: *AEP, ed., X Symposium, Warsaw 4–7 October 1964 (Brussels 1965)*, 11–17. K. LAPINLEIMU, *Elimination of Poliomyelitis in Finland*, in: *Reviews of Infectious Diseases* 6 (Suppl. 2) (1984), 457–460. NÁJERA et al., *Análisis epidemiológico*, see note 59, 965. ØRSKOV, *A Short Report on Polio Vaccination in Denmark*, in: *AEP, ed., III Symposium, Zürich 29–30 September 1955 (Brussels 1956)*, 30–33. Karl PENTTINEN, *Vaccination against Poliomyelitis in Finland*, in: *AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962)*, 29–30. M. R. RADOVONAVIC, *National Poliomyelitis Surveillance Programmes in Europe, 1965*, in: *XI Symposium, Rome 9–12 October 1966 (Brussels 1967)*, 17–29, here 18. SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, *Poliomyelitis*, see note 2, 394 and 488. R. TAMMILEHTO, *Vaccination against Poliomyelitis in Finland*, in: *AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963)*, 38–39.

Table 2. Polio Vaccines in the WHO / Europe Western Zone. BATAILLARD, *Épidémiologie de la poliomyélite et la vaccination*, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 31–34. W. H. BRADLEY, *Vaccination against Poliomyelitis in Great Britain*, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September, 1958 (Brussels 1959), 29–31. W. H. BRADLEY, *Vaccination against Poliomyelitis and Epidemiology in the United Kingdom*, in: AEP, ed., VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 54–57. W. C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, *Poliomyelitis in the World*, in: *Bulletin of the World Health Organization* 42 (1970), 405–417. DE HAAS, *Programme de vaccination au Pays Bas*, in: AEP, V Symposium, Madrid, Madrid 28–30 September, 1958 (Brussels 1959), 39. DE SOMER, *La Vaccination antipoliomyélique en Belgique*, in: AEP, ed., IV Symposium, Bologna 20–22 September 1956 (Brussels 1957), 40. DE SOMER, *Les injections de rappel*, in: VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 62–74. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, *Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013*, in: *Euro Surveillance* 21/16 (2016), 5, <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917ES.2016.21.16.30210>. A. DEWEVER, *La vaccination antipoliomyélique en Belgique*, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 18–20. Dick et al., *Vaccination*, see note 71, 266–269. FREYCHE / NIELSEN, *Incidencia*, see note 54, 15–52. L. M. GEARY, *The 1956 Polio Outbreak in Cork*, in: *Ireland's History Magazine* (2006), <http://www.historyireland.com/20th-century-contemporary-history/the-1956-polio-epidemic-in-cork/>. A. P. GOFFE, *The Problems of Poliomyelitis Vaccination*, in: AEP, ed., III Symposium, Zürich 20–30 September 1955 (Brussels 1956), 34–39. A. M. GOUERE, *Épidémiologie de la poliomyélite et vaccination antipoliomyélique en France*, in: AEP, ed., X Symposium, Warsaw 4–7 October 1964 (Brussels 1965), 48–50. J.H. HALE et al., *Large-scale Use of Sabin Type 2 Attenuated Poliovirus Vaccine in Singapore during a Type 1 Poliomyelitis Epidemic*, in: *British Medical Journal* 1/5137 (1959), 1541–1549. CH. A. HANNIK, *Poliomyelitis in the Netherlands*, in: AEP, ed., VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 41–43. D. HEYNE, *Poliomyélite en Belgique*, in: AEP, ed., XI Symposium, Rome 9–12 October 1966 (Brussels 1967), 77–79. Eddy HOUWAART / Hans VAN VLIET, *Poliomyelitis and the Vaccination Policy in the Netherlands in the 1950's and 1960's. Presentation to the Session 'The Great Challenge of Infectious Diseases. Global Health and the History of Emotions I' at the ESSHC (Valencia 2016)*. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, *Maladies à Prévention Vaccinale. Poliomyélite. Données-épidémiologiques*, <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Poliomyelite/Donnees-epidemiologiques>. IRELAND STATIONERY OFFICE, 1957. *Report of the Department of Health, 1956–1957*, 43. <http://www.lenus.ie/hse>. IRISH DEPARTMENT OF HEALTH, 1984. *The Organisation of In-patient Facilities for Communicable Diseases. Report of a Working Group*. Dublin (DOH), <http://www.lenus.ie/hse>. LACAMBRE / DAIRE, *Conditions*, see note 63, 25–28. O. LACAMBRE, *Poliomyélite. Épidémiologie et vaccination*, in: VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 31–32. Pierre LEPINE, *Rapport sur le projet de vaccination obligatoire contre la poliomyélite à la Acad Médecine*, in: *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 146 (1962), 98–99. Pierre LEPINE, *Sur l'adoption d'un projet de Décret concernant la vaccination antipoliomyélique obligatoire (au nom de la Commission de la Vaccine)*, in: *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 148 (1964), 452–456. LINDNER / BLUME, *Vaccine*, see note 30, 431–435. Charles MÉRIEUX, *Poliomyélite et vaccinations associées*, in: VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 75–76. MOLITOR, *Vaccination contre la poliomyélite au Grand-Duché de Luxembourg*, in: V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 37–38. NÁJERA et al., see note 59, 965. John O'REGAN, *Dublin Health Authority. Report of the Chief Medical Officer for the Year 1964* (Dublin 1967), 15. POLIOMYELITIS VACCINES COMMITTEE OF THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL, *Assessment of the British Vaccine against Poliomyelitis*, in: *British Medical Journal* 1 (1957), 1271–1277, <http://www.bmj.com/content/1/5030/1271>.

P. RECHT, Vaccination antipoliomyélique en Belgique, in: V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 18–19, here 18. P. RECHT, Vaccination antipoliomyélique en Belgique, in: VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 16–18. Roger SOHIER et al., Vaccination antipoliomyélique para virus vivant. Observations faites après mise en oeuvre d'un vaccin trivalent dans une collectivité, in: Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (1961), 484–487. Ch. STUART-HARRIS, Vaccination against Poliomyelitis, in: Proceedings of the Royal Society of Medicine 57/6 (1964), 459–462. W. WOOD, Observations on Current Experience of Poliomyelitis Vaccine Manufacture in the UK, in: AEP, ed., IV Symposium, Bologna 20–22 September 1956 (Brussels 1957), 32–38. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Poliomyelitis in 1971, in: Weekly Epidemiological Record 47 (1972), 293–299. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/218996/1/WER4731_293-299.PDF. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly (Geneva 1988).

Table 3. Polio Vaccines in the WHO / Europe Southern Zone (1). BALLESTER / PORRAS, El significado, see note 25. P. M. BLASCO HUELVA / D. GARCÍA SERNA, Análisis epidemiológico en la provincia de Sevilla. Evaluación de un programa piloto de vacunación domiciliaria, in: Revista de Sanidad e Higiene Pública 52 (1978), 1249–1274, here 1249–1250. Juan BOSCH MARÍN, The Antipoliomyelitis Vaccination and Epidemiology in Spain, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 26–28. Juan BOSCH MARÍN, The Antipoliomyelitis Vaccination and Epidemiology in Spain, in: AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963), 77–81. Juan BOSCH MARÍN, Vaccination et Épidémiologie de la Poliomyélite en Espagne, in: AEP, ed., IX Symposium, Stockholm 1–4 September 1963 (Brussels 1964), 24–28. Juan BOSCH MARÍN / Enrique BRAVO, Séance inaugurale, in: AEP, ed., Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 5–12. Juan BOSCH MARÍN / Enrique BRAVO, Séance inaugurale, in: AEP, ed., VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 28–31. CABALLERO MARTÍNEZ / PORRAS GALLO, El problema, see note 25, 221–223. W. C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, Poliomyelitis in the World, in: Bulletin of the World Health Organization 42 (1970), 405–417. S. CRAMAROSSA, Vaccination contre la Poliomyélite en Italie, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 34–36. S. CRAMAROSSA, La Vaccination contre la Poliomyélite en Italie, in: AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963), 51–57. M.E. DE SOUSA CALÉ / P.M. VALENTE, Avaliação da vacinação. Direção Geral Saúde. Ministério de Saúde, www.dgs.pt. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013, in: Euro Surveillance 21/16 (2016), 5. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.16.30210>. FREYCHE / NIELSEN, Incidencia, see note 54. A. GIMENO DE SANDE, Resultados de la vacuna tipo Salk en poliomiélitis en Córdoba, in: Revista de Sanidad e Higiene Pública 39 (1965), 537–561. FANTINI, Polio, see note 29, 329–359. GUERRA SANTOS et al., poliomiélite, see note 27, 187–207. Ciriaco LAGUNA, Vaccination against Poliomyelitis in Spain, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 21–24. V. MONACI / F. SELLA, Sur la préparation du vaccin antipoliomyélique, in: AEP, ed., III Symposium, Zurich 20–30 September 1955 (Brussels 1956), 55. NÁJERA et al., Análisis epidemiológico, see note 59, 953–1025. Ramón NAVARRO GARCÍA et al., Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX (Madrid, 2002), 177–180. Florencio PÉREZ GALLARDO, Estudios sobre la Epidemiología y la Profilaxis de la Poliomiélitis en España. Informe Final de la Ayuda de Investigación: Grupo de Ciencias Médicas. Año 1958. Fundación Juan March (Madrid 1961). Florencio PÉREZ GALLARDO / Luis VALENCIANO / J. GABRIEL Y GALÁN, Results of the Vaccination Campaign in Spain with Sabin's Strains, in: AEP, ed., X Symposium, Warsaw 4–7 October 1964 (Brussels 1965), 90–98. S. MARTIN PINTO et al., De las campañas, see note 27, 203–209. María-Isabel PORRAS GALLO / María-José BÁGUENA CERVELLERA, La lucha contra la enfermedad

mediante las campañas de vacunación en Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha (1958–1975), in: María-Isabel Porrás Gallo et al., coords., *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista* (Madrid 2013), 141–169. PORRAS GALLO / BÁGUENA CERVELLERA, *El conocimiento*, see note 25. PORRAS / BÁGUENA / BALLESTER, Spain, see note 25, 91–118. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, *Del control*, see note 68. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ / SECO CALVO, *Las campañas*, see note 25, 81–116. A. RODRÍGUEZ TORRES, *Metodología de las vacunaciones sistemáticas en la infancia*, in: *Anales Españoles de Pediatría*, Septiembre (1974), 84–96, here 87. LUIS VALENCIANO et al., *Epidemiología de la poliomielitis en España durante los años 1965 y 1966*, in: *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 41/10–12 (1967), 333–341. LUIS VALENCIANO et al., *Estudio epidemiológico y virológico de la poliomielitis en España durante el quinquenio 1964–1968*, in: *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 7–8 (1969), 517–564. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly* (Geneva 1988).

Table 4. Polio Vaccines in the WHO / Europe Central Zone. Werner ANDERS, *Vaccination against Poliomyelitis in Federal Republic of Germany*, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 11–15. Werner ANDERS, *Poliomyelitis- Epidemiology and Vaccination in the Federal Republic of Germany*, in: AEP, ed., X Symposium, Warsaw 4–7 October 1964 (Brussels 1965), 41–44. W. AUERSWALD, *Poliomyelitis Mass Vaccinations and Epidemiology in Austria 1958–1960*, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 16–17. W. C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, *Poliomyelitis in the World*, in: *Bulletin of the World Health Organization* 42 (1970), 405–417. FREYCHE / NIELSEN, *Incidencia*, see note 54, 27. O. GSELL, *Poliomyelitis und Schutzimpfung in der Schweiz 1958–1959*, in: AEP, ed., VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 58–61. O. GSELL / M. SCHÄR, *Vaccination against Poliomyelitis in Switzerland*, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 65–68. Marina HILBER, *Ein unerwarteter Erfolg*, see note 74. KLEIN-SCHMIDT, *Estado de avance en la vacunación contra la poliomielitis en Alemania*, in: AEP, ed., IV Symposium, Bologna 20–22 September 1956 (Brussels 1957), 24–27. E. LE GRAND, *Vaccination antipoliomyélique en Suisse*, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 46–48. LINDNER / BLUME, *Vaccine*, see note 30, 431–435. LINDNER, *Changing*, see note 72, 238–244. LUNDT, *Vaccination against Poliomyelitis in the Federal Republic of Germany and West Berlin*, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 15–17. NÁJERA et al., *Análisis epidemiológico*, see note 59, 965. PAYNE / FREYCHE, *Poliomyelitis*, see note 55. F. PÖTSCH, *Vaccination and Epidemiology in Austria*, in: AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963), 13–16. F. PÖTSCH, *Vaccination against Poliomyelitis in Austria*, in: IX Symposium, Stockholm 1–4 September 1963 (Brussels 1964), 9–10. RADOVANOVIC, *Poliomyelitis Surveillance*, see note 75, 17–29. M. SCHÄR, *La vaccination antipoliomyélique et l'épidémiologie en Suisse*, in: VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963), 82–84. THIESSEN, *Immunisierte*, see note 72, 219–227 and 258–265. Oskar VIVELL, *The Problem of Poliomyelitis Vaccination and the Basic Immunity of the Population*, in: AEP, ed., III Symposium, Zurich 20–30 September 1955 (Brussels 1956), 40–46. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly* (Geneva 1988).

Table 5. Polio Vaccines in the the WHO / Europe Eastern Zone (1) Anda BAICUS, *History of Polio Vaccination*, in: *World Journal of Virology* 1/4 (2012), 108–114. W. C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, *Poliomyelitis in the World*, in: *Bulletin of the World Health Organization* 42 (1970), 405–417. Mikhail P. CHUMAKOV et al., *Some Results of the Work on Mass Immunization in the Soviet Union with Live Poliovirus Vaccine Prepared from Sabin Strains*, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 81–101. Mikhail P. CHUMAKOV et al., *Some Results of the Work on Mass Immunization*

in the Soviet Union with Live Poliovirus Vaccine Prepared from Sabin Strains, in: *Bulletin of the World Health Organization* 25/1 (1961), 79–91. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013, in: *Euro Surveillance* 21/16 (2016), 5. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.16.30210>. FREYCHE / NIELSEN, Incidencia, see note 54, 15–52. Dorothy Millicent HORSTMANN, Report on Live Poliovirus Vaccination in the Union of Soviet Socialist Republics, Poland and Czechoslovakia (Geneva 1959). Dorothy Millicent HORSTMANN, The Sabin Live Poliovirus Vaccination Trials in the USSR, 1959, in: *The Yale Journal of Biology and Medicine* 64 (1991), 499–512. Th. KIMA, Rapport National de la République Démocratique Allemande sur des problèmes de la vaccination préventive et sur l'épidémiologie de la polimyélie, in: AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963), 65–76. J. KOSTRZEWSKI, The Effect of Mass Vaccination with Attenuated Strains of Poliomyelitis Viruses on the Epidemiologic Situation of Poliomyelitis in Europe, in: AEP, ed., X Symposium, Warsaw 4–7 October 1964 (Brussels 1965), 11–17. NÁJERA et al., Análisis epidemiológico, see note 59, 965. OSHINSKY, Polio, see note 8, 251–254. F. PRZSMYCKI, Vaccination against Poliomyelitis in Poland, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 40–41. F. PRZSMYCKI et al., Vaccination against Poliomyelitis in Poland with Types 1 and 3 Attenuated Viruses of Koprowski: I. Virological Studies of the Vaccine Strains and Serological Studies of the Vaccinated Population, in: *Bulletin of the World Health Organization* 26/6 (1962), 733–743. SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2, 491–492. A.A. SMORODINTSEV et al., Results of a Study of the Reactogenic and Immunogenic Properties of Live Anti-poliomyelitis Vaccine, in: *Bulletin of the World Health Organization* 20/6 (1959), 1053–1074. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Expert Committee on Poliomyelitis. Third Report (= WHO Technical Reports, Series 203, Geneva 1960), 17–19. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Poliomyelitis in 1971, in: *Weekly Epidemiological Record* 47 (1972), 293–299. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly (Geneva 1988).

Table 6. Polio Vaccines in the WHO / Europe Eastern Zone (2). W.C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, Poliomyelitis in the World, in: *Bulletin of the World Health Organization* 42 (1970), 405–417. Mikhail P. CHUMAKOV et al., Some Results of the Work on Mass Immunization in the Soviet Union with Live Poliovirus Vaccine Prepared from Sabin Strains, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 81–101. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013, in: *Euro Surveillance* 21/16 (2016), 5. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.16.30210>. FERENZ, The Results of Mass Poliomyelitis Vaccination Program Carried out in 1957 in Hungary, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 32–33. FREYCHE / NIELSEN, Incidencia, see note 54, 15–52. A. KOCH, Present Status of Specific Poliomyelitis Prophylaxis in Hungary, in: AEP, ed., VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 33–38. NÁJERA et al., Análisis epidemiológico, see note 59, 965. Albert B. SABIN, Poliomyelitis. Accomplishments of Live Virus Vaccine. In: PAHO / WHO, ed., First International Conference on Vaccines against Viral and Rickettsial Diseases of Man (Washington 1967), 171–178. V. SKOVRANEK, Present State of Vaccination against Poliomyelitis in Czechoslovakia, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 49–56. Dimitrij SLONIM et al., Experience with Preparation and Laboratory Control of Oral Poliomyelitis Vaccine in Czechoslovakia, in: *Bulletin of the World Health Organization* 26/3 (1962), 331–339. SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2, 492–493. J. TOBIN, The Effect of a Booster Dose of Poliomyelitis Vaccine in Adolescents and Adults and its Relation to the Control

of Potency, in: AEP, ed., V Symposium, Madrid 28–30 September 1958 (Brussels 1959), 78–81. VAPTZAROV et al., La vaccination contre la poliomyélite en Bulgarie, in: VI Symposium, Munich 7–9 September 1959 (Brussels 1960), 19–21. VARGHA, Between East and West, see note 26, 319–343. VARGHA, Vaccination, see note 26. J. WEISSFEILER, Vaccination against Poliomyelitis in Hungary, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 35–38. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Expert Committee on Poliomyelitis. Third Report (= WHO Technical Reports, Series 203, Geneva 1960), 8–9. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Expert Committee on Poliomyelitis. Second Report (= WHO Technical Reports, Series 145, Geneva 1958). WORLD HEALTH ORGANIZATION, Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly (Geneva 1988).

Table 7. Polio Vaccines in the WHO / Europe Southern Zone (2). A. ARI, Mass Oral Polio Vaccination in Turkey During 1964. Commentaries on the Epidemiology of Poliomyelitis, in: X Symposium, Warsaw 4–10 October 1964 (Brussels 1965), 104–110, here 109. A. ARI, Paralytic Poliomyelitis in Turkey, in: AEP, ed., IX Symposium, Stockholm 1–4 September 1963 (Brussels 1964), 71–73, here 73. A. ARI, Incidence of Paralytic Poliomyelitis and Vaccination Programme in Turkey, in: AEP, ed., XI Symposium, Rome 9–12 October 1966 (Brussels 1967), 113–118. M.L. CIOFI DEGLI ATTÍ et al., Polio outbreak in Albania, 1996, in: Euro Surveillance 2/5 (1997), 162, <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=162>. Mikhail P. CHUMAKOV et al., Some Results of the Work on Mass Immunization in the Soviet Union with Live Poliovirus Vaccine Prepared from Sabin Strains, in: AEP, ed., VII Symposium, Oxford 17–20 September 1961 (Brussels 1962), 81–101. W.C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, Poliomyelitis in the World, in: Bulletin of the World Health Organization 42 (1970), 405–417. Ch. COURSOUMBAS, Rapport sur l'épidémiologie et la vaccination contre la poliomyélite en Grèce pendant la période 1960–1962, in: AEP, ed., IX Symposium, Stockholm 1–4 September 1963 (Brussels 1964), 37–39, here 37. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013, in: Euro Surveillance 21/16 (2016), 5, <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.16.30210>. E. DIAMANTINI et al., Surveillance of Suspected Poliomyelitis in Albania, 1980–1995. Suggestion of Increased Risk of Vaccine Associated Poliomyelitis, in: Vaccine 16/9110 (1998), 940–948. FREYCHE / NIELSEN, Incidencia, see note 54, 15–52. D. GRECO et al., Health Response to a Large and Rapid Influx of Albanian Refugees in Southern Italy, 1991, in: Disasters 16 (1993), 347–355. LOPALCO et al., High Level of Immunity against Poliomyelitis in Albanian Refugees in Southern Italy, in: Journal of Travel Medicine 7 (2000), 111–115. M.V. MILOVANOVIC, Poliomyelitis in Yugoslavia, in: AEP, ed., VIII Symposium, Prague 23–26 September 1962 (Brussels 1963), 87–90. NÁJERA et al., Análisis epidemiológico, see note 59, 965. Jan RICHTER et al., 2005 Poliovirus Eradication: Poliovirus Presence in Cyprus 2 Years After, in: Water science and technology 58/3 (2008), 647–651, doi: 10.2166/wst.2008.425. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly (Geneva 1988).

Table 8. Polio Vaccines in WHO / Europe Israel and Mediterranean Island Zone. W.C. COCKBURN / S.G. DROZDOV, Poliomyelitis in the World, in: Bulletin of the World Health Organization 42 (1970), 405–417. GOLDBLUM / GOTLIEB / MILLER, Production, see note 83, 1001–1003. A. Michael DAVIES et al., Epidemiology, see note 83, 53–72. BLUM / FEE, Polio Epidemic, see note 83, 218. BLUM / KATZ / FEE, Natan GOLDBLUM, see note 83, 2074–2076. SWARTZ, Epidemiology, see note 83, 35–42. GOLDBLUM, History, see note 83, 115–123. FREYCHE / NIELSEN, Incidencia, see note 54, 15–52. Tarik DERROUGH / Alexandra SALEKEEN, Lessons Learnt to Keep Europe Polio-Free. A Review of Outbreaks in the European Union, European Economic Area, and Candidate Countries, 1973 to 2013, in: Euro Surveillance 21/16 (2016), 5,

<http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.16.30210> NÁJERA et al., Análisis epidemiológico, see note 59, 965. Jan RICHTER et al., 2005 Poliovirus Eradication: Poliovirus Presence in Cyprus 2 Year P. E. SLATER et al., Poliomyelitis Outbreak in Israel in 1988. A Report with Two Commentaries, in: *Lancet* 335/8699 (1990), 1192–1195. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN, Poliomyelitis and its Control. Poliomyelitis in the Eastern Mediterranean Region (n.p. 1959), 12, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/123708/1/em_rc9_b_tech_disc_2_en.pdf. WORLD HEALTH ORGANIZATION-EURO, Highlights on Health in Malta (Copenhagen 2001), 12, http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0016/120292/E72500.pdf WORLD HEALTH ORGANIZATION, Polio Eradication by the Year 2000. Resolutions of the 41st World Health Assembly (Geneva 1988). H. V. WYATT, Maltese with Genetic Susceptibility to Poliomyelitis. Sibs with Paralysis at Different Times, in: *Malta Medical Journal* 27/1 (2015), <http://www.um.edu.mt/umms/mmj/PDF/469.pdf>.

Table 9. Type of immunisation strategy in the European Region, and date of the elimination of polio. SMALLMAN-RAYNOR / CLIFF, Poliomyelitis, see note 2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Poliomyelitis Eradication. Report on the First Meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication. Paris, France 7–8 March 1996 (Copenhagen 1996).

Information on the Authors

Univ. Prof. Dr. María-Isabel Porras-Gallo, Professor of History of Science at the Faculty of Medicine of Ciudad Real at the University of Castilla-La Mancha. Camino de Moledores s/n. 13071 Ciudad Real, Spain. E-mail: Mariaisabel.porras@uclm.es She has both her M. D. and Ph. D. in Medicine (Complutense University of Madrid, Spain). Director of the research group SALHISOC (health, history and society) of the University of Castilla-La Mancha and of the Regional Centre of Biomedical Research (CRIB). Her two current research projects are “Grant Programmes for Research Visits and the Role of Public and Private Laboratories in the Fight against Infectious Diseases in Europe (1907–1985)”, funded by the MINECO (Ministry of Innovation and Competitiveness, Spain)-FEDER and “The Standardization and Application of Serums and Vaccines in Spain and Castilla-La Mancha and the Role of International Agencies (1918–2016)”, funded by the Consejería de Educación-JCCM (Spain) Agencia-FEDER.

Dr. María-Victoria Caballero, Associate Professor at the Faculty of Medicine of Ciudad Real at the University of Castilla-La Mancha, and Chief of the Service of Preventive Medicine and Public Health at the General University Hospital of Ciudad Real, Spain. E-Mail: mvictoria.caballero@uclm.es and mvcaballero@sescam.jccm.es . Camino de Moledores s/n. 13071 Ciudad Real, Spain. She has both her M. D. and Ph. D. in Medicine. Member of the research group SALHISOC (health, history and society) of the University of Castilla-La Mancha and of the Regional Centre of Biomedical Research (CRIB). She is researcher of the two current research projects “Grant Programmes for Research Visits and the Role of Public and Private Laboratories in the Fight against Infectious Diseases in Europe (1907–1985)”, funded by the MINECO (Ministry of Innovation and Competitiveness, Spain)-FEDER and “The Standardization and Application of Serums and Vaccines in Spain and Castilla-La Mancha and the Role of International Agencies (1918–2016)”, funded by the Consejería de Educación-JCCM (Spain) Agencia-FEDER.

Teresa Weber

Grundrechtliche Schranken einer Impfpflicht*

English Title

Mandatory Vaccinations and Human Rights

Summary

Vaccine hesitancy poses a real threat to public health. This threat is often met by states with the introduction of mandatory vaccination programs. When introducing such mandatory vaccination programs, states are bound by human rights. This article gives an overview of the applicable limitations inherent in the European Convention on Human Rights and the case-law of the European Court of Human Rights.

Keywords

Austria, Europe, Freedom of Belief, Human Rights, Mandatory Vaccination, Private Life

Einleitung

Die WHO hat „vaccine hesitancy“ im Jahr 2019 in die Liste der zehn aktuellen Gefährdungen für die Gesundheit der Weltbevölkerung aufgenommen.¹ Eine auch in Österreich immer wieder

* Der vorliegende Beitrag wurde im Jänner 2021 inhaltlich abgeschlossen. Neuere Entwicklungen, vor allem im Zusammenhang mit der Diskussion rund um eine COVID-19 Impfpflicht, wurden nicht mehr berücksichtigt. Siehe dazu z.B. Peter BUSSJÄGER / Matthias ELLER, Impfpflicht und Verwaltungsstrafverfahren, in: Österreichische Juristenzeitung (2022), 370–374.

1 <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (letzter Zugriff: 06.01.2021). Allerdings ist die Impfdebatte nicht neu; vgl. dazu etwa Michael MEMMER, Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich. Eine rechtshistorische Analyse, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte (= Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin Band 11, Wien 2016), 7–36, hier 19–23 sowie die Beiträge von Elena TADDEI, Elke HAMMER-LUZA und Elisabeth DIETRICH-DAUM in diesem Band. Zu den Gründen der Impfskepsis z.B. Alberto MANTOVANI / Angela SANTONI, Mandatory Vaccination in Italy. Time

– durch die Covid-19 Pandemie mit neuer Aktualität – diskutierte Möglichkeit, um Impfverweigerung bzw. Impfzögerlichkeit zu bekämpfen, stellt die Einführung von rechtlich verbindlichen Impfpflichten dar.² So wurde in Italien 2017 eine Impfpflicht u. a. gegen Masern eingeführt,³ und die bestehenden Impfpflichten in Frankreich 2018 u. a. um die Masernschutzimpfung erweitert.⁴ Weltweit gibt es in etwa 100 Staaten Impfpflichten hinsichtlich verschiedener Krankheiten.⁵ Dabei gibt es nicht das „eine“ Modell einer Impfpflicht, sondern eine Bandbreite an Ausgestaltungsmöglichkeiten. Allerdings ist der Spielraum der Staaten und auch jener Österreichs nicht unbeschränkt. Das Vorsehen einer Impfpflicht kann nämlich in das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Privat- und Familienleben sowie die Religionsfreiheit eingreifen.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über Varianten von Impfpflichten in Europa und der Welt und zeigt anhand der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) Möglichkeiten und Grenzen für die Einführung einer Impfpflicht auf.⁶ Als Referenzbeispiel wird dabei in erster Linie die Schutzimpfung gegen Masern herangezogen.⁷

Impfpflichten – Varianten

„Impfpflicht“ – direkte und indirekte Durchsetzung

Das Festsetzen nationaler Impfpläne, Impfeempfehlungen und Impfpflichten fällt in der Europäischen Union (EU) in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Der „Vaccine Scheduler“ des European Center for Disease Control (ECDC)⁸ führt an, welche Impfungen in welchen Staaten

for Engagement of Immunologists, in: *European Journal of Immunology* 48 (2018), 12–14, hier 12–13; Roland PIERIK, *Mandatory Vaccination. An Unqualified Defence*, in: *Journal of Applied Philosophy* 35/2 (2018), 381–398, hier 383–384.

- 2 Aktuell in Hinblick auf die Covid-19 Impfung; z.B. <https://www.derstandard.at/story/2000122465195/schuetzenhoefer-tritt-debatte-ueber-impfpflicht-los> (letzter Zugriff: 06.01.2021); aber auch hinsichtlich der Masernschutzimpfung wird eine Impfpflicht diskutiert, so etwa: <https://kurier.at/chronik/oesterreich/mikl-leitner-und-schuetzenhofer-fuer-masern-impflicht/400695947> (letzter Zugriff: 06.01.2021); https://www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/topnews/content/id/264319 (letzter Zugriff: 06.01.2021). Bis Ende 1980 bestand eine – teilweise ausgesetzte – Impfpflicht nach dem Pockenschutzgesetz, das durch BGBl 583/1980 aufgehoben wurde.
- 3 Maria Rosaria GUALANO u. a., *Attitudes towards Compulsory Vaccination in Italy: Results from the NAVIDAD Multicentre Study*, in: *Vaccine* 36 (2018), 3368–3374, hier 3369; Fortunato D’ANCONA u. a., *The Law on Compulsory Vaccination in Italy. An Update 2 Years after the Introduction*, in: *Eurosurveillance* 24/26 (2019), 1–4, hier 1–3.
- 4 Jeremy K. WARD / James COLGROVE / Pierre VERGER, *Why France is Making Eight New Vaccines Mandatory*, in: *Vaccine* 36 (2018), 1801–1803.
- 5 Katie GRAVAGNA u. a., *Global Assessment of National Mandatory Vaccination Policies and Consequences of Non-Compliance*, in: *Vaccine* 38 (2020), 7865–7873, hier 7870.
- 6 Zu anderen Grenzen einer Impfpflicht, die sich z.B. aus der Biomedizinkonvention oder aus dem BVG Kinderrechte ergeben können ausführlich Wolfgang HEISSENBERGER, *Impfen in Österreich – Überlegungen zur Impfpflicht und Darstellungen de lege lata*, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (= Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin Band 11, Wien 2016), 53–84, hier 59–64.
- 7 Die in der Regel als Kombinationsimpfung (Masern-Mumps-Röteln) verabreicht wird. Zu den Schwierigkeiten, die sich aus der Verabreichung als Kombinationsimpfung ergeben: Anja KRASSER, *Zur grundrechtlichen Zulässigkeit einer Impfpflicht*, in: *Recht der Medizin* (2020), 136–142, hier 142.
- 8 <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/> (letzter Zugriff: 04.01.2021). Für den Stand 2010 siehe auch Manon HAVERKATE u. a., *Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway. Results of the VENICE 2010 Survey on the Ways of Implementing National Vaccination Programmes*, in: *Eurosurveillance* 17/22 (2012), 1–6, hier 3–4.

verpflichtend sind – die Masernschutzimpfung ist z.B. in neun EU-Mitgliedstaaten verpflichtend⁹ – und bietet damit einen Überblick über die unterschiedlichen Herangehensweisen in den EU-Mitgliedstaaten.

Der Begriff der „Pflicht“ ist allerdings erklärungsbedürftig. In keinem der EU-Mitgliedstaaten kann die Verweigerung einer Impfung dazu führen, dass die fragliche Person „zwangsgeimpft“ wird. Selbst wenn also hinsichtlich bestimmter Krankheiten eine Impfpflicht vorgesehen wird, so ist diese in der Regel nur indirekt durchsetzbar. Dies bedeutet, dass die Impfverweigerung bestimmte Konsequenzen nach sich zieht – die aus der Sicht der verweigernden Person meist als negativ zu beurteilen sind. Derartige Konsequenzen können etwa darin bestehen, dass bestimmte Berufe nicht mehr ausgeübt werden dürfen oder dass Kinder Betreuungseinrichtungen nicht besuchen dürfen. Aber auch unmittelbar finanzielle Konsequenzen sind denkbar, so etwa in der Form von Strafzahlungen oder der Kürzung von Sozialleistungen. Eine derartige, indirekte Durchsetzung ist gemeint, wenn im Folgenden von einer „Impfpflicht“ die Rede ist.

Impfpflicht: Erfasste Personengruppen

Wo Impfpflichten vorgesehen sind, erfassen diese nicht immer die gesamte Bevölkerung. Teilweise haben sich die Staaten dazu entschieden, nur bestimmte Personengruppen einer Impfpflicht zu unterwerfen. Dabei geht es meist um die Erfassung jenes Personenkreises, der – aus beruflichen, gesundheitlichen oder sozioökonomischen Gründen – einem höheren Infektions- und/oder Übertragungsrisiko ausgesetzt ist. So besteht etwa in manchen Staaten eine auf bestimmte Krankheiten bezogene Impfpflicht für Gesundheitspersonal.¹⁰

Ist eine Impfpflicht als „allgemeine“ Impfpflicht ausgestaltet, zielt sie in den meisten Fällen auf die Impfung in einem bestimmten Lebensalter – gewöhnlich in der Kindheit – ab. Bei derartigen allgemeinen Impfpflichten sind in aller Regel Ausnahmemöglichkeiten gegeben, wobei dabei zwischen medizinischen Ausnahmen und sonstigen Ausnahmen unterschieden wird. „Sonstige“ Ausnahmen werden beispielsweise mit religiöser oder weltanschaulicher Überzeugung begründet.¹¹ Die Unterscheidung zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Ausnahmegründen hat, wie eine Studie aufgezeigt hat, Auswirkungen auf die Effekte

9 Bulgarien, Kroatien, Tschechien, Frankreich, Ungarn, Italien, Polen, Slowakei, Slowenien: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=8&SelectedCountryIdByDisease=-1> (letzter Zugriff: 11.01.2021).

10 So z.B. in Lettland, vgl. <https://likumi.lv/ta/en/en/id/11215> (letzter Zugriff: 11.01.2021). Ausführlich Helena C. MALTEZOU u. a., Vaccination of Healthcare Workers. Is Mandatory Vaccination Needed?, in: Expert Review of Vaccines 18/1 (2019), 5–13, hier 5–9; zur Impfpflicht für Gesundheitspersonal in New York vgl. Alexandra M. STEWART, Mandatory Vaccination of Health Care Workers, in: The New England Journal of Medicine 361/21 (2009), 2015–2017.

11 Laut Olivia M. VAZ u. a., Mandatory Vaccination in Europe, in: Pediatrics 145/2 (2020), 1–8, hier 3, erlauben innerhalb der EU nur Tschechien und Lettland nicht-medizinisch begründete Ausnahmen von bestehenden Impfpflichten.

einer Impfpflicht: Nur dort, wo ausschließlich Ausnahmen, die auf medizinischer Notwendigkeit beruhen, erlaubt sind, führt die Existenz einer Impfpflicht tatsächlich zu geringeren Krankheitszahlen.¹²

Impfpflicht: Sanktionen bei Verweigerung

Wie bereits erwähnt, kann eine Impfverweigerung verschiedene Folgen nach sich ziehen. Das klassische Instrument zur Herstellung von rechtskonformen Verhalten ist die Verhängung finanzieller Strafen; abgesehen von Lettland sanktionieren alle EU-Mitgliedstaaten, in denen Impfpflichten bestehen, diese auch mit Geldstrafen.¹³ Dabei hat eine Studie gezeigt, dass die Effektivität der Impfpflicht steigt, je höher derartige finanzielle Strafen bemessen sind.¹⁴

Im Ergebnis ist auch die Kürzung staatlicher (Sozial-)Leistungen für den Fall der Verletzung einer Impfpflicht einer finanziellen Strafe sehr ähnlich. In Australien, wo die Nichteinhaltung von Impfpflichten zu einer Kürzung von Familienleistungen führt, hat sich dafür der Slogan „No Jab, No Pay“ eingebürgert.¹⁵

Zahlreiche Impfungen, dazu zählt insbesondere auch die Masernschutzimpfung, sollen planmäßig schon im Kindesalter verabreicht werden. Eine sehr häufige Sanktion¹⁶ im Fall der Nichtimpfung besteht daher in der Verweigerung des Zugangs zu Betreuungs- und Bildungseinrichtungen für den Fall, dass ein Kind nicht geimpft wurde. Entsprechende Regelungen wurden mit dem Masernschutzgesetz Anfang 2020 in Deutschland erlassen;¹⁷ auch Australien ist hier wieder ein gutes Beispiel; dort wird die in einigen Bundesstaaten geltende entsprechende Politik als „No Jab, No Play“ titulierte.¹⁸

Auf Eltern, welche ihre Kinder nicht impfen lassen wollen, zielen schließlich auch Sanktionen ab, die in das elterliche Sorgerecht eingreifen und letztlich zu einem Entzug der Sorgerechte führen können.¹⁹ Derartige, schwerwiegende Sanktionen gibt es, soweit ersichtlich, derzeit nur in Italien.²⁰ In einigen wenigen Staaten ist die Verletzung der Impfpflicht schließlich sogar mit Freiheitsstrafe geahndet, so etwa in Uganda.²¹

12 Ebd., 5. Vgl. aber auch Armand H. AN TOMM MARIA / Cynthia A. PROWS, Content Analysis of Requests for Religious Exemptions from a Mandatory Influenza Vaccination Program for Healthcare Personnel, in: *Journal of Medical Ethics* 44 (2018), 389–391, 390–391, die die Gründe für nicht-medizinische Ausnahmen analysieren und zu dem Ergebnis kommen, dass bei entsprechender Aufklärung über Impfungen nicht-medizinische Ausnahmen nicht zwingend zu einer Verschlechterung des Erfolgs von Impfpflichten führen.

13 VAZ u.a., Vaccination, wie Anm. 11, 3.

14 Ebd., 4.

15 Vgl. <https://www.health.nsw.gov.au/immunisation/Pages/no-jab-no-pay.aspx> (letzter Zugriff: 11.01.2021).

16 Global betrachtet sogar die häufigste Sanktion, vgl. ebd.

17 Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), (deutsches) Bundesgesetzblatt vom 13. Februar 2020, Teil I, Nummer 6.

18 Vgl. <https://www.ncirs.org.au/public/no-jab-no-play-no-jab-no-pay> (letzter Zugriff: 11.01.2021). Zur Grundrechtskonformität z.B. Sebastian ALLERBERGER, Impfpflicht vor Schuleintritt und Grundrechte, in: *Zeitschrift für Gesundheitsrecht* (2018), 102–108.

19 GRAVAGNA u.a., Global Assessment, wie Anm. 5, 7868.

20 Ebd.

21 Vgl. <https://www.bbc.com/news/world-africa-35898715> (letzter Zugriff: 11.01.2021); GRAVAGNA u.a., Global Assessment, wie Anm. 5, 7872.

Grundrechtlicher Rahmen

Rechtsquellen und Interpreten

Bevor im Folgenden darauf eingegangen wird, welche Grundrechte durch eine Impfpflicht und die verschiedenen Sanktionsmöglichkeiten berührt werden, sind einige Erklärungen zu den verschiedenen Grundrechtsquellen erforderlich.

In Österreich gibt es keinen umfassenden Grundrechtskatalog.²² Die Grundrechte des österreichischen Verfassungsrechts finden sich neben dem Staatsgrundgesetz aus 1867 zum Teil im Bundes-Verfassungsgesetz und verfassungsrechtlichen Nebengesetzen. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde auf europäischer Ebene im Rahmen des Europarates die Europäische Menschenrechtskonvention als umfassender Grundrechtskatalog ausgearbeitet, die inzwischen über 16 Zusatzprotokolle verfügt. Die EMRK und die meisten ihrer Zusatzprotokolle haben in Österreich Verfassungsrang.²³

Dazu kommt die Grundrechtecharta der Europäischen Union (GRC), die seit 2012 rechtsverbindlich ist. Die GRC ist inhaltlich an der EMRK orientiert, die Grundrechte der GRC sind dort, wo es inhaltsgleiche Grundrechte in der EMRK gibt, so zu interpretieren wie die EMRK-Grundrechte.

Diese Vielfalt an Grundrechtsquellen hat zur Folge, dass es auch eine Vielzahl an Grundrechtsinterpreten gibt, denen Relevanz für das österreichische Verfassungsrecht zukommt: Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) legt die österreichischen Grundrechte, inklusive jene der EMRK, aus. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) entscheidet über die Auslegung der GRC. Und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) entscheidet, ob die Vertragsparteien der EMRK die dort verankerten Grundrechte verletzt haben.

Im Detail ist die Abgrenzung, welches Gericht letztverbindlich über welche Rechtsfragen zu entscheiden hat, schwierig. Auf unionaler Ebene wird in Art 52 Abs 3 EU-GRC angeordnet, dass Grundrechten der EU-GRC, die eine Entsprechung in der EMRK haben, dieselbe Bedeutung zukommen soll wie den entsprechenden EMRK Grundrechten. Die Bestimmung erlaubt zwar auch, dass das EU-Recht „weitergehenden“ Schutz einräumt, was im Detail zu schwierigen Abgrenzungsfragen führen kann; allerdings erlangt durch Art 52 Abs 3 EU-GRC die Rechtsprechung des EGMR Relevanz auch für die Auslegung der EU-GRC.²⁴ Im Folgenden wird daher auch die Rechtsprechung dieses Gerichtshofs zentral präsentiert.

Impfpflicht als Grundrechtseingriff

Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit

Art 2 EMRK sieht ein Recht auf Leben vor; dieses schützt jedoch nur vor Tötung, nicht vor

22 Dazu Johannes HENGSTSCHLÄGER / David LEEB, Grundrechte (Wien 32019), 12–22.

23 Dazu Christoph GRABENWARTER / Katharina PABEL, Europäische Menschenrechtskonvention (München 72021), 16.

24 Elisabeth RUMLER-KORINEK / Erich VRANES, Art 52 GRC, in: Michael Holoubek / Georg Lienbacher, Hg., GRC-Kommentar (Wien 32019), Rz 34.

sonstigen Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit,²⁵ welche nach dem System der EMRK entweder unter Art 3 EMRK (Folterverbot) oder Art 8 EMRK (Recht auf Privat- und Familienleben) fallen.²⁶

Im Gegensatz dazu sieht die EU-GRC explizit ein Recht auf körperliche Unversehrtheit vor (Art 3 EU-GRC). Dieses Grundrecht dient gerade auch dem Schutz der körperlichen und geistigen Integrität vor medizinischen Eingriffen; so wird etwa in Art 3 Abs 2 lit a EU-GRC explizit die Notwendigkeit der Aufklärung und Einwilligung vor medizinischen Eingriffen angeordnet. Dieses Grundrecht der EU-GRC entspricht allerdings in weiten Teilen dem in der EMRK vorgesehenen Recht auf Privat- und Familienleben, das der EGMR weit interpretiert.

Recht auf Privat- und Familienleben

Das Recht auf Privat- und Familienleben in Art 8 EMRK ist der primäre Anknüpfungspunkt für die Überprüfung von Impfpflichten auf ihre Grundrechtskonformität im Rahmen der EMRK. Das Recht auf Privatleben schützt insbesondere die individuelle Selbstbestimmung des Menschen, auch mit Blick auf seine Gesundheit.²⁷ Das Recht auf Familienleben umfasst insbesondere auch das Recht der Eltern, das Familienleben nach ihren Wünschen zu gestalten und Entscheidungen über die Lebensführung ihrer Kinder – auch betreffend deren Gesundheit – zu treffen.²⁸ Das Vorsehen einer Impfpflicht und die oben genannten, denkbaren Sanktionen greifen regelmäßig sowohl in das Grundrecht auf Privatleben wie auch – wenn Eltern verpflichtet werden, ihre Kinder impfen zu lassen – in das Recht auf Familienleben ein.

Recht auf Gewissensfreiheit

Schließlich kann auch die Religions- und Gewissensfreiheit (Art 9 EMRK) von einer Impfpflicht betroffen sein. Dies ist dann der Fall, wenn jemand sich oder seine Kinder aufgrund seiner Weltanschauung oder Religion nicht impfen lassen möchte bzw. eine Impfung als mit seinem Gewissen nicht vereinbar erachtet. Voraussetzung dafür, dass eine Überzeugung als Weltanschauung im Sinn des Art 9 EMRK eingeordnet werden kann, ist, dass sie als stichhaltig, ernsthaft und schlüssig qualifiziert werden kann.²⁹ Für die Bewegung der Impfgegner*innen wird die Einordnung als Weltanschauung in der Literatur bejaht.³⁰

25 Dies auch für Impfungen bestätigend: Europäischen Menschenrechtskommission, 15. Jänner 1998, Boffa u. a. / San Marino, 26536/95, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-88051%22%5D%7D> (letzter Zugriff: 11.01.2021).

26 Walter BERKA / Christina BINDER / Benjamin KNEIHS, Die Grundrechte. Grund- und Menschenrechte in Österreich (Wien 2019), 283; GRABENWARTER / PABEL, Menschenrechtskonvention, wie Anm. 23, 170–175.

27 BERKA / BINDER / KNEIHS, Grundrechte, wie Anm. 26, 356–357; HENGSTSCHLÄGER / LEEB, Grundrechte, wie Anm. 22, 188; GRABENWARTER / PABEL, Menschenrechtskonvention, wie Anm. 23, 297, 310–311.

28 Vgl. BERKA / BINDER / KNEIHS, Grundrechte, wie Anm. 26, 363–364; HENGSTSCHLÄGER / LEEB, Grundrechte, wie Anm. 22, 193–194.

29 Z.B. EGMR 1. Juli 2014, S.A.S. / Frankreich, 43835/11, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-145466> (letzter Zugriff: 11.01.2021) Rz. 55.

30 PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 390.

Rechtfertigung einer Impfpflicht

Eingriffe in Grundrechte sind in aller Regel unter bestimmten Voraussetzungen rechtfertigbar.³¹ Damit ein Grundrechtseingriff gerechtfertigt ist, muss er auf verhältnismäßige Weise der Verwirklichung eines öffentlichen Interesses dienen. Im Zusammenhang mit Impfpflichten gibt es zwei unterschiedliche Kategorien von Rechtfertigungsmöglichkeiten: Impfungen schützen einerseits die Person, die geimpft wird, vor einer Erkrankung. Andererseits besteht ein öffentliches Interesse am Schutz der öffentlichen Gesundheit durch Hintanhaltung der Verbreitung bestimmter Krankheiten. Impfungen gegen Infektionskrankheiten, wie etwa auch die Masernschutzimpfung, bezwecken die Herstellung von „Herdenimmunität“ bzw. „Herdenschutz“.³² Bei Erreichung einer bestimmten Durchimpfungsrate kann sich die fragliche Krankheit in der Gesellschaft nicht mehr verbreiten, so dass nicht nur jene geschützt sind, die geimpft wurden, sondern auch Personen, die keine Impfung erhalten haben, weil sie etwa aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können.³³ Impfpflichten dienen damit nicht nur dem Schutz des öffentlichen Gesundheitssystems vor übermäßiger Belastung durch Epidemien, sondern auch ganz konkret dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit besonders vulnerabler Personen, etwa Personen, die an einer Vorerkrankung leiden oder Neugeborene, die noch nicht geimpft werden konnten.

Mit Blick auf den Schutz der geimpften Person selbst vor einer Erkrankung lässt sich eine Impfpflicht allerdings nicht rechtfertigen. Der EGMR hat etwa im Zusammenhang mit der Verweigerung von Bluttransfusionen durch Mitglieder der Zeugen Jehovas ausgesprochen: „[P]atients must have the right to make choices that accord with their own views and values, regardless of how irrational, unwise or imprudent such choices may appear to others“.³⁴ Dieses auf Art 9 EMRK basierende Recht besteht jedoch nicht unbeschränkt, sondern darf eingeschränkt werden, und zwar zum Beispiel um die Verbreitung von Krankheiten hintanzuhalten und für den Fall, dass Eltern eine medizinische Behandlung ihres Kindes verweigern.³⁵ Es ist daher durchaus denkbar, dass eine Impfpflicht im Lichte der Notwendigkeit des Schutzes der öffentlichen Gesundheit grundrechtskonform ist, wenn folgende Bedingungen eingehalten werden.

Ein Grundrechtseingriff, wie eine Impfpflicht, muss der Verwirklichung des öffentlichen Interesses auf verhältnismäßige Weise dienen; die Impfpflicht muss also zunächst einmal tatsächlich dazu geeignet sein, das von ihr verfolgte Ziel – also etwa: den Schutz der öffentlichen Gesundheit – zu erreichen. Die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs setzt außerdem voraus, dass es keine gelinderen Mittel gibt, um das angestrebte Ziel zu erreichen. In Hinblick auf die Masernschutzimpfung wurde nachgewiesen, dass eine Impfpflicht in Kombination mit finanziellen

31 Etwas anders ist die Situation beim Recht auf Leben (vgl. BERKA / BINDER / KNEIHS, Grundrechte, wie Anm. 27, 283–285), das allerdings hier ohnehin nicht einschlägig ist.

32 Ausführlich PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 387–388.

33 Z.B. Ursula WIEDERMANN-SCHMIDT, Impfen aus Sicht der öffentlichen Gesundheit, in: Gerhard Aigner u. a., Hg., Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte (= Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin Band 11, Wien 2016), 1–5, hier 1.

34 EGMR 10. Juni 2010, Zeugen Jehovas Moskau / Russland, 302/02, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221> (letzter Zugriff: 11.01.2021), Rz. 136.

35 Vgl. EGMR 10. Juni 2010, Zeugen Jehovas Moskau / Russland, 302/02, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221> (letzter Zugriff: 11.01.2021), Rz. 137.

Sanktionen nicht nur die Durchimpfungsrate erhöht, sondern tatsächlich auch das Auftreten der entsprechenden Krankheit (Masern) verringert.³⁶ Im Lichte dessen ist es gut argumentierbar, dass die Einführung einer Impfpflicht ein geeignetes und erforderliches Mittel darstellt, um die öffentliche Gesundheit zu schützen.³⁷ Allerdings weisen Studien auch darauf hin, dass andere Mittel, wie Bewusstseinsbildung und Information über Impfungen ebenfalls zu einer hohen Durchimpfungsrate führen können.³⁸ Die Beurteilung dessen, ob eine Impfpflicht das gelindeste Mittel darstellt, um die erforderlichen Durchimpfungsraten und damit den Schutz der öffentlichen Gesundheit zu erreichen, kann daher von Impfung zu Impfung und in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung der Impfpflicht und der allgemeinen Impfbereitschaft der betroffenen Bevölkerung jeweils unterschiedlich ausfallen.³⁹

Mit Blick auf das Recht auf Familienleben und das darin enthaltene Recht der Eltern, Entscheidungen für ihre Kinder zu treffen, ist auch darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um kein einschränkungslos geltendes Recht handelt.⁴⁰ Impfungen haben nicht nur für die öffentliche Gesundheit Bedeutung, sondern schützen auch die Person, die geimpft wird, selbst vor Krankheiten. Insofern kann es durchaus als im Wohl des Kindes liegend betrachtet werden, wenn dieses geimpft wird – nicht evidenzbasierten Annahmen der Eltern, wonach Impfungen schädlich oder nicht wirksam wären, sollte vom Staat ein Riegel in Form einer Impfpflicht vorgeschoben werden dürfen.⁴¹ Die Situation in diesem Zusammenhang ist ähnlich zu beurteilen wie bei der elterlichen Verweigerung einer Bluttransfusion für ein Kind,⁴² auch diese kann nicht stets grundrechtlich gerechtfertigt werden.⁴³ Zwar geht es bei einer notwendigen Bluttransfusion – anders als bei einer Impfung, die oft auch noch zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen werden kann – regelmäßig um die Abwendung einer unmittelbar bestehenden oder drohenden Gefahr für die Gesundheit und das Leben eines Kindes; allerdings kann auch die Nicht-Impfung

36 VAZ u.a., Vaccination, wie Anm. 11, 5. Vgl. auch HAVERKATE u. a., Vaccination, wie Anm. 8, 2–6; Mitja VRDELJA / Veronika UČAKAR / Alenka KRAIGHER, From Mandatory to Voluntary Vaccination. Intention to Vaccinate in the Case of Policy Changes, in: *Public Health* 180 (2020), 57–63, hier 62. Zur Behauptung, eine gesetzliche Impfpflicht würde zu einer geringeren Akzeptanz von Impfungen im Allgemeinen führen vgl. ausführlich PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 393–395.

37 Ausführlich PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 390–391.

38 HAVERKATE u. a., Vaccination, wie Anm. 8, 5.

39 Siehe etwa die Beurteilung der Zulässigkeit einer Masern-Impfpflicht bei HEISSENBERGER, Impfen, wie Anm. 6, 57; KRASSER, Zulässigkeit, wie Anm. 7, 136–142; ALLERBERGER, Impfpflicht, wie Anm. 18, 102–108; vgl. auch WISSENSCHAFTLICHER DIENST, Deutscher Bundestag, Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht, WD 3–3000–019/16 (2016), 1–6, hier 5; sowie das apokalyptische Szenario eines Zombie-Virus bei Jason BRENNAN, A Libertarian Case for Mandatory Vaccination, in: *Journal of Medical Ethics* 44 (2018), 37–43, hier 38, das eine starke Gewichtung zugunsten der Impfpflicht in diesem Szenario nahelegt. Die grundrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie bejahend: Spyridoula KATSONI, Do Compulsory Vaccinations against COVID-19 Violate Human Rights? An Assessment of the Measure's Compatibility with the European Convention on Human Rights, Völkerrechtsblog, 2. Dezember 2020. <https://voelkerrechtsblog.org/docompulsory-vaccinations-against-covid-19-violate-human-rights/> (letzter Zugriff: 11.01.2021).

40 EGMR 10. Juni 2010, Zeugen Jehovas Moskau / Russland, 302/02, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221> (letzter Zugriff: 11.01.2021), Rz. 136.

41 Vgl. PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 383–387 unter Hinweis auf den unter Impfgegner*innen auch nach seiner Falsifizierung immer noch vielfach zitierten Artikel, der einen Zusammenhang zwischen der Masernschutzimpfung und Autismus herstellt.

42 So auch PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 385.

43 EGMR 10. Juni 2010, Zeugen Jehovas Moskau / Russland, 302/02, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221> (letzter Zugriff: 11.01.2021), Rz. 136; BERKA / BINDER / KNEIHS, Grundrechte, wie Anm. 26, 418 unter Bezugnahme auf die Gewissensfreiheit.

schwere gesundheitliche Folgen haben, wenn man sich etwa vor Augen führt, dass eine Masernerkrankung schwer verlaufen und Langzeitfolgen haben kann.⁴⁴

In der Literatur wird schließlich darauf hingewiesen, dass eine Impfpflicht, zu der nicht-medizinische Ausnahmen bestehen, aufgrund der möglichen weitreichenden Inanspruchnahme⁴⁵ dieser Ausnahmen das Ziel einer hohen Durchimpfungsrate nicht erreichen wird; es wird daher argumentiert, dass nur eine strenge Impfpflicht, die lediglich medizinisch begründete Ausnahmen zulässt, den grundrechtlichen Erfordernissen der Verhältnismäßigkeitsprüfung genügt.⁴⁶

Im Folgenden wird gezeigt, wie der EGMR Impfpflichten bisher beurteilt. Ganz allgemein ist anzumerken, dass die in verschiedenen Staaten bestehenden Unterschiede bei den Regelungen über verpflichtende und freiwillige Impfungen sich vielfach nicht auf evidenzbasierte Forschung stützen, sondern eher durch historische und kulturelle Umstände geprägt sind.⁴⁷ Soweit zwischen den Vertragsparteien der EMRK kein Konsens über gesellschaftspolitische Fragen besteht, räumt der EGMR diesen in der Regel einen weiten Ermessensspielraum ein, der es erlaubt, dass sehr unterschiedliche Regelungen (etwa: eine Impfpflicht in einem Staat, freiwillige Impfung in einem anderen Staat) mit der EMRK vereinbar sind.⁴⁸

Die Rechtsprechung des EGMR

*Zeugen Jehovas Moskau / Russland*⁴⁹

Im Fall *Zeugen Jehovas Moskau / Russland* hatte der EGMR zu beurteilen, inwiefern der Umgang der russischen Behörden mit den Zeugen Jehovas der EMRK entspricht: Die Vereinigung der Zeugen Jehovas wurde von russischen Behörden aufgelöst, weil die Behörden davon ausgingen, dass die Praktiken und Ansichten der Zeugen Jehovas gegen russische Gesetze verstießen. Als einer der Gründe für die Auflösung wurde genannt, dass die Zeugen Jehovas ihre Mitglieder zur Verweigerung notwendiger medizinischer Eingriffe ermutigen würden. Dieser Vorwurf bezog sich vor allem auf die Weigerung, Bluttransfusionen zu akzeptieren.

Der EGMR stellte dazu fest, dass es eine autonome Entscheidung des/der Betroffenen sei, lebensnotwendige medizinische Behandlungen zu akzeptieren oder zu verweigern; die Gründe dafür seien grundsätzlich unerheblich, sofern es sich bei der fraglichen Person um eine mündige, einsichtsfähige Person handle.⁵⁰ Von diesem Grundsatz dürfe nur abgewichen werden, wenn es zum Schutze Dritter erforderlich sei – als Beispiel für eine solche Notwendigkeit nannte der EGMR eine Impfpflicht während einer Epidemie.⁵¹

44 Vgl. PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 386.

45 PIERIK weist zutreffend darauf hin, dass es insbesondere problematisch ist, dass es zu einer Ungleichbehandlung von Weltanschauungen – die zum Teil durch evidenzbasierte Wissenschaft widerlegt werden können – und (metaphysischen) Religionen – deren Grundannahmen sich einer wissenschaftlichen Widerlegung entziehen – kommen könnte, wenn andere als rein medizinisch begründete Ausnahmen auf ihre „Stichhaltigkeit“ überprüft würden; PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 392–393.

46 PIERIK, Vaccination, wie Anm. 1, 393.

47 HAVERKATE u. a., Vaccination, wie Anm. 8, 5.

48 Vgl. dazu BERKA / BINDER / KNEIHS, Grundrechte, wie Anm. 26, 244.

49 EGMR 10. Juni 2010, *Zeugen Jehovas Moskau / Russland*, 302/02, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221> (letzter Zugriff: 11.01.2021).

50 Ebd., Rz. 136.

51 Ebd.

*Solomakhin / Ukraine*⁵²

Während die Impfpflicht im vorangehenden Fall nur beispielhaft erwähnt wurde, war sie im Fall *Solomakhin / Ukraine* konkret auf dem Prüfstand:⁵³ Ein ukrainisches Gesetz aus dem Jahr 1994 ordnete verpflichtende Impfungen gegen bestimmte Krankheiten wie Tuberkulose, Diphtherie oder Masern an. Im Fall *Solomakhin / Ukraine* behauptete Herr Solomakhin eine Verletzung seiner Grundrechte, da er im Jahr 1998 gegen seinen Willen und trotz zum Zeitpunkt der Impfung bestehender Atemwegserkrankung gegen Diphtherie geimpft worden sei, was nach den Ausführungen des Beschwerdeführers schwerwiegende medizinische Folgen hatte. Entsprechenden Beschwerden des Beschwerdeführers wurde durch die ukrainischen Gerichte nicht stattgegeben. Nach dem Tod des Beschwerdeführers im Jahr 2010 wurde das Verfahren vor dem EGMR von seiner Mutter fortgeführt, der EGMR fälltte seine Entscheidung im Jahr 2012.

Der Beschwerdeführer behauptete insbesondere eine Verletzung seines Rechts auf Leben im Sinne des Art 2 EMRK, die aber vom EGMR in eine Verletzung des Rechts auf Privatleben umgedeutet wurde.⁵⁴ Zur Rechtfertigung diese Grundrechtseingriffs berief sich die Ukraine auf das Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit und die schwierige epidemiologische Situation in der betreffenden Region.⁵⁵ Der EGMR akzeptierte das als im öffentlichen Interesse liegendes Ziel und prüfte näher, ob der Eingriff im konkreten Fall auch verhältnismäßig war.⁵⁶ Da nach Ansicht des Gerichtshofs nicht erwiesen wurde, dass die Impfung tatsächlich gegen den ausgesprochenen Willen des Beschwerdeführers erfolgte und schwerwiegende gesundheitliche Folgen für den Beschwerdeführer hatte, bejahte der EGMR das Vorliegen eines verhältnismäßigen Grundrechtseingriffs und verneinte daher eine Verletzung von Art 8 EMRK.⁵⁷ Allerdings befand der EGMR, dass die überlange Verfahrensdauer vor den ukrainischen Gerichten eine Verletzung des Grundrechts auf ein faires Verfahren (Art 6 EMRK) darstellte.⁵⁸

Vavříčka u. a. / Tschechien

Während es im Fall *Solomakhin / Ukraine* also vor allem darum ging, ob die Durchführung einer verpflichtend vorgesehenen Impfung im Einzelfall verhältnismäßig war, hatte sich der

52 EGMR 15. März 2012, *Solomakhin / Ukraine*, 24429/03, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-109565> (letzter Zugriff: 11.01.2021).

53 Eine Impfpflicht war auch Gegenstand einer anderen Beschwerde, die jedoch als unzulässig erklärt wurde: Entscheidung der Europäischen Menschenrechtskommission vom 15. Jänner 1998, *Boffa u. a. / San Marino*, 26536/95, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-88051%22%5D> (letzter Zugriff: 11.01.2021). Die Frage der Höhe der Entschädigung im Fall von Impfschäden beschäftigte den EGMR in EGMR 9. Juli 2002, *Salvetti / Italien*, 42197798, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-22636> (letzter Zugriff: 11.01.2021); allerdings wurde die Beschwerde v.a. aus Gründen der zeitlichen Anwendbarkeit der Konventionsgarantien für nicht zulässig erklärt.

54 EGMR 15. März 2012, *Solomakhin / Ukraine*, 24429/03, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-109565> (letzter Zugriff: 11.01.2021), Rz. 28, 33.

55 Ebd., Rz. 32.

56 Ebd., Rz. 35.

57 Ebd., Rz. 36–39.

58 Ebd., Rz. 25–27.

EGMR im kürzlich entschiedenen Fall *Vavříčka / Tschechien*⁵⁹ mit der allgemeinen Rechtfertigbarkeit von Impfpflichten auseinanderzusetzen.

Tschechien sieht für bestimmte Krankheiten eine Impfpflicht vor, deren Nichteinhaltung sowohl Geldstrafen als auch die Nichtzulassung nicht-geimpfter Kinder zum Kindergarten zur Folge haben kann. Herr Vavříčka ließ seine beiden Kinder nicht wie vorgesehen impfen und erhielt eine Geldstrafe; die anderen Beschwerdeführer sind Kinder, deren Eltern sie ebenfalls nicht impfen ließen, was zur Konsequenz hatte, dass Geldstrafen verhängt und/oder die Kinder vom Kindergarten ausgeschlossen wurden. Die Beschwerdeführer behaupten, dass durch die Impfpflicht bzw. die Sanktionen ihre Rechte auf Privat- und Familienleben sowie das in Art 2 des 1. Zusatzprotokolls der EMRK vorgesehene Recht auf Bildung verletzt wurde.

Die Sache wurde von der zuständigen Kammer des EGMR im Dezember 2019 an die Große Kammer des EGMR verwiesen, was die Bedeutung der Rechtssache und der zu klärenden Auslegungsfragen hervorhebt. Die Große Kammer hat am 1. Juli 2020 eine mündliche Verhandlung durchgeführt, bei der die Verfahrensbeteiligten ihre Argumente vertiefen konnten; am Verfahren beteiligten sich auch zahlreiche andere Vertragsstaaten und Interessenvertretungen. Am 8. April 2021 wurde schließlich die Entscheidung des EGMR gefällt, mit der die tschechischen Maßnahmen für mit der EMRK vereinbar erklärt wurden.

Dies war im Lichte der vorangehend dargestellten Verhältnismäßigkeitsüberlegungen zu erwarten. Auch der EGMR nimmt in seiner Entscheidung – nach der umfassenden Darlegung der rechtlichen Situation in verschiedenen Vertragsstaaten und des Inhaltes internationaler Rechtsakte mit Relevanz für die Einführung einer Impfpflicht⁶⁰ – eine detaillierte Verhältnismäßigkeitsprüfung vor um zu beurteilen, ob die Impfpflicht eine Verletzung des Art 8 EMRK darstellt.⁶¹ Dabei hebt der Gerichtshof besonders hervor, dass Entscheidungen über das Kindeswohl grundsätzlich von den Eltern zu treffen sind; im Extremfall und zum Schutze des Kindes bzw. von Kindern als Gruppe aber auch staatliche Entscheidungen über das Kindeswohl zulässig sind, wie eben im Zusammenhang mit einer verpflichtenden Masernschutzimpfung.⁶² Im Lichte dessen, dass es im Fall medizinischer Notwendigkeit Ausnahmen von der Impfpflicht gibt und dass der Staat eine gesetzliche Haftung für etwaige Impfschäden eingeführt hat, ist die Impfpflicht wohl auch als das gelindeste zum Ziel führende Mittel zu sehen. Der EGMR bejaht im Ergebnis die Verhältnismäßigkeit des durch die Impfpflicht und die Folgen einer Impferweigerung (insbesondere: kein Zugang zu elementaren Bildungseinrichtungen) bewirkten Eingriffs in Art 8 EMRK und erachtete diese Maßnahmen als geeignet und erforderlich um das öffentliche Interesse am Gesundheitsschutz durch Erreichung von Herdenschutz zu verwirklichen.⁶³

Mit den weiteren Vorbringen der Beschwerdeführer zum Recht auf Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art 9 EMRK bzw. zum Recht auf Bildung nach Art 2 des ersten Zusatzprotokolls setzt sich der EGMR nicht näher auseinander: Hinsichtlich Art 9 EMRK verweist der

59 EGMR 8. April 2021, *Vavříčka u.a. / Tschechien*, 47621/13, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-209039> (letzter Zugriff: 28.07.2021).

60 Ebd., Rz. 94–151.

61 Ebd., Rz. 265–312.

62 Ebd., Rz. 286–289.

63 Ebd., Rz. 310–311.

EGMR darauf, dass die Überzeugung der Beschwerdeführer nicht zu Recht nicht als stichhaltig und ernsthaft befunden wurde.⁶⁴ Damit besteht allerdings weiterhin die Möglichkeit, dass Überzeugungen von Impfgegner*innen in der Zukunft als unter Art 9 EMRK fallende Weltanschauung qualifiziert werden, wenn sie ausreichend ernsthaft und stichhaltig manifestiert werden. Zum Recht auf Bildung schließlich führt der EGMR nur aus, dass eine nähere Befassung damit entfallen kann.⁶⁵ So umgeht der EGMR die Frage, ob auch der Besuch eines (nicht verpflichtenden) Kindergartens unter das Recht auf Bildung fällt.⁶⁶ Selbst wenn man davon ausgeht, dass dies zutrifft, so würde die Verhältnismäßigkeitsprüfung hinsichtlich des Eingriffs wohl zu demselben Ergebnis kommen wie hinsichtlich des Eingriffs in Art 8 EMRK.⁶⁷

Ausblick

Allgemein bleibt festzuhalten, dass eine Impfpflicht nicht prinzipiell an grundrechtlichen Bedenken scheitern muss, sofern der Gesetzgeber medizinisch notwendige Ausnahmen von einer Impfpflicht zulässt. Über medizinisch notwendige Ausnahmen hinausgehende Ausnahmemöglichkeiten stellen allerdings die Effektivität der Impfpflicht als Ganzes in Frage und können daher zur Grundrechtswidrigkeit der Impfpflicht führen. Die Rechtsprechung des EGMR zum Thema der Grundrechtskonformität von gesetzlichen Impfpflichten ist bisher spärlich; die Entscheidung in der Sache *Vavříčka* u. a. / Tschechien zeigt Möglichkeiten auf, wie Impfpflichten grundrechtskonform ausgestaltet werden können.

Im Lichte der zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags bestehenden Covid-19 Pandemie könnte die Diskussion in Zukunft weg von der Frage, ob eine Impfpflicht grundrechtlich erlaubt ist,⁶⁸ hin zur Behauptung eines Grundrechts darauf, geimpft zu werden, gehen: Schließlich trifft den Staat auch nach der EMRK eine Pflicht, die Gesundheit der Rechtsunterworfenen zu schützen.⁶⁹

Informationen zur Autorin

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Teresa Weber, MSc (Leiden), Wien, forscht in den Bereichen Öffentliches Recht und Europarecht. E-Mail: teresa.weber89@gmail.com

64 Ebd., Rz. 330–338.

65 Ebd., Rz. 345.

66 Vgl. z.B. EGMR 10. November 2005, Leyla Şahin / Türkei, 44774/98, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-70956> (letzter Zugriff: 11.01.2021), Rz. 134–142.

67 Eine Prüfung im Lichte des Rechts auf Bildung vornehmend (und die Zulässigkeit grundsätzlich bejahend): ALLERBERGER, Impfpflicht, wie Anm. 18, 107.

68 Die Bedeutung der Entscheidung in der Sache *Vavříčka* für die Frage nach der grundrechtlichen Zulässigkeit einer Covid-19-Impfpflicht auslotend: Spyridoula KATSONI, What Does the *Vavříčka* Judgement Tell Us About the Compatibility of Compulsory COVID-19 Vaccinations with the ECHR?, Völkerrechtsblog, 21. April 2021, <https://voelkerrechtsblog.org/what-does-the-vavricka-judgement-tell-us-about-the-compatibility-of-compulsory-covid-19-vaccinations-with-the-echr/> (letzter Zugriff: 02.08.2021).

69 Vgl. KRASSER, Zulässigkeit, wie Anm. 7, 142, die eine grundrechtliche Verpflichtung zur Einführung einer Impfpflicht andenk; allgemein zu Gewährleistungspflichten des Staates GRABENWARTER / PABEL, Menschenrechtskonvention, wie Anm. 23, 164–170.

Projektberichte

Josef Hlade

Theodor Hahns (1824–1883) medizinischer Ratgeber gegen Cholera von 1849: Parallelen zur aktuellen alternativmedizinischen Debatte?

English Title

Theodor Hahn's (1824–1883) Medical Advisor Against Cholera from 1849. Parallels to the Current Alternative Medicine Debate?

Summary

This essay deals with the far-reaching claims of alternative medicine and how they appear to benefit from pandemics. To make this clear, the current debate, as expressed in a popular book by Clemens G. Arvay, is compared to a paper by the water doctor and natural healer Theodor Hahn (1824–1883), which he wrote on the occasion of the cholera outbreak in Schwerin in 1849.

Keywords

Theodor Hahn, Clemens G. Arvay, Cholera Epidemic 1849, COVID-19 Pandemic, Alternative Medicine, Nature Cure Movement, 19th Century

Einleitung

Clemens G. Arvay hat es mit seinem Buch „Wir können es besser: Wie Umweltzerstörung die Corona-Pandemie auslöste und warum ökologische Medizin unsere Rettung ist“ bis auf die Spiegel-Bestsellerliste geschafft. Er spricht darin von „Covid-19 als einem Umwelt-, Medien- und Wissenschaftsfiasko“ und einem „Killervirus-Narrativ“.¹ Weiter heißt es darin an zwei charakteristischen Stellen:

1 Clemens G. ARVAY, Wir können es besser. Wie Umweltzerstörung die Corona-Pandemie auslöste und warum ökologische Medizin unsere Rettung ist (Gladbach 2020), 55.

„Es wäre fatal, den Corona-Tunnelblick beizubehalten. Dieses Buch korrigiert deshalb falsche und irrationale Vorstellungen über das Coronavirus, die sich während der Schlacht um Schlagzeilen medial verbreitet haben. [...] Viele Journalistinnen und Journalisten geben die Presseaussendungen pharmazeutischer Konzerne wieder, anstatt kritische Fragen zu stellen.“²

Arvay stellt in seinem Buch die Frage, ob es sich um „Killervirus oder Killerumwelt“ handle und präzisiert die Frage später mit dem Hinweis, ob es sich um „Corona-Tote oder Feinstaub-Tote“ handle.³ Die Grundthese des Buches lautet, dass das Auftreten schwerer Corona-Verläufe mit bestimmten gesundheitsschädlichen Umweltfaktoren wie einer erhöhten Feinstaubbelastung, Chemikalien in Umwelt und Nahrung, Lärm, Lichtverschmutzung oder Versiegelung der Landschaft korreliere, die Krankheit aber an sich viel weniger schrecklich sei, als uns Politik und Medien vermitteln würden. Das Buch versucht in diesem Sinne zu zeigen, „wie COVID-19 zur Pandemie werden konnte und weshalb die Infektion in manchen Regionen besonders hohe Opferzahlen gefordert hat.“⁴ Laut Arvay waren die „Covid-19-Hotspots“ wie die Lombardei, Madrid oder New York somit „umweltmedizinisch vorhersehbar.“⁵ Es handle sich bei der Corona-Krise um einen „Umweltskandal“, denn habe die Politik die Warnungen der Experten in den Wind geschlagen, die einen Zusammenhang zwischen Krankheiten wie Corona und gesundheitsschädlichen Umweltfaktoren schon lange erwiesen hätten. Aufgrund der Rolle der Medien, die hier kritische Expert*innen zu wenig zu Wort kommen hätten lassen, handle es sich des Weiteren insbesondere auch um einen „Medienskandal“.⁶ Letztlich sei SARS-CoV 2 „keine so außergewöhnliche Gesundheitsbedrohung [...], dass eine Verengung der weltweiten Aufmerksamkeit auf ein einzelnes Virus erforderlich wäre.“⁷ Arvay wurde vor allem durch sein Buch „Der Biophilia-Effekt: Heilung aus dem Wald“ (Ullstein 2018) bekannt, worin er den gesundheitsförderlichen Effekt von Waldspaziergängen untersucht. Aus diesem Grund empfiehlt er „frische Luft statt Lagerkoller.“⁸

Am Ende seines Buches spricht Arvay schließlich von einem angeblichen „Einfluss von Lobbyisten-Kreisen“, dem „Einfluss von Geldgebern aus der pharmazeutischen Industrie“ und „superreichen Netzwerkern wie Bill und Belinda Gates“ und diesbezüglichen „Seilschaften“.⁹ Mit Bezug darauf heißt es als eine Art Fazit: „Der ‚schlafende Riese‘ der Demokratie soll erwachen. Wenn nicht jetzt, wann dann?“¹⁰

Arvays Buch ist ein besonders prägnantes und erfolgreiches Beispiel, das nicht alleine dasteht und in gewisser Weise charakteristische Züge alternativmedizinischer Theorien aufzuweisen scheint.¹¹ Im Fokus dieses Beitrags sollen die weitreichenden gesellschaftspolitischen

2 Ebd., 21, 23.

3 Ebd., 90.

4 Ebd., 53.

5 Ebd., 235.

6 Ebd., 53.

7 Ebd., 188.

8 Ebd., 198.

9 Ebd., 237.

10 Ebd., 238.

11 Robert Jütte hat eine relativ bekannte Definition alternativer Heilweisen gegeben. Er definiert sie als Konzepte, „die in einer bestimmten medikalen Kultur, die selbst wiederum einem historischen Wandlungsprozeß unterworfen ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen längeren Zeitraum von der herrschenden medizinischen Richtung mehr oder weniger stark abgelehnt werden, weil sie die Therapieformen der herrschenden medizinischen

Ansprüche stehen, in die alternativmedizinische Konzepte aus historischer Sicht eingebunden waren. Ein Anspruch, der sich hier zu erneuern scheint.

So bestand, wie insbesondere von Rothschuh¹² nachgewiesen wurde, eine enge Verbindung zwischen der in der Mitte des 19. Jahrhunderts entstandenen „Naturheilbewegung“ und der späteren „Lebensreform“, die den Fokus immer stärker von medizinischen Fragestellungen wegnahm und als soziale Reformbewegungen eine umfassende Kritik an der Industrialisierung, dem Materialismus und der Urbanisierung übte.¹³

Ich möchte einen Vergleich zu einer kurzen Schrift des Naturarztes Theodor Hahn (1824–1883) von 1849 ziehen, die anlässlich der damaligen Cholera-Epidemie in Mecklenburg-Schwerin entstanden ist und im Kern der Argumentation starke Parallelen zu Arvays Argumentation aufweist. Der Vergleich soll zeigen, dass gerade Pandemien sich offensichtlich besonders gut eignen, um alternativmedizinischen Theorien einen Platz im öffentlichen Diskurs zu sichern und in Bezug auf Akzeptanz von solchen Ausnahmesituationen zu profitieren scheinen.

Richtung teilweise oder völlig in Frage stellen bzw. auf eine unmittelbare und grundlegende Änderung des medizinischen Systems abzielen.“ Robert JÜTTE, *Alternativmedizin*, in: Werner E. Gerabek u.a., Hg., *Enzyklopädie Medizingeschichte* (Berlin 2005), 42–49, hier 43; Robert JÜTTE, *Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien* (München 1996), 13. Irmtraut Sahmland betont, dass eine präzise Definition des Begriffes der Alternativmedizin allgemein sehr schwierig sei. Irmtraut SAHMLAND, *Wie man sich kleidet ... Die äußere Körperhülle als Gesundheitsfaktor*, in: VIRUS. *Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 13 (2015), 93–113, hier 94. Es ist zu berücksichtigen, dass die obige Definition Jüttes wichtige Aspekte nicht ausreichend miteinbezieht. Auf die heutige Zeit übertragen, muss Arvay keine spezielle alternativmedizinische Therapieform propagieren, um im alternativmedizinischen Diskurs eine Rolle spielen zu können. Die größte Nähe weist Arvay ohne Zweifel zu den Strömungen der Naturheilbewegung und der Lebensreform auf. Für viele Lebensreformer stand nicht die Verteidigung eines bestimmten Heilverfahrens im Mittelpunkt, sondern die Idee einer Reform des Lebens im Sinne einer Rückorientierung am scheinbar Natürlichen; dies häufig vor allem auch im Sinne eines Beitrages zu einer sozialen Reformbewegung. Rainer Flöhl gibt zu bedenken, dass Jütte sozialgeschichtliche Fragen und gesellschaftliche Hintergründe nur unzureichend berücksichtigte und gegenüber den Studien Karl E. Rothschuhs über die Naturheilbewegung und Claudia Huerkamp über die Lebensreform des späten 19. Jahrhunderts aus seiner Sicht zurückbliebe. Rainer Flöhl, *Auf der Flucht vor der sterilen Apparatedizin*, in: FAZ (24. Mai 1996), 44; Karl E. ROTHSCHUH, *Naturheilbewegung. Reformbewegung. Alternativbewegung* (Stuttgart 1983); Claudia HUERKAMP, *Medizinische Lebensreform im späten 19. Jahrhundert. Die Naturheilbewegung in Deutschland als Protest gegen die naturwissenschaftliche Universitätsmedizin*, in: *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* 73 (1986), 158–182.

12 ROTHSCHUH, *Naturheilbewegung*, wie Anm. 11, 106.

13 Vgl. z. B. Wolfgang R. KRABBE, *Die Lebensreformbewegung*, in: Kai Buchholz u.a., Hg., *Die Lebensreform. Entwürfe zur Neugestaltung von Leben und Kunst um 1900*, Bd. 1 (Darmstadt 2001), 25–31; Josef L. HLADE, *Auf Kur und Diät mit Wagner, Kapp und Nietzsche. Wasserdoktoren, Vegetarier und das kulturelle Leben im 19. Jahrhundert. Von der Naturheilkunde zur Lebensreform* (Stuttgart 2015), 30–38; Michael ROSENBERGER, *Hoffnung auf den Garten Eden. Zur Religiosität des säkularen Umweltschutzes und zum Schöpfungsethos der Religion*, in: Robert Hettlage / Alfred Bellebaum, Hg., *Religion Spurensuche im Alltag* (Wiesbaden 2016), 79–94; Bernd WEDEMEYER-KOLWE, *Aufbruch! Die Lebensreform in Deutschland* (Darmstadt 2017), 20, 75; Corinna TREITEL, *Eating Nature in Germany. Food, Agriculture, and Environment, c. 1870 to 2000* (Cambridge 2017), 56. Jürgen Helfricht betont in diesem Zusammenhang, dass es „bisher weitgehend unberücksichtigt“ sei, „dass Rousseau die Naturheilbewegung und ihre ausübenden Vertreter auch über ihre gesellschaftlichen Verhältnisse nachdenken ließ.“ Jürgen HELFRICHT, *Vincenz Prießnitz (1799–1851) und die Rezeption seiner Hydrotherapie bis 1918. Ein Beitrag zur Geschichte der Naturheilbewegung* (Husum 2006), 28. In diesem Sinne vertritt etwa Heyll die offensichtlich zu überdenkende Auffassung, dass vom Standpunkt der Naturheilkunde „[d]er Ruf nach äußerer Freiheit [...] keinem wirklichem Bedürfnis“ entsprang. Uwe HEYLL, *Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland* (Frankfurt am Main 2006), 107.

Wie Arvay trat auch Hahn, eine zentrale Figur der „Naturheilbewegung“¹⁴, in der Nachfolge seines Lehrers J. H. Rausse (1803–1848) mit sehr weitreichenden Ansprüchen auf und sah einen engen Zusammenhang zwischen akademischer Medizin, Politik und medialer Öffentlichkeit. Hahn versuchte sich insbesondere auch die Revolution von 1848/49 für die Verbreitung seiner alternativmedizinischen Theorie zunutze zu machen, wie im Folgenden dargestellt wird, und verband seine Überlegungen schließlich auch mit umfangreichen gesellschaftspolitischen Ansprüchen.

Theodor Hahn und der Choleraausbruch in Schwerin

Theodor Hahn hielt sich wahrscheinlich in Schwerin auf, als dort Mitte November 1849 zum ersten Mal die Cholera ausbrach. Der Ausbruch verlief relativ gelinde. Die Schweriner Chronik von 1862 berichtet von insgesamt 36 Krankheits- und 13 Todesfällen.¹⁵

Die Cholera bedrohte Mecklenburg-Schwerin bereits 1831, als sie über Russland und Polen auch Preußen befiel. In diesem Zusammenhang wurde von Friedrich Franz I. (1756–1837) eine neue „Medicinalordnung für Mecklenburg-Schwerin“ erlassen und „Allgemeine Verhaltensregeln bei der Gefahr der sich nähernden epidemischen Brechruhr (Cholera)“ herausgegeben. Auf dieser Grundlage wurden die Landesgrenzen des Großherzogtums von Dragonern bewacht und innerhalb der Städte „Cholerawächter“ bestimmt, die Ein- und Ausreisende kontrollierten und ihre Gesundheitspässe überprüften.¹⁶

Hahn hatte sich nach seinem abgebrochenen Apothekerstudium und der Begegnung mit dem Hydrotherapeuten und Naturarzt J. H. Rausse in Schwerin als Naturheiler niedergelassen.¹⁷ Nach dem Tod von Rausse wurde er nicht nur zu seinem wichtigsten Schüler, sondern gab auch dessen noch unveröffentlichte Werke heraus. Hahn, der sich zu dieser Zeit auch politisch innerhalb der Arbeiterbewegung engagierte, emigrierte schließlich noch im selben Jahr in die Schweiz, wo er als Hydrotherapeut und Naturarzt in seiner Anstalt in Tiefenau (Bern) praktizierte.¹⁸ Hier begab sich schließlich auch Richard Wagner in seine Behandlung.¹⁹

14 HEYLL, Wasser, wie Anm. 13, 136–140.

15 Ludwig FROMM, Chronik der Haupt- und Residenzstadt Schwerin. Mit Benutzung der neuesten Forschungen zusammengestellt (Schwerin 1862), 420.

16 Gisela SCHEITHAUER, 188 Jahre vor Corona kam die Cholera. Aus der Epidemie-Geschichte der Stadt Güstrow (Teil 1), in: Güstrower Anzeiger (4/5. April 2020), 11.

17 Holm-Dieter SCHWARZ / Wolfgang-Hagen HEIN, Deutsche Apotheker-Biographie, Ergänzungs-Band 2 (Stuttgart 1997), Eintrag: Theodor Hahn, 121.

18 Hahn war zur Zeit der Revolution in Deutschland Vizepräsident und Leiter der Gesangsabteilung des Schweriner Arbeitervereins, ab 1849 auch Vorsitzender. Zu dieser Zeit arbeitete er nach eigenen Aussagen an einer Schrift mit dem Titel „Friedrich Hecker und J. H. Rausse oder Revolution und Hydratrie“. Horst SCHLECHTE, Die allgemeine deutsche Arbeiterverbrüderung 1848–1850. Dokumente des Zentralkomitees für die deutschen Arbeiter in Leipzig (Weimar 1979), 466–468. Im Rückblick bezeichnete er sich selbst „als einer der Führer des Volkes in den vordersten Reihen der Kämpfer für die Befreiung vom politischen und sozialen Joche.“ Theodor HAHN, Praktisches Handbuch der naturgemäßen Heilweise (Berlin 1875), VII.

19 Wagner an Theodor Hahn, Tiefenau (8.11.1852), 93, Wagner an Kummer, zeitweilig Montreux (13.11.1852), 110, in: Richard WAGNER, Sämtliche Briefe. Herausgegeben im Auftrage der Richard Wagner-Stiftung Bayreuth von Gertrud Strobel und Werner Wolf, Bd. 5: September 1852–Januar 1854 (Leipzig 1993); vgl. auch HLADE, Auf Kur, wie Anm. 13.

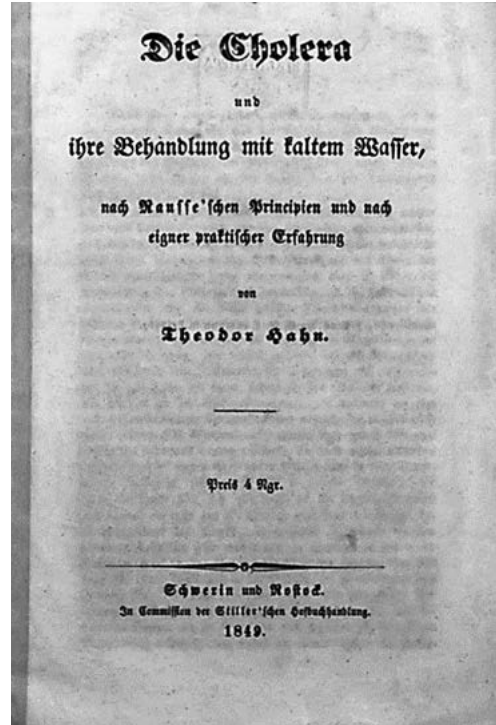


Abb. 1: Theodor Hahn (1824–1883). Quelle: Hahn 1879. Abb. 2: Titelblatt von Hahns Ratgeber, 1849
Buchdeckel

Hahn nutzte den Ausbruch der Cholera offensichtlich, um für seine Behandlungsmethode zu werben. Zugrunde lag die von Rausse eingeführte, mit dem damaligen medizinischen Wissen kaum zu vereinbarende²⁰ Krankheitslehre, welche davon ausging, „dass die Ursachen aller Körperkrankheiten materielle Stoffe sind, die in dem kranken Körper sich befinden und seinem Wesen fremd sind.“²¹ Diese durch die Nahrung oder die Atemluft eindringenden Krankheitsstoffe lagern sich dieser Theorie zufolge in den Verdauungsorganen als „Schlacken“ ab, wo sie den Ablauf der Stoffwechselprozesse einschränken. Akute Krankheiten seien der Versuch, sich dieser Krankheitsstoffe zu entledigen, wobei Symptome wie Fieber, Entzündungen oder Geschwüre und Ausschläge Zeichen von Ausscheidung, von heilsamen Krisen seien. Chronische Krankheiten seien schließlich als Folge solcher nicht ausgeschiedener „Gifte“ zu betrachten.²²

Ein Spezifikum war die Verbindung mit einer Zivilisationskritik im Sinne Rousseaus und einer Orientierung am Ideal des Naturzustandes,²³ die insofern umgedeutet wurde, als die Rhetorik auf der physischen Erneuerung lag, die der gesellschaftlichen Erneuerung zugrundeliegen müsse. Als zu meidende „Gifte“ galten außer Medikamenten der akademischen Medizin, die

20 ROTHSCHUH, Naturheilbewegung, wie Anm. 12, 21.

21 J. H. RAUSSE, Wasser thut's freilich. Miscellen zur Graefenberger Wasserkur! (Zeiz²1840), 33.

22 Ebd., 16–17.

23 HEYLL, Wasser, wie Anm. 13, 43–49, 59–63.

sich als unabbaubare Stoffe im Organismus festsetzen würden, vor allem sogenannte „Reizmittel“ wie Genuss- und Rauschmittel und Umweltgifte. Bereits Rausse sprach von „Giftärzten“ und „Medizinvergiftung.“²⁴

Übertragen auf die Cholera bedeute dies, dass letztlich tiefer liegende Ursachen hinter dem Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsfällen liegen müssten. Demgemäß heißt es bei Hahn in Bezug auf die Cholera:

„Die Symptome der Cholera sind an und für sich sehr einfach, aber durch viele Nebenumstände aufs vielfältigste complicirt. Bei einem normal Gesunden würde die Krankheit, die ursprünglich nur in den Verdauungsorganen ihren Sitz hat, allein durch den Darmkanal mittelst Durchfalls und durch den Magen mittelst Erbrechen kritisch entschieden. Der Normalgesunden giebt es aber, Dank sei es der entnervenden Cultur in dem zerrütteten Europa, nur gar wenige [...]. Die Verdauungsorgane der Europäer sind theils durch die schwächenden und erschlaffenden Getränke, als Thee und Kaffe, Chocolate u. s. w. und der mit den verschiedenartigsten Gewürzen und Ingredienzen zubereiteten Speisen der verfeinerten Kochkunst der gebildet sein wollenden Stände; theils durch die verschleimenden und entnervenden Getränke, als Bier und Wein des sogenannten Bürgers, des kneipenden Spießbürgers; theils endlich durch den entkräftenden und entsittlichenden, von oben herab nur zu gerne begünstigten höllischen Branntweingenuß des arbeitenden Volkes mehr oder weniger so ruinirt, – so daß sie unmöglich fähig sind, allein den Heilkampf der Cholera übernehmen zu können.“²⁵

Vor dem Hintergrund dieses Krankheitskonzeptes argumentiert Hahn, dass die Cholera an sich keine schwere Krankheit darstellen würde. Außer dem Verzicht auf die genannten „Reizmittel“ sei die Ausübung einer „naturgemäßen Diät“ von großer Bedeutung, zu der Hahn folgende diätetische Maßnahmen zählte:

„Angewöhnung des häufigen Genusses des reinen frischen Quell oder Brunnenwassers, des möglichst häufigen Genusses der frischen, freien Luft, also täglicher, mehrstündiger Spaziergang, nicht etwa in den behäuserten, gepflasterten, mit den vom Straßenumflut aufsteigenden und von den Schornsteinen herabsteigenden verpesteten und verpestenden Dünsten angefüllten Straßen der Stadt, nein! sondern draußen auf dem freien Felde, im Walde, in der freien Gottesnatur.“²⁶

Zentral scheint seine Annahme, dass die Schuld an schweren Krankheitsverläufen letztlich die „entnervende Cultur in dem zerrütteten Europa“ trage.²⁷ In Hahns Argumentation sind Mediziner Verbündete der absoluten Regierungen, die ein Interesse daran haben, diese einfache Wahrheit zu verbergen. Die Choleraepidemie scheint sich perfekt in das Bild zu fügen, denn wie in Arvays Argumentation die Feinstaubbelastung als gesundheitsschädlicher Umweltfaktor²⁸ sich

24 RAUSSE, Wasser, wie Anm. 21, 17.

25 Theodor HAHN, Die Cholera und ihre Behandlung mit kaltem Wasser, nach Rausse'schen Principien und eigener praktischen Erfahrung (Schwerin–Rostock 1849), 12.

26 Ebd., 5–7.

27 Ebd., 13.

28 In diesem Zusammenhang ist auch die etymologische Herkunft des von Rausse benützten Begriffs der „Schlacke“ sehr interessant. Das „Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache“ definiert „Schlacke“ als „Verbrennungsrückstand, gesinterte, feste Bestandteile der Asche, nicht mehr verwertbarer Rückstand“. Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache, Schlacke, <https://www.dwds.de/wb/Schlacke> (letzter Zugriff: 28.05.2021).

in das Bild der schweren Verläufe der Lungenerkrankung Covid-19 einfügt, eignete sich die Durchfall und Erbrechen auslösende Cholera in besonderem Maße zur Bestätigung von Rausses „Giftheorie“.

Festgehalten werden kann, dass in beiden Theorien hinter den schweren Verläufen eine andere Ursache steckt, Politik und Medien bzw. die absoluten Regierungen und ihre Verbündete, die akademische Medizin, aber von dem eigentlichen Thema ablenken wollen und die Krankheit zu ihren Zwecken benutzen. Hahns Schrift ist hier insbesondere vor dem Hintergrund der Revolution von großem Interesse, die auch in Mecklenburg gerade ausklang. Hahn stellt explizit eine Verbindung zwischen der Rausse'schen „Giftheorie“ und den bisher gescheiterten revolutionären Bestrebungen her:

„Die Herren Mediciner unterdrücken die vernünftige, naturgemäße Diät, wie die absoluten Regierungen die Presse: mit dem Aufkommen der naturgemäßen Diät würde die absolute Medizinheilkunde, mit dem Aufkommen der freien Presse würden die absoluten Regierungen fallen. Ja, Medizinheilkunde und Wasserheilkunde sind Gegensätze wie Lüge und Wahrheit, wie Tod und Leben. Und es gilt einen Kampf, wie auf dem Felde der Politik, so auf dem Felde der Wissenschaft und hier speciell auf dem Felde der Heilkunde. Die absoluten Regierungen haben lange in der Medicin eine treue Verbündete erkannt [...] Drum auf, ihr Freunde des Volkes, ihr Vertreter der sozialen Reform, macht die Wasserheilkunde zu eurer Verbündeten, im Prinzip ist sie es lange, befolgt, lehrt und verbreitet ihre Grundsätze in euren Vereinen, in euren Zusammenkünften. Lehrt und pflegt besonders eine gesunde, naturgemäße Diät, und es wird ein neues, gesundes Volk entstehen: ein gesunder, kräftiger Körper birgt einen gesunden, kräftigen Geist. Woran lag es, dass die Revolutionen der letzten Jahre missglückten? An dem schwächlichen, flauen und faulen, siechen, kranken, bier-, wein- und branntweinbegnadeten, an dem mit Kaffee, Tee und Tabacksjauche getränkten Volke, an dem kneipenden Spießbürgerthum! So siech wie ihr jetzt seid, vermögt ihr nichts! Ihr vermögt keine Revolutionen durchzukämpfen [...]. Ihr vermögt nicht, die Macht der absoluten Despotie zu brechen, und daher auch nicht die absolute Beamtendespotie, die Pfaffen-despotie, die Juristendespotie und die Despotie der dozierenden Pharisäer und Schriftgelehrten an den Universitäten. Wohl an, brecht die Despotie der Mediziner und ihr werdet einst mächtig genug sein, auch jegliche andere Despotie über den Haufen zu werfen!“²⁹

Offensichtlich konnte gerade der Ausbruch einer Pandemie den passenden Rahmen bieten, um die eigene, alternativmedizinische Theorie ins Gespräch zu bringen. Die Theorie bietet nicht nur eine Lösung für die gerade als bedrohlich wahrgenommene Krankheit, sondern sucht deren Ursache in einem größeren Zusammenhang und letztlich in der „entnervenden Kultur“³⁰ und deren Auswüchsen. Die Argumentation erreicht eine politische Dimension, indem behauptet wird, dass bestimmte Gruppen ein Interesse daran hätten, diese an sich vermeintlich faktisch nachgewiesene und intuitiv erkennbare Wahrheit zugunsten bestimmter Interessen zu unterdrücken.

29 HAHN, Cholera, wie Anm. 25, 6–7.

30 Ebd., 13.

Resümee

Hahns kleiner Ratgeber scheint in gewisser Weise paradigmatisch für die weitreichenden Ansprüche, mit denen alternativmedizinische Theorien immer wieder auftreten. Es ging ihm nicht nur um „eine unmittelbare und grundlegende Änderung des medizinischen Systems“³¹, sondern auch darum, insgesamt einen noch größeren, gesamtgesellschaftlichen Beitrag zu versprechen.

Hahns Ansprüche lassen sich am besten verstehen, wenn man berücksichtigt, dass er ein Pionier der Lebensreform war. Friedrich Nietzsche (1844–1900) stand dem Anspruch, mit dem Lebensreformer aufzutreten, kritisch gegenüber. Er wusste nach einem Treffen mit Richard Wagner in Tribschen gegenüber seinem Freund Carl von Gersdorff (1844–1904) über weitreichende Ansprüche der Lebensreformer zu berichten, nachdem ihm Wagner davon abgeraten hatte, sich vegetarisch zu ernähren. Wagner wollte zu dieser Zeit von Wasserkuren und Vegetarismus nichts mehr wissen, sprach in späteren Jahren dann aber wiederum sogar davon, dass „selbst der heutige Sozialismus als sehr beachtenswert“ anzusehen sei, „sobald er mit den [...] Verbindungen der Vegetarianer, der Tierschützer und der Mäßigkeitspfleger in eine wahrhaftige und innige Vereinigung trete.“³² Nietzsche schrieb an Carl von Gersdorff folgendes:

„Das wichtigste für mich ist, daß hier wieder ein Stück jenes Optimismus mit Händen zu greifen ist, der unter den wunderlichsten Formen, bald als Sozialismus, bald als Totenverbrennung – nicht Begrabung, bald als Pflanzenkostlehre und unter unzähligen Formen immer wieder auftaucht: als ob nämlich mit Beseitigung einer sündhaft-unnatürlichen Erscheinung das Glück und die Harmonie hergestellt sei.“³³

Abschließend lässt sich sagen, dass es sich lohnen würde, die hier dargestellten Zusammenhänge in einer umfassenderen Studie zu vertiefen und die Frage zu stellen wäre, ob man weitere, ähnliche Beispiele finden könnte. Ein weitere Frage wäre, in welche Verbindung Autor*innen wie Arvay mit der Tradition der Naturheilbewegung und der Lebensreform gebracht werden können.

31 JÜTTE, *Alternativmedizin*, wie Anm. 11, 43.

32 Richard WAGNER, *Religion und Kunst* (1880), in: Richard Wagner, *Mein Denken*, hg. von Martin Gregor-Dellin (München–Zürich 1982), 362–400, hier 388. Ich habe versucht zu zeigen, dass Wagner, hier durchaus von der Lebensreformbewegung beeinflusst, ähnlich weitreichende Ansprüche mit seiner Kunst in Verbindung brachte. Er versuchte in gewissem Sinne auch ein „Lebensreformer“ zu sein. HLADE, *Auf Kur*, wie Anm. 12, 309–310. Nietzsche scheint dies an folgender Stelle aus der „Der Fall Wagner“ (1888) anzudeuten: „Die Jünglinge beten Wagner an ... Wagner reimt sich auf Kaltwasserheilanstalt. – Typisches Telegramm aus Bayreuth: bereits bereut.“ Friedrich NIETZSCHE, *Kritische Studienausgabe (KSA)*, 6, 44. Später übernahmen die „Wagner-Vereine“ aufgrund ihrer relativ hohen Mitgliederzahlen offensichtlich eine wichtigere Rolle bei der Verbreitung naturheilkundlicher und lebensreformatorischer Ideen. HLADE, *Auf Kur*, wie Anm. 13, 32–33.

33 Nietzsche an Gersdorff, Basel, 28. September 1869, in: Friedrich NIETZSCHE, *Werke in drei Bänden*, hg. von Karl Schlechta, Bd. 3 (München 1954), 1014–1015.

Informationen zum Autor

Dr. Josef Hlade MA, Österreichische Akademie der Wissenschaften, Arbeitsgruppe Geschichte der Medizin/Institut für Kinder- und Jugendphilosophie, Karmeliterplatz 2/8010 Graz, Österreich, E-Mail: josef.hlade@gmail.com

Sophia Bauer

Von Lehrbüchern und Skalpellen. Die Geschichte des anatomischen Unterrichts an der Wiener Medizinischen Fakultät (1845–1945)

English Title

Textbooks and Scalpels. The History of Anatomical Teaching at the Viennese Faculty of Medicine (1845–1945)

Summary

In recent decades the History of Anatomy in Vienna gained attention by research done on the Pernkopf Atlas, the structures supporting anatomical teaching, the formation of this discipline in the beginning of the 18th century and especially in the period from the second half of the 19th century to the midst of the 20th century. In my project I want to focus on the latter period following the questions: What was “anatomy” like in Vienna from the midst of the 19th to the midst of the 20th century? What are we really talking about if we perceive “anatomy” as a university subject? In this short project report the need for a history of anatomical teaching in this period is outlined and a short glimpse is given on my project, which is only in its formation process and which my dissertation will be based on. It shall retrace the history of anatomical teaching at the Viennese Faculty of Medicine from 1845 to 1945.

Keywords

History of Anatomy, Anatomical Teaching, University of Vienna, Source Comparison, Vienna, 19th Century, 20th Century

Einleitung und Problemstellung

Die Wiener Anatomiegeschichte ist heutzutage in ihrer Wahrnehmung unweigerlich mit ihrem nationalsozialistischen Kapitel verbunden. So gilt der anatomische Atlas Eduard Pernkopfs (1888–1955) bis heute als ein ob seiner Genese diskussionswürdiges Forschungsobjekt der medizinhistorischen Wissenschaft und ist weiterhin Gegenstand ethischer Fragestellungen und Diskurse. Pernkopf war von 1933 bis 1945 Professor an der 2. Anatomischen Lehrkanzel in

Wien und von Beginn an ein glühender Nationalsozialist. Bereits 1933 trat er der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) bei, obwohl diese im austrofaschistischen Österreich verboten war. 1934 folgte trotz des weiterhin aufrechten Verbots seine Mitgliedschaft bei der paramilitärischen Sturmabteilung (SA). Nachdem Österreich 1938 Teil des Dritten Reiches wurde, wurde der Anatom entsprechend des Nationalsozialistischen Regimes mit der „Säuberung“ und dem „Umbau“ der Universität Wien beauftragt und zum Dekan der Medizinischen Fakultät Wien ernannt. 1943 folgte seine Ernennung zum Rektor der Universität Wien; 1945 wurde Pernkopf all seiner Ämter enthoben und aus dem Universitätsdienst entlassen.¹

Eduard Pernkopf erlangte in der Zeit seines Wirkens und darüber hinaus vor allem durch die Erstellung eines international renommierten anatomischen Atlas, der zum Teil Illustrationen von politisch Verfolgten und von Opfern der NS-Justiz enthält, Berühmtheit. Die Herkunft und Entstehung dieser Darstellungen sowie deren ethische Brisanz sollten jedoch erst Jahrzehnte später, nämlich in den 1980er und vor allem in den 1990er Jahren, insbesondere durch das 1996/97 von der Universität Wien ins Leben gerufene Senatsprojekt „Untersuchungen zur Anatomischen Wissenschaft in Wien 1938–1945“, kritisch und vor allem öffentlich hinterfragt werden.² Dieses Projekt, das der Aufarbeitung eines der dunkelsten Kapitel der österreichischen Universitätsgeschichte diene, blieb jedoch nicht von Unzulänglichkeiten befreit. Zu dessen Mängeln sollte Herwig Czech in seinem 2015 publizierten Artikel „Von der Richtstätte auf den Seziertisch. Zur anatomischen Verwertung von NS-Opfern in Wien, Innsbruck und Graz“ schreiben, dass die darin unterlassene Nennung von Namen Hingerichteter statt eines Opferschutzes vielmehr zu einem Täterschutz geführt habe.³ In den letzten Jahren zu diesem Atlas erschienene Artikel oder Veröffentlichungen, wie z. B. der von Markus Müller, Herwig Czech und Christiane Druml verfasste und 2019 im Journal *Surgery* erschienene Kommentar „The Medical University of Vienna and the Historic Legacy of Pernkopf’s Atlas“ legten ihren Fokus zum einen auf dessen Entstehungskontext und historische Einbettung.⁴ Zum anderen wurde und wird international diskutiert, ob Pernkopfs Atlas weiterhin z. B. in der anatomischen Lehre oder in der chirurgischen Disziplin als Nachschlagewerk verwendet werden sollte. Eine diese ethischen Bedenken betreffende Linie der Einigkeit wurde bislang jedoch nicht gefunden.

-
- 1 Vgl. Daniela ANGETTER, Anatomical Science at University of Vienna 1938–45, in: *The Lancet* 355 (2000), 1454–1457 mit N. N., Eduard Pernkopf, Prof. Dr., in: 650 plus. Geschichte der Universität Wien, online unter: <https://geschichte.univie.ac.at/de/personen/eduard-pernkopf-prof-dr> (letzter Zugriff: 04.11.2021) und dem noch unveröffentlichten Interview mit em. o. Prof. Wilhelm Firbas vom 03.04.2020. Dieses Interview wurde im Zuge der Recherche für meine noch unveröffentlichte Master-Arbeit geführt und ist in dieser als Transkript angehängt.
 - 2 Vgl. Gustav SPANN, Untersuchungen zur Anatomischen Wissenschaft in Wien 1938–1945. Senatsprojekt der Universität Wien (Wien 1998) mit ANGETTER, Anatomical Science, wie Anm. 1, 1454 und 1456 und Herwig CZECH u.a., The Medical University of Vienna and the Legacy of Pernkopf’s Anatomical Atlas. Elsevier’s Donation of the Original Drawings to the Josephinum, in: *Annals of Anatomy* 237 (2021), 1–8, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0940960221000194> (letzter Zugriff: 04.11.2021).
 - 3 Vgl. Herwig CZECH, Von der Richtstätte auf den Seziertisch. Zur anatomischen Verwertung von NS-Opfern in Wien, Innsbruck und Graz, in: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, Hg., Feindbilder (Wien 2015), 141–190, hier 151.
 - 4 Vgl. Markus MÜLLER / Herwig CZECH / Christiane DRUML, Commentary. The Medical University of Vienna And the Historic Legacy of Pernkopf’s Atlas, in: *Surgery* 165/5 (2019), 871–872.

Gegenteilig sind insbesondere zwei Fraktionen auszumachen: Auf der einen Seite sind jene zu finden, die einer weiteren Verwendung (zumindest in der anatomischen Lehre) kritisch gegenüber stehen⁵ und den Atlas als historisches Objekt begreifen, welches in die Geschichtswissenschaft und anatomische Ethik eingebettet werden sollte.⁶ Auf der anderen Seite stehen jedoch jene, die auf die Unverzichtbarkeit ob seines Detailreichtums wegen hinweisen.⁷ Aktuell plädieren die Autorinnen und Autoren des 2021 im *Journal of Biocommunication* erschienenen Artikels „What Should Be Done with Pernkopf’s Anatomical Illustrations?“ dafür, dass der Atlas zu einem beständigen Teil der Geschichte gemacht und die Verwendung des Atlas in der medizinischen Ausbildung auf ein Minimum reduziert werden soll.⁸ Die Diskussion um die Handhabung eines ethisch bedenklichen Werkes, das die Opfer politischer Verfolgung und Repression abbildete, ist unerlässlich. Bisher noch nicht erfolgt ist der Versuch, Pernkopfs Atlas als historisches Objekt in die Geschichte der Genese anatomischer Atlanten im Allgemeinen einzubetten. Vielmehr wurde und wird, wie anhand der Diskussion zu erkennen ist, der Atlas als ein der Genese dieser Lehrbuch-Gattung entrissenes Einzelstück, frei von deren Entwicklungsgeschichte betrachtet.

Zeitgleich erschienen im deutschsprachigen Raum im Bereich der Anatomiegeschichte in rezenter Zeit andere Werke mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten. Diese setzten sich z. B. mit der politischen Radikalisierung eines Flügels des Instituts für Anatomie, Biografien einzelner Anatomen, der k. k. Josephs-Akademie, die spätestens seit Carl Langer (1819–1887) eng mit der anatomischen Lehrkanzel verbunden war, oder mit dem Standort anatomischer Lehre in Wien auseinander.⁹ Gewährte z. B. Tatjana Buklijas in ihrer 2006 erschienenen Dissertation „Dissection, Discipline and Urban Transformation. Anatomy at the University of Vienna, 1845–1914“ bereits einen Einblick in die sich verschärfende politische Zweiteilung des Anatomischen Instituts und öffnete in ihrem Sammelbandbeitrag „Eine Kartierung anatomischer Sammlungen im Wien des 19. Jahrhunderts“ vereinzelt einen Einblick in den Unterrichtsstil Joseph Hyrtls (1810–1894), so blieb auch bei ihr die Behandlung der Gestalt des anatomischen Unterrichts offen.¹⁰ Selbiges ist auch zu Daniela Angetter anzuführen, die sich in ihrem Beitrag „Die Tiefen

5 Hier beispielhaft anzuführen ist ein im Jahr 2021 erschienene Kommentar; Vgl. Herwig CZECH u.a., What Should Be Done with Pernkopf’s Anatomical Illustrations? A Commentary from the Medical University of Vienna, in: *Journal of Biocommunication* 45, Special Issue on Legacies of Medicine in the Holocaust and the Pernkopf Atlas (2021), 145–151, <https://doi.org/10.5210/jbc.v45i1.10820> (letzter Zugriff: 04.11.2021).

6 Vgl. CZECH u.a., The Medical University, wie Anm. 2, 4.

7 Vgl. hierzu Sunil K. PANDYA, Pernkopf’s Atlas. Should Unethically Obtained Life-saving Data Be Discarded?, in: *Indian Journal of Medical Ethics* 5/ 4 (2020), 319–326 mit Andrew YEE u.a., Ethical Considerations in the Use of Pernkopf’s Atlas of Anatomy. A Surgical Case Study, in: *Surgery* 165/5 (2019), 860–867 und Garrett RIGGS, What Should We Do about Eduard Pernkopf’s Atlas?, in: *Academic Medicine* 73/4 (1998), 380–386.

8 Vgl. CZECH u.a., Pernkopf’s Anatomical Illustrations, wie Anm. 5, 145.

9 Vgl. hierzu Tatjana BUKLIJAS, *Dissection, Discipline and Urban Transformation. Anatomy at the University of Vienna, 1845–1914*, phil. Dissertation (Cambridge 2006) mit Heinz HUBER, *Geschichte der Medizinischen Fakultät Innsbruck und der medizinisch-chirurgischen Studienanstalt (1673–1938)* (Wien–Köln–Weimar 2010); Birgit NEMEC, *Visuelle Kulturen der Anatomie in Wien 1918–1938. Objektgeschichten von Norm und Reform in einer Stadt der ausklingenden Moderne*, phil. Dissertation (Wien 2016) und Brigitte LOHFF, *Die Josephs-Akademie im Wiener Josephinum. Die medizinisch-chirurgische Militärakademie im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik 1785–1874* (Wien–Köln–Weimar 2019).

10 Vgl. BUKLIJAS, *Dissection*; DIES., *Eine Kartierung anatomischer Sammlungen im Wien des 19. Jahrhunderts*, in: Daniela Angetter u.a., Hg., *Strukturen und Netzwerke. Medizin und Wissenschaft in Wien 1848–1955* (Göttingen 2018), 97–118.

der Medizin bleiben also denjenigen verborgen, die die Naturgeschichte nicht kennen. Studienordnungen, Universitätsreformen und Fragen nach dem Wert eines geistes- und naturwissenschaftlichen Grundlagenwissens für das Medizinstudium“ mit der Entwicklung geistes- und naturwissenschaftlicher Fächer an der Universität Wien beschäftigte. Ihre Forschungsfrage setzt sich in diesem Sammelbandbeitrag mit der Notwendigkeit naturphilosophischen, naturwissenschaftlichen und medizinhistorischen Wissens für das Verständnis der Rolle eines Arztes bzw. einer Ärztin auseinander.¹¹ Auch geht Angetter auf die Änderung der Studienordnung des Medizinstudiums ein, allerdings handelt es sich hierbei um Änderungen, die alle Fächer betrafen. Die Anatomie als Einzelfach wurde hierbei nicht hervorgehoben.¹²

Forschungsfragen und Forschungsziel

Auf die eben angesprochenen Forschungslücken versucht mein sich am Anfang befindliches Projekt, welches meiner Dissertation in weiterer Folge zugrunde liegen soll, einzugehen. Konzentrierten sich die oben angeführten Arbeiten bislang auf äußere Strukturen, die den anatomischen Unterricht bedingten, oder auf die öffentliche und fachbezogene Wissensvermittlung anatomischer Darstellungen, so möchte ich in meinem Projekt einen Einblick in den anatomischen Unterricht per se geben. Das bedeutet, dass ich veranschaulichen möchte, was zu welcher Zeit und vor allem mithilfe welcher Materialien am Anatomischen Institut in Wien unterrichtet wurde. Auch möchte ich die Verwendung anatomischer Lehrmaterialien beleuchten: Ab wann wurden Anatomie-Atlanten oder Lehrbücher in Wien als Unterrichtsmaterialien verwendet? Wurde auch mit Lehrbüchern anderer Anatomen unterrichtet? Wenn ja, welche waren es und welche Inhalte wurden daraus vorgetragen?

Dieses Projekt hat einerseits zum Ziel, den Atlas Eduard Pernkopfs in die Genese von Lehr- und Lernmaterialien am Wiener Anatomischen Institut bzw. den Wiener Anatomischen Instituten einzubetten, um einen umfassenderen historischen Blick auf diesen Atlas, aber auch andere Atlanten, die an der Wiener Anatomie entstanden, zu ermöglichen. Dies soll durch eine quellenkritische Untersuchung anatomischer Atlanten erfolgen. Damit möchte ich auf die Historizität eines solchen Werkes aufmerksam machen und einen Beitrag zur erweiterten historischen Kontextualisierung ethisch belasteter Materialien leisten. Andererseits dient das Projekt – nachdem bereits die örtlichen Strukturen, politischen Ausrichtungen und die öffentliche bzw. fachbezogene Wissensvermittlung anhand anatomischer visueller Darstellungen in Wien untersucht worden sind – der Beleuchtung des anatomischen Unterrichts von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Auf diese Weise soll der Blick auf die anatomische Unterrichtspraxis und die universitäre anatomische Wissensvermittlung in Wien gelegt werden.

11 Vgl. Daniela ANGETTER, Die Tiefen der Medizin bleiben also denjenigen verborgen, die die Naturgeschichte nicht kennen. Studienordnungen, Universitätsreformen und Fragen nach dem Wert eines geistes- und naturwissenschaftlichen Grundlagenwissens für das Medizinstudium, in: Angetter u.a., Hg., Strukturen und Netzwerke, wie Anm. 10, 155–178.

12 Vgl. ebd., 171–177.

Um dieses Themengebiet möglichst vielfältig abdecken zu können, soll sich das Projekt in zwei große Teile gliedern. Der erste Teil soll die anatomische Lehre in Wien von 1845 bis 1945 beleuchten. Der zweite Teil wiederum soll den Lehrmaterialien, deren Aufbau sowie deren Inhalt gewidmet sein. Für den ersten Teil erscheinen mir insbesondere jene Forschungsfragen relevant, die eine detaillierte Analyse des didaktischen Zugangs der Anatomie-Professoren ermöglichen. Hierfür sollen Unterrichtspläne sowie Sezieranleitungen miteinander verglichen werden, um Fragen zu erörtern, wie z. B.: Wie waren die Unterrichtspläne ausgerichtet? Was wurde in Wien anatomisch – z. B. im Zuge des Sezierkurses – gelehrt? Worauf wurde hierbei das Augenmerk gelegt? Wie fand anatomischer Unterricht statt? Welche Instrumente wurden für den Unterricht verwendet?

Der zweite Teil soll sich hingegen mit folgenden Fragen beschäftigen: Welche Umstände bewogen die Wiener Anatomie-Professoren, Lehrbücher oder Atlanten zu verfassen? Auf welche von ihnen beobachteten Notwendigkeiten oder Missstände in der anatomischen Lehre gingen sie mit dem Verfassen solcher Werke ein? Wer waren die Adressat*innen dieser Lehrmaterialien? Wie waren die Atlanten aufgebaut und welche Schwerpunkte sollten darin behandelt werden? Wie unterscheiden sich die Lehrbücher im Aufbau voneinander? Welche Themen wurden behandelt und welche nicht? Wie sind die Atlanten im internationalen Vergleich zu anderen derartigen Lehrbüchern zu verorten? Welche weiteren Lehrmaterialien wurden für den anatomischen Unterricht herangezogen? Welche Instrumente wurden z. B. für den Sezierkurs verwendet? Da sich das Projekt noch am Anfang befindet, sind die hier formulierten Fragen noch recht breit gestellt. Eine weitere Nachschärfung wird in weiterer Folge erforderlich sein.

Vorläufige Quellen und Methodik

Die für die Bearbeitung der Fragestellung und für den historischen Vergleich herangezogenen Quellen sind einerseits Anatomie-Atlanten und Lehrbücher, welche von den Wiener Professoren für Anatomie im Zeitraum der Professuren von Joseph Hyrtl bis Eduard Pernkopf verfasst wurden. Ein Beispiel hierfür ist Joseph Hyrtls „Lehrbuch der Anatomie des Menschen, mit Rücksicht auf physiologische Begründung und praktische Anwendung“.¹³ Ein weiteres ist der ursprünglich vom Anatomen Carl Toldt (1840–1920) erstellte und nach dessen Ableben von

13 Vgl. Joseph HYRTL, *Lehrbuch der Anatomie des Menschen, mit Rücksicht auf physiologische Begründung und praktische Anwendung* (Prag 1846) mit Joseph HYRTL, *Handbuch der Topographischen Anatomie, und ihrer Praktischen Medicinisch-Chirurgischen Anwendungen* Bd. 1 (zweite, verbesserte und bedeutend vermehrte Auflage, Wien ²1853); Carl LANGER, *Lehrbuch der Anatomie des Menschen* (Wien 1865); DERS., *Lehrbuch der Systematischen und Topographischen Anatomie* (2., umgearbeitete Auflage, Wien 1882); Emil ZUCKERKANDL, *Atlas der Topographischen Anatomie des Menschen* (Leipzig–Wien 1904); Julius TANDLER, *Lehrbuch der Systematischen Anatomie* Bd. 1 (Leipzig ²1926); Julius TANDLER, *Lehrbuch der Systematischen Anatomie* Bd. 3 (Leipzig 1926); Ferdinand HOCHSTETTER, Hg., *Toldts Anatomischer Atlas für Studierende und Ärzte* 2 (Berlin–Wien ¹⁸1940); Carl TOLDT / Ferdinand HOCHSTETTER, *Anatomischer Atlas* Bd. 3 (14., umgearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin–Wien 1928); Eduard PERNKOPF, *Topographische Anatomie des Menschen. Lehrbuch und Atlas der regionär-stratigraphischen Präparation* Bd. 1 (Berlin–Wien 1937).

dessen Nachfolger an der zweiten Anatomischen Lehrkanzel, Ferdinand Hochstetter (1861–1954), herausgegebene, in drei Bänden erschienene Anatomische Atlas.¹⁴ Andererseits sollen auch Lehrpläne und Sezieranleitungen für den anatomischen Unterricht an der Universität Wien im selben Zeitraum untersucht werden.¹⁵ Jene in den Fußnoten angeführten Lehrbücher, Handbücher und Atlanten sind Teil des historischen Bestandes der Abteilung für Anatomie an der Medizinischen Universität Wien.¹⁶ Einige wenige Sezieranleitungen befinden sich zum Teil ebenfalls an der Abteilung für Anatomie. Die Sezieranleitung des Professors an der ersten Anatomischen Lehrkanzel, Emil Zuckerkandl (1849–1910), ist Teil des Bestands des Depots der Universität Wien. Lehrpläne und der Aufbau des Medizinstudiums, genauer der Aufbau des Anatomie-Unterrichts, sollen durch Einsicht in Akten der Studienhofkommission und des Unterrichtsministeriums aufgearbeitet werden, die im Österreichischen Staatsarchiv zugänglich sind. Die Sitzungsprotokolle des Medizinischen Professorenkollegiums und die Rigorosenprotokolle im Universitätsarchiv Wien sollen ebenfalls Aufschluss über die Gestaltung und Organisation des Anatomischen Unterrichts geben.

In einer Zeit, in welcher sich anatomischer Unterricht mit neuen Konzepten der Wissensvermittlung (durch z. B. virtuelle, dreidimensionale Darstellungen anatomischer Strukturen¹⁷) konfrontiert sieht, bietet der Rückblick auf dessen Entwicklung ein reflexives Instrument für das bessere Verständnis von einerseits historischen Quellen wie z.B. Anatomie-Atlanten, die noch einer geschichtswissenschaftlichen Untersuchung und Kontextualisierung bedürfen, andererseits auch von sich noch heute in Verwendung befindlichen Unterrichtsmaterialien (wie z. B. Sezieranleitungen) oder Unterrichtspraktiken (wie beispielsweise den Sezierkursen). Insbesondere wird durch die angestrebte Beleuchtung des anatomischen Unterrichts ermöglicht, die Wiener Anatomie medizin- und wissenschaftshistorisch nicht nur als ein politisch stark involviertes, objekt- und raumbezogenes Fach zu verstehen, sondern und vor allem auch den Blick auf den Kern seiner universitären Ausübung, nämlich der Vermittlungstechniken bzw. -praktiken und -gegenstände, zu legen. Die Wiener Anatomiegeschichte soll dadurch um ein zusätzliches Kapitel erweitert und universitärer Anatomie-Unterricht historisch greifbar werden.

Informationen zur Autorin

Sophia Bauer, MA, Dokumentationsassistentin an der Abteilung für Anatomie des Zentrums für Anatomie und Zellbiologie, Medizinische Universität Wien, Währingerstraße 13a, 1090 Wien, Österreich, E-Mail: sophia.tschugguel@meduniwien.ac.at oder sophia.tschugguel@gmail.com

14 Vgl. hierfür Carl TOLDT, Hg., Anatomischer Atlas für Studierende und Ärzte (Berlin–Wien 21900) und DERS. / Ferdinand HOCHSTETTER, Hg., Anatomischer Atlas für Studierende und Ärzte Bd. 1 (Fünfte Auflage, umgearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin–Wien 1931).

15 Als Beispiel hierfür ist Emil ZUCKERKANDL, Anleitungen für den Secirsaal, Heft 2 (Leipzig–Wien 1897) zu nennen.

16 Mein Dank gilt hier Univ. Prof. Dr. Wolfgang J. Weninger, welcher mir im Zuge meiner Tätigkeit an der Abteilung für Anatomie der Medizinischen Universität Wien den Zugang zu diesen Beständen ermöglicht.

17 Vgl. hierzu beispielsweise Charlotte P. R. TRIEPELS / Carlijn F. A. SMEETS / Kim J. B. NOTTEN, Does Three-dimensional Anatomy Improve Student Understanding?, in: *Clinical Anatomy* 33/1 (2020), 25–33.

Rezensionen

Sabine Veits-Falk, Salzburg (Rez.)

**Kay Peter JANKRIFT,
Im Angesicht der „Pestilenz“.
Seuchen in westfälischen und rheinischen Städten (1349–1600)**
(= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 72,
Stuttgart 2020: Franz Steiner Verlag),
388 S., mit zahlr. Abb., EUR 63,90.
ISBN 978-3-515-12352-2

Als das vorliegende Buch Ende Jänner 2020 zur Rezension versandt wurde, war noch nicht absehbar, von welcher Aktualität angesichts der sich ausbreitenden COVID-19-Pandemie das Thema Seuchen sein würde. Mit Alltagserfahrungen aus der Gegenwart angereichert, entwickelte sich die Lektüre zu einem spannenden Eintauchen von ‚ungeahnter Brisanz‘ in das konkrete Seuchengeschehen in westfälischen und rheinischen Städten im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit.

Trotz einiger medizinhistorischer Forschungen über mittelalterliche Seuchen liegen bislang keine Regionalstudien in vergleichender Perspektive vor. Kay Peter Jankrift griff dieses Manko auf und analysierte das Seuchengeschehen mit Fokus auf zeitspezifische Wahrnehmung und Reaktionen in den fünf westfälischen Städten Minden, Paderborn, Münster, Dortmund und Soest sowie den sechs rheinischen Städte Aachen, Duisburg, Essen, Wesel, Xanten und Köln.

Die Studie basiert auf seiner Habilitationsschrift an der Universität Münster aus dem Jahr 2001, erweitert um neuere Erkenntnisse der medizinischen und archäogenetischen Forschung, die ein neues Licht auf den Erreger der Pandemie des sogenannten Schwarzen Todes Mitte des 14. Jahrhunderts und den folgenden von Zeitgenoss/inn/en als „Pest“ wahrgenommenen Phänomenen werfen. So ergaben etwa Untersuchungen von DNA eines mittelalterlichen Pestträgers in der Nähe von London, dass sich dieser Erreger nur wenig von „modernen Erregerstämmen“ unterschied. Auch hinsichtlich der Infektionskette wurde festgestellt, dass dem Menschenfloh größere Bedeutung zukam als bisher angenommen.

Das theoretische Konzept der Untersuchung basiert auf einem von Martin Dinges 1995 entwickelten Interaktionsmodell, das Seuchen als „Gegenstand eines komplexen Prozesses des Aushandelns, an dem verschiedene Kräfte beteiligt sind“, versteht (S. 30). Innerhalb von Diskursen und Praktiken kommt es laut Dinges zum Aushandeln zwischen Akteuren, zu denen neben den Kranken, Heilern und Obrigkeiten die Kirche und andere Gruppen ohne Heilfunktion sowie die öffentliche Meinung zählen. Jankrift konkretisiert mit seiner auf lokalen Quellen basierenden Herangehensweise dieses handlungstheoretische Modell, indem die Akteure (die Frage, welche Akteurinnen beteiligt waren, wird leider nicht gestellt) durch die Betrachtung der jeweiligen gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse in den untersuchten Städten näher bestimmbar werden.

Mit großer Akribie zeichnet der Verfasser die jeweiligen Wahrnehmungen und Reaktionen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten nach. Der Vergleich ermöglicht einerseits das Zeittypische

bzw. „Allgemeine“ und andererseits das Besondere, zum Beispiel im Umgang des Rates einer Stadt mit der Seuche, zu erkennen.

Die Studie beginnt mit einer anregenden Einführung in die Thematik, die auf die Bedrohungen und Herausforderungen, Kontinuitäten und Wandel von Seuchen als städtisches Problem fokussiert und den Stand der Forschung sowie die theoretischen Grundlagen der Arbeit vorstellt.

Das zweite Kapitel ist den Quellen gewidmet und zeigt eindrucklich, wieviel Archiv- und Quellenarbeit bzw. -kenntnis in der Studie steckt. Jankrift setzt sich ausführlich mit den Möglichkeiten und Grenzen der Interpretation von unterschiedlichen schriftlichen Zeugnissen zum Seuchengeschehen auseinander. Er verweist auf die Problematik einer retrospektiven Diagnose. In Ermangelung einer befriedigenden Terminologie und im Bewusstsein, dass zeitgenössische Begriffe nicht mit den heute mikrobiologisch definierten Krankheitseinheiten gleichzusetzen sind, wird auf heute in der Medizin verwendete Krankheitsbezeichnungen zurückgegriffen. Art, Dichte und Qualität der Überlieferung von Quellen, die Aufschluss über Auftreten und Wirkung von Seuchen und Reaktionen darauf geben, sind für jede Stadt des Untersuchungsraumes unterschiedlich. Sie umfassen Annalen und Chroniken, Urkunden, Rechnungen, städtische Rechtsquellen, Bürger- und Ratslisten, Korrespondenzen, Quellen der Gerichte, Schriftgut von Institutionen wie Pesthäuser oder Leprosorien, medizinisches Schriftgut und vereinzelt auch Ego-Dokumente. Wertvolle Ergänzungen und Unterstützung für Interpretationen liefern archäologische Befunde und Sachquellen. Jankrift betont zurecht, dass der Befund, welche Quellentypen in den verschiedenen Städten ganz, teilweise oder gar nicht überliefert sind, für die zu erwartenden Untersuchungsergebnisse von zentraler Bedeutung ist (S. 79). Daher stellt die heterogene Ausgangssituation eine besondere Schwierigkeit für die vergleichenden Untersuchungen dar.

In Kapitel 3 geht Jankrift auf die epidemiologischen Faktoren in den westfälischen und rheinischen Städten im Untersuchungszeitraum ein und stellt Probleme wie mangelnde Hygiene, Abfallentsorgung, die Nähe von Menschen und Tieren oder die Lage von Friedhöfen innerhalb der Städte vor. Er beleuchtet die Mechanismen der Seuchenverbreitung über Kontakte innerhalb der Stadt und von außen, zum Beispiel durch den Fernhandel, Märkte, Messen oder Flüchtlinge. Auch religiös motivierte Massenzusammenkünfte wie Züge der Geißler oder Wallfahrten begünstigten die Verbreitung von Seuchen. So begaben sich etwa im Seuchejahr 1356 scharenweise Pilger nach Aachen zur Heiligtumsfahrt, um das Ende der Pest zu erleben.

Kapitel 4 „Formen, Strukturen und Entwicklungen der Auseinandersetzung mit Seuchen in westfälischen und rheinischen Städten vom Hochmittelalter bis zum Ende des 16. Jahrhunderts im Vergleich“ stellt den Hauptteil der Untersuchung dar. Schon vor dem Schwarzen Tod berichten Schriftquellen von Seuchen in Westfalen und im Rheinland, deren Bewertung allerdings schwierig ist. Im frühen 14. Jahrhundert verbreiteten sich zunehmend Seuchen, aufgrund der Darstellungsweise in den Quellen muss allerdings noch immer offenbleiben, um welche Krankheitserscheinung es sich handelte. 1349 hielt der Schwarze Tod Einzug in den westfälischen und rheinischen Städten. Die wenigen zeitgenössischen Quellen gewähren fragmentarische Einblicke in die jeweiligen lokalen Vorgänge und Reaktionen, die sich aber zu einem Gesamtbild zusammenfügen lassen. In fast allen Städten sind Judenpogrome und Geißlerzüge belegt, während Nachrichten über das Seuchengeschehen selbst fehlen.

In der zweiten Hälfte des 14. Jahrhunderts schwächte sich die Wirkung der Seuche nach ihrem neuerlichen Erscheinen ab. Die nun in unregelmäßigen Abständen wiederkehrende Pest etablierte sich zu einer unberechenbaren Bedrohung für die Stadtbevölkerung und bedeutete eine ständige Herausforderung für die Obrigkeiten. Die Überlieferung ist nach wie vor verstreut, Einblicke in das Reaktionsspektrum der Obrigkeit, Stadtbevölkerung oder Ärzte sind äußerst beschränkt. Zur Abwehr der Pest spielten Bittprozessionen und -messen, Stiftungen und die Verehrung einzelner Schutzheiliger eine große Rolle. Insgesamt, so Jankrift, liegt die Vermutung nahe, dass verschiedene, engräumige Infektionsherde schwellten und nicht eine einzige Seuchenwelle grassierte, was als ein Indiz für eine dauernde endemische Etablierung der Krankheit in spätmittelalterlichen Städten zu werten ist (S. 194).

Während des 15. Jahrhunderts trat die Pest in unregelmäßigen Abständen weiträumig und häufig in westfälischen und rheinischen Städten auf. In der „pestfreien Zeit“ wird deutlich, dass die Zeitgenossen (und Zeitgenossinnen) die Pest inzwischen tatsächlich als ein dauerhaftes, unberechenbares Problem begriffen. Das zeigte sich zum Beispiel auf der normativen Ebene über die Beibehaltung mancher Pest-Statuten über das Abklingen der Seuche hinaus. Der Umgang mit der Pest wurde allmählich weiter ausgeformt und institutionalisiert. Für Paderborn ist 1414 erstmals eine Elenden-Bruderschaft belegt, die Fremden beistand und ihr Begräbnis organisierte. Daneben begann auch eine Verdichtung der medizinischen Strukturen, die sich beispielsweise in der Anstellung von Stadtärzten äußerte.

Die für das 16. Jahrhundert vorliegenden Quellen erwecken den Eindruck, als habe sich die Frequenz der Pesthäufigkeit noch weiter erhöht. Fest steht, so Jankrift, dass das als Pest wahrgenommene Krankheitsphänomen direkt oder in seinen Folgen inzwischen nahezu ständig auf den städtischen Alltag einwirkte. Die Quellsituation erlaubt nun auch detaillierte Einblicke in die Art, Umsetzung und Entwicklung obrigkeitlichen Handelns im Umgang mit der Pest sowie in die Reaktionen von Geistlichkeit und Stadtbevölkerung. Mit Erlassen und Verordnungen sollte auf Verlauf und Auswirkungen des Pestgeschehens eingewirkt werden. Individuelle Quellen wie der Augenzeugenbericht des Kölner Bürgers Hilbrant Sudermann oder der autobiografische Bericht des Kölner Ratsherrn Hermann von Weinsberg geben plastische Einblicke in Alltagssituationen. Weinsbergs Bericht von der Pest in Köln 1553 schildert beispielsweise detailreich den tödlichen Krankheitsverlauf seiner Schwägerin und geht auch auf die Pflege der Pestkranken durch Beginen ein.

Bis Ende des 16. Jahrhunderts reihten sich die Pestausbrüche in dichter Folge aneinander. Die Reaktionen und Maßnahmen auf lokaler und regionaler Ebene erfuhren nur noch wenig Modifikationen. Eine vermehrte Gründung von Pesthäusern – bis 1560 gab es solche nachweislich nur in Münster und mit umgrenzten Funktionsbereich in Köln und Xanten – lässt sich erst in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts feststellen. Als Begründung führt Jankrift an, dass in der mittelalterlich-hospitalischen Institutionslandschaft Rheinland-Westfalen die Einrichtung „Pesthaus“ vor allem deswegen so lange keinen allgemeinen Platz fand, weil sie in den Augen der Zeitgenossen (und -genossinnen) eine wesentliche Voraussetzung nicht erfüllten, um auf finanzielle Zuwendungen rechnen zu können: Die Insassen (und Insassinnen) waren schnell sterbende Seuchenkranke und zu Formen der Dankbarkeit gegenüber einem Stifter (oder einer Stifterin) nicht fähig. Der Memoria-Gedanke – wäre hier zu ergänzen –, der die Gründung von mittelalterlichen Spitälern motivierte, konnte nicht im intendierten Ausmaß umgesetzt werden.

In der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts wurden im Untersuchungsraum einige kleine vergleichbare Einrichtungen geschaffen, wie das Pestgasthaus in Wesel, ein spezialisiertes Haus zur Aufnahme Seuchenkranker, für deren Pflege der Gasthausmeister und seine Frau verantwortlich waren. Dieses Pestgasthaus ist auch insofern bemerkenswert, da deren erhaltenen Rechnungen wie kaum eine andere spätmittelalterliche oder frühneuzeitliche Quelle, so Jankrift, Verlauf und Auswirkungen des städtischen Seuchengeschehens dokumentieren. Sie zeigen auch, dass die Pest zwar mit Abstand die gefürchtetste, aber nicht die einzige Seuche der spätmittelalterlichen Stadtbevölkerung war. Hier wird auch deutlich, dass die zumeist uniforme Bezeichnung infektionsbedingter Massenerkrankungen ihren Teil dazu beigetragen hat, Spuren anderer Seuchen zu verwischen oder zu überdecken, wie der „Franzosenkrankheit“, dem Englischen Schweiß und der Lepra. Ihnen widmet Jankrift das Unterkapitel „Quellen jenseits der Pest“, ebenso einen Exkurs zur Lepra, der sich mit der Entwicklung der institutionellen Einrichtungen sowie dem Umgang mit Lepraverdächtigen und -kranken auseinandersetzt.

In einer Schlussbetrachtung resümiert Jankrift, dass Angst und Ohnmacht, Gottvertrauen und empirische Erkenntnis in lokal und temporär variabler Gewichtung das Grundgerüst für die Auseinandersetzung mit mittelalterlich-frühneuzeitlichen Seuchenphänomenen lieferte (S. 326).

Kay Peter Jankrift ist für seine umfangreiche Quellenarbeit und feinsinnige Bearbeitung von Beständen aus zwölf Städten große Anerkennung zu zollen. Wünschenswert wäre eine Reflexion der aus den Forschungen gewonnenen Erkenntnisse anhand des von ihm angewendeten Interaktionsmodells am Ende der Untersuchung. Auch wenn die Quellen eine Geschlechterdifferenzen reflektierende Betrachtung schwierig machen, hätten ein gendersensibler Blick und eine geschlechtergerechte Sprache der Studie nicht geschadet. Gut lesbar geschrieben und strukturiert aufgearbeitet ist es ihm mit seiner vergleichenden Studie gelungen, wichtige Erkenntnisse zum regionalen Seuchengeschehen über einen Zeitraum von über vier Jahrhunderten für die medizinhistorische, mediävistische und regional- und lokalgeschichtliche Forschung beizutragen. Darüber hinaus, und letztlich „ungeplant“, lassen sich auch etliche Vergleiche mit den gegenwärtigen Wahrnehmungs- und Reaktionsmustern während der Corona-Pandemie ziehen.

Elena Taddei, Innsbruck (Rez.)

Michael STOLBERG,
Gelehrte Medizin und ärztlicher Alltag in der Renaissance
 (Berlin–Boston 2021: DeGruyter Oldenbourg),
 580 S., 16 Abb., EUR 89,95.
 ISBN 978-3-11-070732-8

Das vorliegende Werk ist eine auf verschiedene Akteure und ihren hinterlassenen Quellen basierende Analyse zur Figur des gelehrten Arztes der Frühen Neuzeit. Besonders fußt es auf der Auswertung des reichen Quellenfundus von Georg Handsch (1529–1578) aus dem böhmischen Leipa. Während seines Studiums in Padua und Ferrara, seiner Tätigkeit als Arztgehilfe in Prag und schließlich als Leibarzt Erzherzog Ferdinands II. in Tirol verfasste der akademisch gebildete Arzt fast dreißig Handschriftenbände (manche mit über tausend Seiten), die in der Österreichischen Nationalbibliothek aufbewahrt werden. Der Nachlass des an sich unbekanntem Gelehrten, der weder publizistisch noch durch besondere medizinische Erkenntnisse berühmt wurde, bietet Stolberg die Möglichkeit, Forschungslücken bezüglich der Arztpraxis, des ärztlichen Alltags und des eigentlichen Agierens am Krankenbett jenseits der wissenschaftlichen Theorie zu schließen. Es sind diese persönlichen, offenen, weil nicht für den Druck vorgesehenen Aufzeichnungen, bestehend aus studentischen Mitschriften von Vorlesungen und Sektionen, Krankengeschichten und Fallbeispielen, tagebuchartigen Aufzeichnungen zu diagnostischen und therapeutischen Beobachtungen mit wörtlichen Zitaten der Patient*innen, die Einblick in die Arztpraxis und das Arzt-Patient*innen-Verhältnis der Renaissance bieten. Diese selbsterstellte Handreichung diente dazu, so Stolberg, „ein guter, erfolgreicher Arzt zu werden“ (S. 5) und zeugt gleichzeitig von der Notwendigkeit, sich neben der theoretischen Ausbildung empirisches Wissen anzueignen.

Das Werk ist in drei Abschnitte unterteilt. Im ersten Teil liegt der Fokus auf die universitäre Ausbildung zum Arzt. Hier wird das Idealbild des frühneuzeitlichen gelehrten Arztes mit den praktischen Erfahrungen im Rahmen der Ausbildung verglichen. Dabei zeigt Stolberg am konkreten Beispiel, dass der Arztberuf nur eine von vielen Möglichkeiten und Erwägungen für Absolventen der Artistenfakultät war. Schließlich mussten Medici gegen große ärztliche und nicht-ärztliche Konkurrenz ankämpfen und waren – trotzdem sie Aderlass und Schröpfen Barbieren und Badern überließen – in Kontakt mit „ehrrührigen“ Unreinheiten, Ausscheidungen, mit Gestank und Verfall.

Bei der Untersuchung des Studienalltags an oberitalienischen Hochschulen begnügt sich Stolberg nicht mit der normativen Ebene des gelehrten Kanons, sondern stellt diesen in Relation zu studentischen Aufzeichnungen, darunter jenen von Handsch. Hier finden sich diktierte Mitschriften von curricularen Lehrveranstaltungen und Notizen, die von Privatissima zeugen. Die Quellen zeigen sowohl das vermittelte theoretische Grundwissen zum menschlichen Körper und seinen Funktionen als auch die *medicina practica* mit Notizen zu konkreten Fallbeispielen, die *collegia*, bei denen mehrere Professoren gemeinsam diskutierten, und die Ursachenfindung im klinischen Unterricht und bei Hausbesuchen. Ebenso grundlegend war das Wissen um

die Botanik und die Arzneimittelkunde, das sowohl in der freien Natur, als auch in den botanischen Gärten und zuweilen auch in Privatgärten kultiviert wurde.

Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang, der am Beispiel Handschs bestätigt werden konnte, ist jener des gelehrten „Habitus“ der Ärzte jener Zeit, der mithilfe von Aspekten des „Self-Fashioning“ (lateinische Sprache, Dichtkunst, Zitate, Briefkultur, Sprachsicherheit und eleganter Stil) betont wurde, um sich von den anderen Anbieter*innen medizinischer Dienstleistungen (Barbiere, Bader, Wundärzte, Hebammen) abzuheben. Auch wenn die akademische Ausbildung und der gelehrte Habitus dem Arzt einen „Vertrauensvorschuss“ (S. 57) gaben, zählte am Ende – so Stolberg – der durch den Erfolg gefestigte gute Ruf.

Diesen erwarb der Arzt in seiner, im zweiten Teil des Buches untersuchten, ärztlichen Alltagspraxis. Mit zahlreichen Beispielen kann der Autor einleuchtend nachweisen, dass das in der Theorie vertretene galenische Erklärungsmodell von Krankheiten „als graduelle Abweichungen von einem idealen Gleichgewichtszustand“ (S. 146) der Säfte sich in der Diagnostik und Therapie ebenso wenig wie in der Obduktion, also ganz allgemein in der ärztlichen Praxis widerspiegelt. Krankheiten verstand man vielmehr als etwas Äußerliches, Körperfremdes, auf unreine, verdorbene Krankheitsmaterie zurückgehend, die entweder in den Körper gelangte oder in ihm entstand, z.B. durch einen kalten Magen, der die Nahrung nicht genug „verkochen“ konnte. Wichtig war die Ermittlung von Herkunft und Ursache dieser Materie und deren verständliche Erläuterung an Patient*innen und ihre Angehörigen. Dabei wurden auch die Lebensumstände und die Lebensweise (von Luft und Mondeinfluss bis zu den Emotionen und den Ernährungs- oder Trinkgewohnheiten), sowie deren Einfluss auf eine Verschlechterung oder Verbesserung der Erkrankung besprochen. Um Ursachen und den „Sitz“ der Krankheitsmaterie zu eruieren, aber auch um den Krankheitsverlauf zu dokumentieren, suchten Ärzte wie Handsch in ihrem Praxisalltag das Gespräch als Grundlage der Diagnostik. Des Weiteren sind Harn-, Blut-, Stuhlschau, Pulsdiagnose und körperliche Untersuchung durch Abtasten in Handsch Notizen weitreichend bezeugt, wodurch die Behauptung, frühneuzeitliche Ärzte hätten nur selten Hand an den Patientenkörper gelegt, von Stolberg entkräftet werden kann.

Im dritten Teil des Buches liegt der Fokus auf die Klientel des Arztes und das Arzt-Patient*innen-Verhältnis. Stolberg kann entlang Handschs Aufzeichnungen nachweisen, dass trotz des abgehobenen Gelehrtenhabitus' sich universitär gebildete Ärzte auch an der medizinischen Laienkultur orientierten und von dieser lernten. Ärzte waren stets Dienstleister und hatten die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Patientenschaft nach bestimmten Arzneimitteln (Abführmittel) oder Untersuchungen (Harnschau) zu erfüllen. Hier zeigt sich einmal mehr die auch bei Laien verfestigte, ungebrochene Bedeutung von bewährten Mitteln wie Purganzien oder schweißtreibenden Bädern zur Entleerung und Entschlackung. Bis weit ins 19. Jahrhundert hinein waren Ärzte mit derartigen Patientenwünschen konfrontiert, wie auch der Nachlass des Südtiroler Landarztes Franz von Otenthal (1818–1899) beweist, in dem dieser von Patient*innen schriftlich (Briefordination) oder mündlich geäußerte Bitten um Abführmittel mit dem Verb *vult* notierte.¹

Stolberg ist nicht nur ein ausgewiesener Medizinhistoriker. Er ist – und das zeigt einmal mehr die vorliegende Publikation – ein paläografisch/etymologisch versierter Archivgräber, der Unterschiede bei der von Handsch benutzten Tinte und Feder in den einzelnen Einträgen

1 Vgl. Elena TADDEI, Franz von Otenthal. Arzt und Tiroler Landtagsabgeordneter (1818–1899), (Wien–Köln–Weimar 2010), 103–115.

feststellen und auswerten kann. Zudem ist er ein fähiger Vermittler von heute fremden/befremdlichen medizinischen Erklärungsmodellen. Seine zahlreichen Vorarbeiten erlauben Stolberg über Georg Handschs Nachlass hinausgehend und mithilfe anderer Fallbeispiele wie dem Zwickauer Stadtarzt Hiob Finzel, die Figur des frühneuzeitlichen Arztes in all seinen Facetten greifbar zu machen.

Auf dieser breiten Quellenbasis hat Stolberg den Wert der Medizin in der Renaissance als Orientierung und Zuversicht gebende Kunst gezeigt. Selbst wenn der Körper über Selbstheilungsmechanismen verfügt und manche Behandlungen nach heutigem Wissenstand kontraproduktiv erscheinen, so arbeitete auch die Heilkunst, wie die Diplomatie der Renaissance, mit Topoi und Stereotypen, erfüllte Erwartungshaltungen und tradierte angeblich Bewährtes, indem sie auf die empirische Erfahrung vorangegangener Heilkundiger verwies. Diese Empirie, die Aufwertung der Anatomie und die Bedeutung von Selbstversuchen eröffneten den Weg zur so genannten „wissenschaftlichen Revolution des 17. Jahrhunderts“ (S. 524).

Das Werk stellt mit einem reichen Apparat an bildlichen und handschriftlichen Quellen und an gedruckter Literatur sowie mit einem Sachregister eine Fundgrube dar. Ein einziger Kritikpunkt, der die Qualität der tiefen Arbeit nicht schmälern soll, betrifft die im Verhältnis zahlreichen Tippfehler, die ein sorgfältigeres Lektorat behoben hätte.

Irmtraut Sahmland, Marburg (Rez.)

Sabine SCHLEGELMILCH,
Ärztliche Praxis und sozialer Raum im 17. Jahrhundert.
Johannes Magirus (1615–1697)
 (Wien–Köln–Weimar: Böhlau 2018),
 408 S., 25 s/w-Abb., 8 farb. Abb., EUR 50,00.
 ISBN 987-412-51119-7

Das Erkenntnisinteresse der Studie zielt auf die tatsächliche ärztliche Praxis der akademischen Medizin im 17. Jahrhundert. Dieser Ansatz soll geradezu als stereotyp geltende Vorstellungen aufbrechen, die die ärztliche Arbeit als traditionelles und tendenziell statisches Handeln verstehen, das über nur sehr wenige therapeutische Mittel verfügte, die womöglich sehr drastisch eingesetzt wurden und die Hilflosigkeit des Arztes zeigten.

Um diese neue Tiefenschärfe zu erreichen, bedarf es anderer als der üblichen Quellen. Gedruckte Sammlungen von Fallgeschichten wurden meist überformt und geben nicht die unmittelbare Realität wider. Um sich ihr anzunähern, müssen zeitnahe Aufschriebe behandelnder Ärzte ausgewertet werden, die keinen weiteren öffentlichen Zweck verfolgten, sondern die ihre praktische Arbeit für sich selbst dokumentierten. Im Fokus stehen handschriftlich überlieferte Praxistagebücher, die diese Authentizität am ehesten gewährleisten.

Medizinische Praxis ist darüber hinaus nicht isoliert zu rekonstruieren und zu beschreiben. Schlegelmilch folgt dem theoretischen Konzept des sozialen Raumes (Bourdieu), um die tatsächliche Komplexität zu erfassen. Die Ausgangshypothese ist, dass das frühneuzeitliche Individuum sich über seine Zugehörigkeit zu seiner es umgebenden Umwelt definierte. Diese lässt sich in verschiedenen konturierte soziale Räume differenzieren, in denen Akteure sich in unterschiedlichen Funktionen und gesellschaftlichen Rollen bewegen und sich in durchaus verschiedenen Konstellationen begegnen.

Die Studie konzentriert sich auf den vielseitig interessierten und engagierten akademischen Arzt Johannes Magirus. Als praktizierender Arzt interagierte er in vielfältiger Weise mit seiner Umwelt: Die drei näher untersuchten Bezugssysteme sind die Gelehrtenwelt, der Fürstenhof und der öffentliche Bereich der Kalendermacher, in dem Magirus von 1646 bis 1672 aktiv war. Erst die Akzeptanz in diesen Bezügen ermöglichte seine Positionierung auch als praktizierender Arzt (S. 20). Um dieses weite Tableau zu fassen, ist die Arbeit in vier Kapitel gegliedert.

Das 1. Kapitel rekonstruiert das Selbstverständnis Magirus' in Bezug auf die genannten gesellschaftlich-sozialen Räume. Nach der üblichen Studienreise, die ihn insbesondere in die Niederlande und nach Leiden führte, 1640 in die Heimatstadt Frankfurt/Oder zurückgekehrt, pflegte Magirus den Habitus des Gelehrten. Dieser war wesentlich dadurch gekennzeichnet, zu lesen, zu lehren und zu schreiben und den Arbeiten weitgehend abgeschirmt und unbeeinträchtigt vom privaten familiären Umfeld in seinem Studierzimmer nachzugehen. Da er jedoch keine Erlaubnis zur ärztlichen Praxis erhielt, zog Magirus schon im nächsten Jahr nach Berlin. Hier nahm er, sehr unterstützt und protegirt von dem Arzt Martin Weise, eine ärztliche Praxis

auf. Zugleich waren seine Interessen mehrgleisig ausgerichtet. Neben der praktischen Medizin war Magirus bestrebt zu lehren, und zwar im Fach Mathematik. Seine Ankündigungen in Latein und Deutsch waren an verschiedene Gruppen gerichtet, einerseits an Studenten, die es in Berlin noch nicht gab, die aber aus Frankfurt/O. kamen, sowie adelige und bürgerliche Kreise. Seine kultivierte Nähe zum Hof konnte ihm womöglich eine Verbindung zu einer Universität oder anderen Bildungseinrichtung einbringen und seine Patientenklientel beeinflussen. In dieser Strategie hatten auch die Schreibkalender ihre Funktion. Auch hier wurden Erwartungshaltungen ständeübergreifender Gruppen bedient, deren Nachfrage sich vor allem auf das *Prognosticon astrologicum* richtete. Magirus vertrat hier eine reformierte Astrologie, indem er die Wirkung von Planetenkonstellationen bejahte, die Bedeutung von Tierkreiszeichen aber als abergläubisches Element negierte. Insbesondere konnten die jährlich neu erscheinenden Kalender als ein Mittel der Selbstdarstellung genutzt werden, wie sich vor allem in den Widmungen zeigt (S. 64).

Vor diesem Hintergrund gezielter Interaktionen in und mit diesen Räumen, so die These Schlegelmilchs, lässt sich Magirus in seinem Selbstverständnis als Arzt konturieren (S. 74). Dabei fokussiert sie allerdings argumentativ sehr einseitig auf die Kalenderproduktion, mit der Magirus sich auch als Arzt präsentieren und für sich werben konnte. Eine besondere Rolle nimmt demnach die Astrologie in einer Verbindung zur Iatromathematik ein.

Das 2. Kapitel widmet sich der Arztpraxis. Diese konstituiert sich in der Frühen Neuzeit an unterschiedlichen Orten, vorzugsweise im Privatbereich der Patienten. Sie ist also als eine „mobile Praxis“ (S. 111) zu beschreiben, die sich an den jeweiligen Gegebenheiten orientieren und sich an sie anpassen muss. Für Magirus gilt dies im Unterschied zu anderen Ärzten in besonderem Maße, weil er es ablehnte, Behandlungen auf Distanz zu übernehmen, sondern der unmittelbare Kontakt zu seinen Patienten für ihn unverzichtbar war. Die prinzipiell erfolgreiche Praxis in Berlin, die Magirus sich in gewissem Maße mit Martin Weise teilte, führte ihm nur eine begrenzte Patientenklientel zu.

1650/51 siedelte Magirus nach Zerbst und 1656 nach Marburg um. Diese Ortswechsel werden als strategische Entscheidungen bezeichnet, um medizinische Praxis und akademische Lehrtätigkeit zu verbinden (S. 98); zugleich wird die Wahl der Aufenthaltsorte insgesamt als nicht zufällig erachtet, sondern einem Netzwerk reformierter Fürsten zugeschrieben (S. 87). In Zerbst war Magirus neben seinem Engagement am *Gymnasium illustre* der einzige akademische Mediziner, der als Stadtarzt tätig war. Seine Patientenschaft weitete sich aus und sie war konfessionell gemischt. Anknüpfend an das Modell des *medical market* vertritt Schlegelmilch die These, die akademisch ausgebildeten Ärzte drängten in dieser Zeit „in ein bereits besetztes Berufsgebiet“ (S. 107). Die Auseinandersetzung habe nicht die finanzielle Konkurrenz oder eine andere Medizin betroffen, sondern diese Ärzte hätten ihre Standesrechte in diesen Bereich ausgeweitet und deren Geltungsanspruch eingefordert. Magirus hat, so Schlegelmilch, anstatt eines Verdrängungsprozesses hier ein standesgemäßes Miteinander favorisiert. Auf Basis verschiedener Daten (z. B. die Anzahl der Krankenbesuche) war der Verdienst Magirus' aus seiner ärztlichen Praxis in Zerbst etwa mit dem eines höheren Hofbeamten vergleichbar, für eine standesgemäße Lebenshaltung waren weitere Einnahmequellen nötig (Lehrtätigkeiten, Publikationen etc.).

Der zentralen Frage nach der ärztlichen Praxis widmet sich das 3. Kapitel. Im Zentrum steht die Analyse von Magirus' *Diarium*, seinem Praxistagebuch als einer Art „Protokoll alltäglicher Praktiken“ (S. 145). Zum Vergleich dienen zwei Bände der *Ephemeriden* Johann Heinrich

Bossens (1620–1673), Praxistagebücher, die dieser Zeitgenosse während seiner gut zwanzigjährigen Tätigkeit als Stadtarzt in Helmstedt verfasste. Dabei werden quellenkritisch Ähnlichkeiten und Unterschiede beider Protagonisten im Ansatz vorgestellt. Eine weitere Bezugsebene ist die der gedruckten Fachliteratur. In der Zusammenschau können sich diese Quellen einerseits ergänzen (so enthalten etwa Daniel Sennerts *Institutiones* präzise Angaben zur Anwendung einzelner Maßnahmen, während das *Diarium* nur angibt, ob Magirus sie einsetzte), andererseits lassen sich Unterschiede und Abweichungen identifizieren und die „Grauzone zwischen Norm und Individualität“ (S. 146) ausleuchten.

Magirus' praktische Arbeit mit seinen Patienten ist durch ein sehr systematisches Vorgehen bei der Diagnostik wie der Therapie gekennzeichnet. Ausgehend von Krankheitsgruppen mit ihnen zuzuordnenden Symptomen wurde differentialdiagnostisch ermittelt, welche Krankheitszeichen vorlagen, ebenso auch, welche fehlten. Die Befragung der Patienten war hier von großer Bedeutung, weniger die der Adstantes. Auch orientierte Magirus sich nicht an etwa vorausgegangenen Maßnahmen anderer Therapeuten. Im Unterschied zu Bossens *Ephemeries* enthält Magirus' *Diarium* seltener die Angaben der Patienten zur Eigenanamnese, wohl vorzugsweise dann, wenn sie mit Magirus' ärztlicher Sicht übereinstimmten (S. 153). Die Aufzeichnungen belegen, dass das Arzt-Patient-Verhältnis keinesfalls von Körperferne gekennzeichnet war (S. 174). Neben dem Puls wurden auch andere Tastbefunde notiert. Magirus' Ansatz war ursachenorientiert, also auf das Körperinnere und das betroffene Organ gerichtet. Die Harn- und die Blutschau (in Abgrenzung zum Aderlass) waren auch wichtige flankierende Verfahren der Kontrolle im Therapieverlauf. Das Alleinstellungsmerkmal des akademischen Arztes gegenüber anderen Heilpersonen war die medikamentöse Verordnung, und auch hier zeigt sich der enge Kontakt zwischen Arzt und Patient während der Behandlung, was auf eine hohe Frequenz von Arztbesuchen hinweist (S. 211). Magirus konsultierte latent medizinische Fachliteratur. Neben der Hauptquelle des *Diarium* als Zugang zur ärztlichen Alltagspraxis berücksichtigt Schlegelmilch nur diejenigen Buchtitel, die Magirus nachweislich selbst besaß (S. 147, Fußnote). Der Abgleich hier ergibt eine signifikante Eigenständigkeit des praktizierenden Arztes gegenüber den normativen Lehrmeinungen, Abweichungen und Eigenheiten, die dem Erfahrungswissen zuzuschreiben sind, das durch die zeitnahen Aufschriebe zudem beständig erweitert wurde. Damit wurden Routinen entwickelt, die sich nicht an den Normen der Fachliteratur orientierten, sondern ihre Legitimation aus ihrer in der Praxis erwiesenen Tauglichkeit bezogen.

Das abschließende 4. Kapitel eröffnet ein weiteres Themenfeld, indem es den Fragen nachgeht, wie jenseits medizinischer Konzepte und Wissensbestände als Gegenstand eines Medizinstudiums das für den Arztberuf ebenfalls wichtige praktische Handlungswissen erworben und schließlich an andere weitergegeben wurde. Hier wird Magirus' eigener Werdegang rekapituliert und vermutet, dass er selbst schon sehr früh praktische Anleitungen am Krankenbett erhalten hatte. Während seiner Studienreise boten sich weitere Anreize, insbesondere durch das Collegium medico-practicum in Leiden, das er in Berlin alsbald nachzuzahlen suchte und als praktizierender akademischer Arzt seinerseits interessierte Schüler zu Krankenbesuchen mitnahm, um ihnen grundlegende Praktiken und Techniken zu vermitteln, die aus der Fachliteratur nicht zu entnehmen waren. Magirus hat dieses Anliegen in der Lehre latent verfolgt; auch in Marburg hielt er neben seiner Position als Universitätsprofessor jenseits universitärer Strukturen und Normen *Privatcollegia*, um den Studenten praktisches Handlungswissen zu vermitteln und darüber hinaus Wissen in weitere Kreise zu tragen. Schlegelmilch stellt in diesem

Kontext die These auf, Magirus habe damit „das früheste poliklinische Konzept der Frühen Neuzeit für das Reichsgebiet“ entwickelt (S. 277), und, man könne Magirus „zu einem Vertreter der Frühaufklärung erklären“ (S. 287). Der Vorstellung einer immanenten Stringenz fortschrittlicher Entwicklung tritt die Autorin in ihrem Ausblick allerdings ausdrücklich entgegen. Die „charakteristische Signatur des 17. Jahrhunderts“ sei durchaus in den aus heutiger Sicht als abwegig zu bezeichnenden Interessen einzelner Akteure zu suchen, und in Bezug auf Magirus sei die Rolle der Astrologie für dessen praktische Medizin wohl die größte „Fremdheitserfahrung“ (S. 288).

Der Anhang präsentiert sechs verschiedene Quellentexte, darunter zwei Kollegankündigungen im lateinischen Original und in deutscher Übersetzung, eine tabellarisch zusammengestellte Biographie mit Quellenbelegstellen sowie einen Tafelteil, der u.a. einzelne Seiten des Diarium zeigt.

Die Studie basiert auf einer immensen Arbeitsleistung. Das zeigt das hier ausgewertete handschriftliche Material, das neben den publizierten Texten Magirus' eine sehr wesentliche neue Quelle insbesondere für die Erkenntnisse über die ärztliche Praxis darstellt; aber auch die zahlreichen Publikationen Schlegelmilchs, die dieser Studie bereits vorausgegangen sind, dokumentieren eine jahrelange intensive Auseinandersetzung mit der Medizin insbesondere des 17. Jahrhunderts. Um einen möglichst authentischen Einblick in die Alltagspraxis akademischer Ärzte der Frühen Neuzeit zu gewinnen, steht exemplarisch Johannes Magirus im Fokus der Analyse, ein Protagonist mit sehr heterogenen Interessen und durchaus vielseitigen Arbeitsbereichen. Die Autorin stellt fest, ausdrücklich keine Biographie im herkömmlichen Sinne zu liefern (S. 29), womit sie im Einklang mit der modernen Biographieforschung steht. Dennoch wäre es interessant gewesen, seine private und familiäre Situation etwas näher zu berücksichtigen, stellt sie doch neben den vorgestellten Bezugssystemen einen nicht unwichtigen sozialen Raum dar. Die Erkenntnisse über die ärztliche Praxis sind vor allem sehr differenziert, teils revidieren sie gängige Vorstellungen, teils sind sie allerdings auf Basis neuer Quellen erwartbar. Es bleibt die Frage, inwieweit diese exemplarischen Befunde als repräsentativ gelten können. Kritisch anzumerken ist die unzureichend erfolgte Einordnung des Protagonisten in den sehr komplexen medizintheoretischen Kontext des 17. Jahrhunderts. Deutlich wird sein iatrochymischer Ansatz, doch im Vordergrund steht immer wieder Magirus' Affinität zu einer (reformierten) Astrologie, die sich aber in seiner ärztlichen Praxis nicht nachvollziehen lässt – auch nicht in einer Verbindung mit einer Iatromathematik, die ebenfalls nicht konkret fassbar wird. Hinsichtlich einzelner Themenfelder hätte die Darstellung etwas umsichtiger sein können, etwa die Positionierung Magirus' innerhalb des medical market betreffend. Hier wäre z.B. die Auseinandersetzung um den Medicus politicus zu berücksichtigen gewesen, die auf eine Krise der Medizin hindeutete. Andere spannende Fragen, etwa die Rolle der Patienten betreffend, müssen weitere, ähnlich ausgerichtete Forschungen beantworten, zu denen diese sehr beeindruckende Studie hoffentlich anregt.

Christina Vanja, Kassel (Rez.)

**Elke HAMMER-LUZA,
Im Arrest. Zucht-, Arbeits- und Strafhäuser in Graz
(1700–1850)**

(= Mitteilungen des Instituts für Österreichische
Geschichtsforschung Ergänzungsband 63, Forschungen zur
geschichtlichen Landeskunde der Steiermark Band 83,
Wien–Köln–Weimar 2019: Böhlau), 576 S., 25 Abb., EUR 85,00.
ISBN 978-3-205-23199-8

Der leider bereits 2001 verstorbene Grazer Rechtshistoriker Helfried Valentinitich gehörte seit den 1970er Jahren zu den ersten, die sich der Kriminalitätsgeschichte mit Blick auf die betroffenen Menschen näherte und dabei in den Archiven der Steiermark immer wieder höchst eindrückliche Lebenszeugnisse fand. Seitdem haben zahlreiche sozial- und kulturgeschichtliche Studien über Bettler und Vagabunden, „liederliche“ Frauen, Kleinkriminelle und Mörder bzw. Mörderinnen, ebenso wie über „Schwererziehbare“, „Arbeits scheue“ und „Widerspenstige“ unser Bild der (frühen) Neuzeit nachhaltig verändert.

Elke Hammer-Luza war noch Schülerin bei Valentinitich und hat ihm ihre frühe wissenschaftliche Förderung und das Interesse an einer neuen, lebendigen Kriminalitätsgeschichte zu verdanken. In der nun vorliegenden Wiener Habilitationsschrift, die von Martin Scheutz ange regert und begleitet wurde, knüpft Hammer-Luza an diese frühen Studien zu den sozialen Unter schichten in der Steiermark an, greift aber zugleich auch die neueren Fragestellungen zur Alltags geschichte der Straf- und Zuchthäuser aus den vergangenen zwei Jahrzehnten (darunter die vielbeachtete Studie von Falk Bretschneider zu „Waldheim“) auf. Dabei handelt es sich insbe sondere um Überlegungen zur tatsächlichen Umsetzung von Disziplinierungskonzepten, zum Verhältnis von Norm und Realität, zum „Aushandeln“ der Lebensbedingungen zwischen Ver waltung, Wachpersonal und Insassen, zum „Unterleben“ von Hausordnungen und zur biogra phischen Bedeutung des „Arrestes“ für die Betroffenen.

Eine Besonderheit der Arbeit von Elke Hammer-Luza ist die Behandlung aller Zucht-, Arbeits-, Straf- und Arresthäuser einer Stadt mit Zentralfunktion, was Vergleiche sowohl bei Aufgabenstellung und Struktur als auch bei der Zusammensetzung der Insassen und ihrer Be handlung ermöglicht. Graz verfügte über unterschiedliche Typen von landesherrlich und städ tisch administrierten Häusern. Das Zucht- und Arbeitshaus am Gries in der Murvorstadt wurde 1734 als Neubau neben dem dortigen Armenhaus errichtet. Es fand nach Zwischenstadien seine Fortsetzung im Provinzialstrafhaus Karlau, einem ehemaligen Schloss. Ein reines Ar beitshaus, in das man freiwillig eintreten konnte, wurde Mitte des 18. Jahrhunderts eingerich tet und an verschiedenen Orten, auch im Schloss Karlau und am Gries, fortgeführt. Ein Extrem stellte der Schwere Kerker auf dem Grazer Schlossberg dar, der 1783 bis 1809 genutzt wurde. Hier wurden Straftäter auch angeschmiedet. Schließlich bestanden Arreste insbesondere für Untersuchungsgefangene im alten und neuen Rathaus von Graz.

Mit diesen unterschiedlichen Arresten eröffnet sich ein weites Feld zwischen Kriminalitäts- und Erziehungsgeschichte. Die Wahl der sogenannten „Sattelzeit“ (Reinhart Kosellek) als Untersuchungszeitraum hat seinen Grund in der relativ späten Gründung der Grazer Institutionen (Arbeits- und Zuchthäuser bestanden andernorts bereits seit dem 16. Jahrhundert). Sie ermöglicht hier aber einen speziellen Blick auf Konstanz und Wandel an der Wende zum bürgerlichen Zeitalter.

Mit ihrer (hier nur gekürzt!) vorliegenden, im doppelten Sinne gewichtigen Habilitationsschrift ist Elke Hammer-Luza, das Resümee sei hier schon vorweg genommen, die (sehr gut lesbare) Analyse der Gefängnisse und Arbeitshäuser einer Stadt en détail gelungen, auf die vergleichbare Studien in Zukunft zurückgreifen können. Dass eine derartige Mikrostudie gelingen konnte, ist nicht zuletzt der stupenden Quellenkenntnis der gelernten Archivarin zu verdanken. Hier wurden die in Frage kommenden Archivbestände offensichtlich sprichwörtlich durchkämmt und alle Funde zu einem, trotz Aktenverlusten im Einzelnen, lebendigen Gesamtbild zusammengefügt. Im Ergebnis erweisen sich die Grazer Einrichtungen dann auch als stets sich verändernde, insgesamt unzulängliche Antworten auf praktische Notstände, die vor allem auf der permanenten Unterfinanzierung und einem wenig erfolgreichen Arbeitsbetrieb beruhen. Der detaillierte Blick auf eine nur bedingt durchsetzungsfähige Administration, ungeeignete Räumlichkeiten, eine Arbeitserziehung (die oft wegen Mangels an Rohstoffen nicht stattfand) und ein Personal, das nicht selten in die eigene Tasche wirtschaftete, zeugen letztlich vom Misserfolg des „Zucht“-Anliegens. Insbesondere im 18. Jahrhundert erscheinen die Verhältnisse geradezu als anarchisch. Erst das moderne Gefängniswesen des 19. Jahrhunderts und die Abwendung von den merkantilistischen Zielsetzungen der Epoche Maria Theresias und Josephs II. brachten allmählich (aber keineswegs linear) eine gewisse Systematik in das Strafsystem.

Besonders eindrucksvoll sind die Kapitel über die (überwiegend) armen Insassen und ihren Alltag. Hier bietet Hammer-Luza eine Fülle an Informationen zu einzelnen Männern und Frauen, die durch den Arrest (auch wenn dies nicht intendiert war) für ihr ganzes Leben stigmatisiert wurden. Besonders erschüttern die Schicksale der Kindsmörderinnen. Ebenso wenig nachvollziehbar ist heute die Einsperrung von Menschen anderen Glaubens, den „Geheimprotestanten“, die bäuerlichen Familien entstammten. Kurios erscheint im Rückblick die Möglichkeit, Familienangehörige (insbesondere Männer) wegen Spiel- und Trunksucht, Ehebruchs oder (bei Kindern) Schwererziehbarkeit einzuliefern. Allerdings blieb die Zahl dieser Adelligen und Bürger wegen des schlechten Rufs der Häuser stets klein. Nicht sehr zahlreich vertreten waren alte und sehr junge Menschen, was vor allem dem Wunsch nach einem effektiven Arbeitsbetrieb geschuldet war, dem diese nicht genügen konnten. Hospitäler und das Grazer Waisenhaus boten hier Alternativen. Bemerkenswert ist allerdings, dass dennoch einige Menschen mit Behinderungen (Gehörlose, Kleinwüchsige, geistig Zurückgebliebene und „Tolle“) in das Zucht- und Arbeitshaus Karlau aufgenommen wurden.

Für alle Arreste erließen die Obrigkeiten Hausordnungen, um einen geordneten Alltag mit festen Zeiten für lange Arbeitsstunden, tägliche Gebete, Gottesdienste und katholischen Unterricht, Schlafen und die Mahlzeiten vorzugeben. Die Freizeit bestand in Spaziergängen auf dem Hof, eine Privatsphäre war nicht vorgesehen, Kommunikation (die Insassen sprachen deutsch, slowenisch und italienisch) und Bewegungsfreiheit wurden eng begrenzt. Die Realität, so das Kapitel zum Alltag, wich von der Ordnung allerdings deutlich ab. Vor allem in den städtischen Arresten herrschte reges Treiben, da die Nachbarhäuser direkt angrenzten. Besuche, Warentausch und Einkäufe (Tabak), ja sogar Tanzveranstaltungen wurden von den Aufsichtsbehörden moniert. Entweichungen kamen selbst aus dem Schlosskerker vor.

Ein zentraler Grund für das Misslingen der Refinanzierung der Häuser durch die Arbeit der Insassen waren deren Krankheiten. Dass sich die Autorin bei ihrer „dichten Beschreibung“ der „Geschlossenen Häuser“ auch eingehend Fragen der Gesundheit zuwendet, überrascht nicht, kann sie doch zahlreiche Publikationen zur Sozialgeschichte der Medizin (auch in dieser Zeitschrift) vorweisen. Ungesunde Lebensverhältnisse verursachten bereits die vielfach feuchten und dunklen Räume, die stets aus Platzmangel überfüllt waren. Immerhin versuchte man durch tägliches Auskehren der Stuben, durch Lüften und Räuchern dem Dreck und den Ausdünstungen der vielen Menschen Herr zu werden, dies aber offensichtlich mit mäßigem Erfolg. Problematisch waren Bettzeug und Kleidung, die, ebenso wie die Körper der Insassen, immer wieder durch Schädlinge (Flöhe, Läuse, Wanzen und Krätzmilben) befallen wurden. Die Kleider (eine Uniformierung war erst spät möglich) waren nicht selten „fadenscheinig“ und wärmten kaum. Besonders katastrophal konnte die Ernährung sein. Sie entsprach im Großen und Ganzen dem Standard der sozialen Unterschichten, führte jedoch angesichts finanziellen Mangels und aufgrund einer Bestrafung mit Essensentzug zu ständigem Hunger und Mangelkrankungen (Skorbut). Nicht zuletzt ließ die Qualität zu wünschen übrig, und die Verantwortlichen entdeckten erstaunlich spät, dass die Arbeitskraft nur durch angemessene Nahrung mit Fleischportionen erhalten blieb. Für eine minimale Körperhygiene sorgten Aborte und Nachtkübel, das tägliche Waschen von Händen und Gesicht, das Ausspülen des Mundes und das Kämmen des Haares sowie (zweimal jährlich) ein Bad. Die Bärte der Männer wurden regelmäßig rasiert, das Kopfhair ließ man bei Männern und Frauen (nach Protest nur noch bis zum Jahr vor der Entlassung) scheren, um dem Ungeziefer keinen Raum zu bieten. Uniformen und kahle Köpfe erschwerten ein Entweichen. In den überfüllten Häusern, wo die Insassen zum Teil zu Dritt ein Bett teilten, war die Ansteckungsgefahr groß. Neben Hautkrankheiten, Entzündungen, Geschwüren und Durchfall zählten so Infektionen zu den häufigen Krankheitsursachen: Ruhr, Typhus und Tuberkulose waren verbreitet. Bis zur Hälfte der Insassen zählten zeitweise zu den Kranken, die entsprechend nicht arbeiteten. Sie wurden im Haus oder in einer sozialen Einrichtung mit Krankstube versorgt. Schließlich überwies man Schwerkranke in das Allgemeine Krankenhaus. Unfälle waren in den Zucht- und Arbeitshäusern selten, aber Prügelstrafen und das Tragen von Eisenketten hinterließen nicht selten bleibende Schäden. Suizide (versuchte und erfolgreiche) kamen immer wieder vor. Es waren offensichtliche Verzweiflungstaten, die allerdings nicht zu Verbesserungen der Lebensverhältnisse führten. Während es einigen Insassen gelang, eine Begnadigung durch die Landesherren zu erwirken, starben andere (die Sterblichkeit konnte bis auf 40 Prozent ansteigen) im Arrest und wurden zumeist auf dem zunächst gelegenen Friedhof beerdigt. Viele andere dürften körperlich deutlich geschwächt das „Geschlossene Haus“ verlassen haben. Zuständig für Behandlungen waren ein Physikus aus der Stadt sowie der Wundarzt, der auch zur Ader ließ. Angesichts der sonstigen Mangelwirtschaft sind die Ausgaben für Arzneien erstaunlich hoch, so dass der Wille zur erfolgreichen Therapie unverkennbar ist. Im Vergleich zur schlechten medizinischen Versorgung der steirischen Landbevölkerung, ebenso wie der städtischen Unterschichten, kann Hammer-Luza in diesem Aspekt sogar einen Vorteil der Arrestinsassen feststellen.

Das weitere Leben der Entlassenen lässt sich nur noch schwer nachvollziehen. Immerhin half die Administration gelegentlich bei der Suche nach einem Arbeitsplatz. Dass die monotone Arbeit in der Anstalt (zumeist Wollespinnen) bei der Resozialisierung half, ist nach der Darstellung von Hammer-Luza allerdings eher fraglich.

Das Buch sei Medizinhistorikern und Medizinhistorikerinnen nachdrücklich empfohlen!

Elke Hammer-Luza, Graz (Rez.)

Christina VANJA / Heide WUNDER, Hg.,
Die Taunusbäder. Orte der Heilung und der Geselligkeit
 (= Quellen und Forschungen zur hessischen Geschichte 181,
 Darmstadt–Marburg 2019: Selbstverlag der
 Hessischen Historischen Kommission Darmstadt und der
 Historischen Kommission für Hessen),
 180 S., EUR 24,00.
 ISBN 978-3-88443-336-2

Kurorte sind faszinierend vielschichtige Gebilde, deren Erforschung aus verschiedensten Perspektiven gewinnbringend ist; das betrifft nicht nur Medizin-, Sozial- oder Wirtschaftsgeschichte, sondern genauso gesellschafts- und mentalitätsgeschichtliche oder bauhistorische Fragestellungen, um nur einige Aspekte zu nennen. Besonders deutlich werden die Erkenntnisse, wenn von einer regelrechten Bäderlandschaft gesprochen werden kann, wie das im Taunus der Fall ist. Die Taunusbäder standen und stehen in steter Wechselwirkung zur Region sowie zu ihren Gästen und lassen sich zum Teil bis auf die Antike zurückverfolgen. Die überragende kulturhistorische Bedeutung von Kurorten zeigt sich auch darin, dass sich gerade elf traditionsreiche europäische Kurstädte – darunter Bad Ems – darum bemühen, im Rahmen des Projektes „Great Spas of Europe“ als UNESCO-Weltkulturerbe anerkannt zu werden.

Das gab nicht zuletzt den Ausschlag zu einem Studientag über die Taunusbäder und in weiterer Folge zur Herausgabe des vorliegenden Sammelbandes. Grundsätzlich ist die Geschichte der Bäder im Taunus gut erforscht, bei näherem Augenschein gibt es aber noch eine Reihe offener Fragen und Details, denen die vorliegenden Beiträge nachgehen. Die Aufmerksamkeit richtet sich insbesondere auf Menschen, die eine Sonderstellung im Kurort einnahmen und die in anderen Darstellungen oft zu kurz kommen, wobei sich der Bogen vom 17. Jahrhundert bis zur Zeit nach dem Ersten Weltkrieg spannt. Insgesamt versammelt der Band – nach einer Einführung der beiden Herausgeberinnen Christina Vanja und Heide Wunder – acht Beiträge aus der Feder von ausgewiesenen Kennerinnen und Kennern der Materie.

Der erste Abschnitt des Buches widmet sich adeligen und bürgerlichen Kurgästen im Taunus. Den Anfang macht Heide Wunder, die zunächst die Entwicklung der Trinkkur skizziert, die neben der Badekur in der Region erst im 16. Jahrhundert in Gebrauch kam. Anhand des Ortes Langenschwalbach analysiert sie danach den Aufstieg eines Dorfes zum Fürstenbad und die dafür notwendigen Voraussetzungen, vor allem im Bereich der Infrastruktur. Es galt, für standesgemäße Unterbringung und Verpflegung zu sorgen und Stätten für Unterhaltung und Geselligkeit zu schaffen. Im Gegensatz dazu gelang es dem Sauerbrunnen in Niederselters nicht, höchste Kreise anzuziehen. Das Einzugsgebiet blieb regional, die Kurgäste waren vorwiegend bürgerlich. Nur sein Selterswasser wurde in die ganze Welt verschickt und begründet seinen Ruf bis heute.

Irmtraut Sahmland und Aleš Verner stellen Jakob Theodor Tabernaemontanus – einen Botaniker, Apotheker und promovierten Mediziner – und sein balneologisches Grundlagenwerk, den 1581 veröffentlichten „Neuw Wasserschatz“, in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Dabei konzentrieren sie sich auf die vom Autor propagierte Trinkkur von Mineralwässern, die dieser dezidiert als Arznei versteht. Die Schrift gibt aber nicht nur Einblicke in theoretische Konzepte von Gesundheit und Krankheit um 1600, sondern enthält auch eine systematische Erfassung aller bis dahin in Deutschland bekannten Sauerbrunnen. Eine besondere Würdigung erfährt dabei Langenschwalbach mit dem dortigen Weinbrunnen. Wichtig sind Tabernaemontanus das Wissen um Inhaltsstoffe, Heilanzeigen und Wirkung des Wassers genauso wie die an medizinischen Erfordernissen ausgerichtete Tagesordnung für die Brunnengäste.

Robert Jütte geht in seinem Artikel der Frage nach, ob der sogenannte Bäder-Antisemitismus lediglich ein Phänomen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts war. Langenschwalbach bietet sich hier für eine Untersuchung an, wies es seit der Mitte des 17. Jahrhunderts doch einen stetig wachsenden Anteil jüdischer Gäste auf. Trotz einer gesellschaftlichen Durchmischung wahrte man die Distanz, wobei sich antijüdische Ressentiments nicht übersehen lassen. Diese Vorbehalte galten insbesondere gegen das jüdische Kleinbürgertum, während die Anwesenheit prominenter Juden goutiert wurde.

Ansgar Molzberger verweist in seinem Beitrag auf die große Rolle, welche die Taunusbäder für die Einführung des Sports in Deutschland im 19. Jahrhundert – das ja noch stark von der heimischen Turnbewegung geprägt war – spielte. Diese „Türöffnerfunktion“ bildete allerdings keine ideologische Entscheidung, sondern war pragmatischen Überlegungen geschuldet, indem man die Attraktivität der Kurorte für das internationale Publikum erhöhen wollte. Auf diese Weise wurde etwa Bad Homburg zur Wiege des Tennis- und Golfspiels in Deutschland.

Der zweite Abschnitt des Buches beschäftigt sich mit Menschen, die in den Taunusbädern im Hintergrund standen, seien es nun „Gäste am Rande“ oder „dienstbare Geister“. Christina Vanja macht darauf aufmerksam, dass Bäder auch Teil der Armenfürsorge waren; Quellen dafür finden sich unter anderem in erhaltenen Supplikationen. Es gab für arme, Heilung suchende Menschen Unterkünfte in Hospitälern oder anderen wohltätigen Einrichtungen, in denen sie einigermaßen gut versorgt wurden. Außerdem stand ihnen ein Armenbadehaus zur Verfügung, das anfangs durchaus zentral gelegen war. Ab dem 18. Jahrhundert versuchte die Obrigkeit allerdings, die Präsenz der Armen in der Öffentlichkeit – die nicht in das Bild eines vornehmen Kurortes passen wollten – sukzessive zurückzudrängen, was in der Praxis freilich nur bedingt gelang.

Den Blick hinter die Kulissen wagt Hans-Jürgen Sarholz, indem er sich mit jenen Menschen beschäftigt, die den Kurbetrieb erst möglich machten: eine breite Palette von Dienstboten und Arbeiterinnen bzw. Arbeitern, die immer feiner ausdifferenzierte Beschäftigungsprofile aufwiesen. Am Beispiel von Bad Ems zeigen sich daran eindrucksvoll zum einen die Veränderungen vom ehemaligen Dorf zur Kurstadt, zum anderen die Möglichkeiten der weiblichen Erwerbsarbeit. Einen deutlichen Einschnitt brachte schließlich die Technisierung Ende des 19. Jahrhunderts, wodurch viele Beschäftigungsbereiche obsolet wurden.

Das Schicksal zweier Taunusbäder im Ersten Weltkrieg führt Johann Zilien vor Augen. Als das Kurwesen 1914 einbrach, entdeckte Wiesbaden eine neue Zielgruppe an Gästen, nämlich Genesungssuchende des Militärstandes. Durch diesen Funktionswandel von der Kurstadt zur Lazarettstadt konnte man eine Stabilisierung des Fremdenverkehrs erreichen, wenn sich auch der Charakter Wiesbadens wandelte. Im Gegensatz dazu wurde Schlangenbad kein Lazarettort, konnte aber den Kurbetrieb zumindest in bescheidenem Ausmaß bis 1918 weiterführen.

Der letzte Beitrag des Bandes von Andrea Pühringer bildet zugleich eine inhaltliche Klammer, indem sie Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Taunusbäder – die immer in einer gewissen Konkurrenz zueinander standen – herausfiltert. Sie tut das anhand der in den Kurbädern herrschenden Ambivalenzen, von denen es mehrere gab. Kurgäste suchten Heilung und Erholung, genauso aber Luxus und Unterhaltung. Sie erwarteten in den Kurorten moderne Standards und zugleich eine natürliche und idyllische Umgebung, wobei das Kurviertel immer in Beziehung zu einer gewachsenen Ansiedlung stand, ebenso wie die Kurgäste auf Einheimische trafen. Auch die Grenzen zwischen Kur, Tourismus und Sommerfrische verliefen fließend.

Das vorliegende Buch ist ein rundum gelungenes Werk. Es enthält nicht nur einen Überblick über die Geschichte der Taunusbäder im Allgemeinen und Besonderen, sondern daneben neue Einblicke in bisher vernachlässigte Forschungsbereiche. Besonders ansprechend ist auch seine optische Gestaltung: Reich illustriert mit farbigen Bildern, Karten und Plänen ist es eine Freude, in die dargebotenen Wissensbereiche einzutauchen.

Carlos Watzka, Graz (Rez.)

Franz X. EDER,
Eros, Wollust, Sünde.
Sexualität in Europa von der Antike bis in die Frühe Neuzeit
 (Frankfurt am Main 2018: Campus), 536 S., EUR 58,00.
 ISBN 978-3-593-50954-9

Es mag für manche Leser*innen erstaunlich klingen, aber das hier zu besprechende Werk schließt eine Lücke. Denn so intensiv beforscht und so prominent diskutiert sich das Thema „Sexualität“ innerhalb der historisch orientierten Wissenschaften darstellt – und dies nun schon seit mehreren Jahrzehnten –, so überschaubar blieb bisher die Zahl wissenschaftlich orientierter, gut lesbarer, monographischer Einführungen in die Kulturgeschichte der Sexualität – jedenfalls was die deutschsprachige Forschungsliteratur angeht. Dies gilt für Gesamtüberblicke (hierzu legte aber Eder selbst mit „Kultur der Begierde“ vor einigen Jahren einen Band vor) ebenso wie für Übersichtswerke betreffend die Vormoderne im Speziellen.

Der Autor gibt auf über 440 Textseiten eine zeitlich wie räumlich weit gespannte Übersicht über Formen und Wandlungen von „Sexualität“ in Europa, von der griechischen Antike bis ins 17. Jahrhundert. Er tut dies in einem auch inhaltlich weit gefassten Sinn: „Begehren/Begierde, Diskurse, Praxis, Erleben, Gefühle/Emotionen, Handlungen, Körper und Trieb“, bezogen auf das „Geschlechtsleben“ lautet die in der Einleitung formulierte, mehr exhaustive als stringente, aber sicherlich brauchbare Arbeitsdefinition dieses Begriffs (S. 16). Dieser wird ja seit der Foucault'schen Kritik selbst – mit Gewinn – stark problematisiert; scheint aber zugleich doch kaum verzichtbar.

Die langfristige Perspektive wendet Eder bewusst an, nicht zuletzt, um so aufzuzeigen, dass manche bei engem zeitlichem Fokus als „Besonderheiten“ oder „Erfindungen“ einer bestimmten Periode erscheinende Phänomene dies nur vermeintlich sind (S. 29). Die vom Autor hier konstatierte „Zähigkeit“ vieler sexueller Normen und Vorstellungen behandelt dieser sodann für mehrere zentrale Aspekte sehr eingehend: von der binären Geschlechterkonstruktion als basalem Deutungsrahmen über die (spätestens mit der Dominanz des Christentums in der Spätantike) breit durchgesetzte Stigmatisierung homosexueller Akte und Beziehungen bis hin zu einer in der dominanten „Sexualkultur“ durchgängig recht dezidierten Ablehnung von (auch heterosexuellem) Anal- und Oralverkehr.

Selbstredend sind hierbei auch Bezüge zur Gesundheits- und Medizingeschichte vielfältig und inhaltlich bedeutsam präsent. Behandelt werden etwa unterschiedliche Auffassungen über die Gesundheitsförderlichkeit des Sexualaktes bzw. des Verzichts darauf (siehe u.a. S. 192f.); die gerade in der Vormoderne oft mit Sexualität verbundene Gewaltsamkeit (bes. S. 345–350), oder sich wandelnde Problematisierungen von Verhütung und anderen schwangerschaftsbezogenen Gesundheitsfragen sowie von Geschlechtskrankheiten (v.a. S. 389–399).

Hierauf, wie auf weitere inhaltliche Schwerpunktsetzungen, kann an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen werden. Hervorgehoben sei aber, dass der Autor darauf achtet, nicht

dem – hier wie sonst ja auch meist – durch Selektivität der Quellen vermittelten „Oberschichtenbias“ zu erliegen, sondern für jede behandelte Periode auch die geschlechtlichen Vorstellungen und Verhaltensweisen der ‚gewöhnlichen‘ Bevölkerung, d.h. der bäuerlichen Landbewohner und der städtischen Unter- und Mittelschichten, zu erhellen. Wie Eder explizit hervorhebt, ging es ihm hierbei auch darum, „die sozialhistorische Sicht auf die Sexualität zu stärken“ (S. 26).

In diesem Zusammenhang betont der Autor u.a. die in der Forschungsliteratur über Sexualität in der Antike oft vernachlässigte, jedoch für das Verständnis vieler ihrer Aspekte – allen voran wohl für den großen Stellenwert des Mäßigungs-Themas im Sexualdiskurs der antiken Oberschichten –, wohl fundamentale Tatsache, dass es sich eben um Sklavenhaltergesellschaften handelte, in welchen die ‚Unfreien‘ „ihren Besitzern nicht nur zur erschöpfenden Arbeitsleistung, sondern auch zur sexuellen ‚Ausbeutung‘ zur Verfügung“ standen (S. 57) – und das, könnte ergänzt werden, im Prinzip *ständig*.

Insgesamt greift Eder für seine Darstellung auf eine beträchtliche Fülle geschichtswissenschaftlicher Literatur zurück (das Literaturverzeichnis umfasst 65 Seiten). Dem von ihm zu recht beklagten, geographischen Ungleichgewicht der sexualhistorischen Forschungsaktivitäten, auch innerhalb Europas – „Eher stiefmütterlich behandelt wurden [...] [bisher] Ost- und Südosteuropa“ (S. 30) – entkommt sein Werk freilich auch nicht recht: Der orthodox dominierte östliche Teil des Kontinents wird auf zweieinhalb Seiten behandelt, was das Mittelalter angeht (S. 225–227), und für die Frühe Neuzeit sind es auch nur einige wenige kurze Absätze (siehe S. 344, 347, 363f.). Etwas ausführlicher und aussagekräftiger fallen die Darlegungen zu den jüdischen und muslimischen „Sexualkulturen“ im europäischen Raum aus. Hier räumt Eder auch, auf Basis der Spezialliteratur zum Thema, mit manchen Vorurteilen auf, die v.a. außerhalb der Fachhistorik im kulturwissenschaftlichen Diskurs einige Verbreitung gefunden haben – so namentlich mit der irrigen Annahme, ‚der Islam‘ der Vormoderne sei ‚der Homosexualität‘ gegenüber ‚tolerant‘ gewesen (S. 434f.). Das Gros der Darlegungen widmet sich freilich auch hier den Verhältnissen in West-, Süd- und Mitteleuropa.

Herausgearbeitet werden nicht nur die Unterschiede in den Normsystemen im Hinblick auf Sexualität – namentlich die Bewertung des ehelichen Geschlechtsverkehrs –, welche sich ab dem 16. Jahrhundert zwischen den reformierten Konfessionen und der katholischen Kirche ergaben, sondern auch die oftmals massive „Kluft zwischen Alltagspraxis, Gesetz und Kirchenstrafen“, wenn es etwa um voreheliche Sexualkontakte ging (S. 336).

Insgesamt gibt „Eros, Wollust, Sünde“ einen aufschlussreichen, vielschichtigen Überblick über die Geschichte sexueller Diskurse und Praktiken in Europa bis ins 16. und 17. Jahrhundert, sodass der Band als umfassende und solide Einführung ins Thema erheblichen Wert hat (ein Folgeband zur Periode ab dem 18. Jahrhundert wird übrigens zu Ende des Textes vom Autor angekündigt; S. 443).

Gerade im Hinblick auf die Verwendung zu Lehrzwecken ist es freilich bedauerlich, dass das Werk nicht gerade als vorbildlich gelten kann, was den Umgang mit Quellen und Zitation angeht: Das angewandte „Autor-Jahr-System“ des Bibliographierens leistet ohnehin Ungenauigkeiten Vorschub; im vorliegenden Fall wurde aber schlicht auf jede formale Differenzierung der Nachweise von Original- und Sekundärzitationen verzichtet – das ist insofern ärgerlich, als der Autor recht eingehend auch die Quellenlage thematisiert, sodass Leser*innen den Eindruck gewinnen könnten, es handle sich, zumindest in Teilen, um eine *auch* auf unmittelbarer Quellenarbeit basierende Studie. Das ist aber schlichtweg nicht der Fall – oder mindestens nicht erkenntlich. Um hier nicht zu Missverständnissen Anlass zu geben: Eine derart weitgespannte

Übersicht kann – angesichts einer geradezu immensen Menge an schon vorhandener, einschlägiger Forschungsliteratur – gar nicht vorrangig auf eigenen Primärquellen-Analysen basieren. Die eben geäußerte Kritik richtet sich vielmehr auf mangelnde Klarheit in den diesbezüglichen Darlegungen sowie eine reduzierte und ‚egalisierende‘ Zitierweise, die nicht zuletzt (hochschul-)didaktisch unvorteilhaft ist.

Weniger gravierend nehmen sich demgegenüber die – bei einem solchen Werk unvermeidlichen – gelegentlichen Ungenauigkeiten und Ungereimtheiten in Detailfragen aus. So hätte z.B. bei der Erwähnung des Akronyms „GLBTQ“ in der Einleitung durchaus auch auf die heute geläufigere, erweiterte Variante „LGBTQIA[*]“ hingewiesen werden können (S. 25); die Ausführungen zum ‚idealen‘ Jünglingskörper in der klassischen griechischen Kultur auf S. 64 weisen zu jenen auf S. 67 einen Widerspruch auf, u.ä.

Grundlegende Fehleinschätzungen bestimmter Sachverhalte finden sich demgegenüber (jedenfalls gemäß der – ihrerseits unvermeidlich auch beschränkten – Kenntnisse des Rezensenten) selten. Einen solchen Fall stellt die im Kapitel über die mittelalterliche Sexualität getätigte Aussage dar: „Die meisten Weltgeistlichen und ein (kleinerer) Teil der monastischen Autoren standen einem moderaten, prokreativen und in gegenseitiger Liebe stattfindenden ehelichen Sexualleben der Laienschaft durchaus positiv gegenüber.“ (S. 180). Bezeichnenderweise findet sich kein Literaturbeleg; Eder relativiert den Satz unmittelbar darauf selbst durch die Bemerkung, die „neuere Historiographie“ habe in den Quellen hierzu „recht kontroverse Aussagen“ aufgezeigt. Letzteres als richtig vorausgesetzt, wäre der erstere Satz in dieser unbestimmten – und unbestimmbaren – Allgemeinheit besser nicht geschrieben worden, da er eine Vermutung als Faktum ausgibt (woher bitte, kann so definitiv, wie hier behauptet, gewusst werden, welche Einstellungen die ‚meisten Weltgeistlichen‘ des Mittelalters, die ja in aller Regel selbst keine schriftlichen Dokumente produziert haben, hierzu – oder zu sonst irgendeinem Thema – hatten?). Irreführend ist auch die – inhaltlich gewichtige – Behauptung, dass sich die katholische Kirche bereits im 12. Jahrhundert „so weit durchsetzen“ habe können, „dass die vor einem Priester geschlossene Ehe [nun] als einzig legitime Form galt und Konkubinate per Gesetz und Kirchenkanon untersagt wurden.“ (S. 196). Das stimmt so nämlich nur in Bezug auf die kirchen-eigenen Normen; die gesellschaftliche Praxis – einschließlich des weltlichen Rechtes – kannte dagegen vielerorts bis weit in die (Frühe) Neuzeit hinein auch gültige Ehen ohne priesterliche Beteiligung, selbst wenn die vom Priester ‚sanktionierte‘ Ehe v.a. nach dem Tridentinum zunehmend der ‚Normalfall‘ wurde (siehe S. 330). So weist etwa Peter Hersche (in: „Muße und Verschwendung“, S. 733) darauf hin, dass das betreffende päpstliche Dekret „Tametsi“ in manchen (darunter auch katholisch dominierten) Ländern von staatlicher Seite nicht einmal eine Publikationserlaubnis erhielt, und dass mancherorts bis ins 18. Jahrhundert hinein „priesterlos“ geschlossene Ehebünde regelmäßig vorkamen. Auch an einigen anderen Stellen erscheinen einzelne Ausführungen allzu pauschal formuliert (z.B. S. 340f.). Soweit zu einer punktuell angebracht erscheinenden, inhaltlichen Kritik.

Schwer verständlich im Hinblick auf die *formale* Gesamtgestaltung des Werkes wirkt, das sei noch erwähnt, der völlige Verzicht auf Abbildungen. Erscheint, angesichts des Duktus des Textes, das gänzliche Fehlen von Karten, Tabellen o.ä. noch nachvollziehbar, nimmt es sich, zumal unter gegenwärtigen Buch-Produktionsbedingungen, seltsam aus, dass auch keinerlei Bildquellen präsentiert werden – obwohl ein eigener Abschnitt sich „Blick- und Schamregime[n] in Kunst und Literatur“ widmet, und darin eine größere Zahl von frühneuzeitlichen erotischen Bildwerken zum Teil sehr eingehend erörtert werden. Selbstredend ist heute in der Regel das

Internet, und damit „Google Bilder“ u.ä. Online-Bilddatenbanken, schnell zur Hand – Leser*innen-freundlich ist ein Sich-Verlassen auf ergänzende ‚Eigeninitiative‘ der Rezipient*innen aber nicht.

Ungeachtet der angesprochenen ‚Monita‘ wird der hier vorgestellte Band aber zweifellos zurecht einen festen Platz in den themenspezifischen Bibliotheken des deutschsprachigen Raumes finden, und hier als orientierende Einführung in Fragestellungen und Forschungsstand zur ‚Sexualgeschichte‘ der europäischen Vormoderne vielen Leser*innen wertvolle Dienste leisten.

Theresa Fehlner, Eichstätt (Rez.)

Birgit NEMEC,
Norm und Reform.
Anatomische Körperbilder im Wien um 1925
 (Göttingen 2020: Wallstein Verlag), 207 S., EUR 26,80.
 ISBN 978-3-8353-3746-6

Anatomische Abbildungen des menschlichen Körpers sind nicht nur für die Wissenschaft bedeutsam, sondern auch in der Populärkultur von ungebrochenem Interesse. Bilder des menschlichen Körpers wurden und werden unter verschiedenen Gesichtspunkten immer wieder neu analysiert und interpretiert, dargestellt und betrachtet.

In der von Mitchell G. Ash und Gerd B. Müller betreuten Dissertation, die hier in einer gekürzten Publikation vorliegt, richtet Birgit Nemeč ihren Fokus auf die Visualisierung des Körpers in anatomischen Lehrwerken in Wien um 1925. Im Vordergrund steht bei ihr die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Anatomie und politischer Reform. Nemeč besonderes Interesse gilt dabei den anatomischen Bildern als politische Bilder, deren vordergründige Funktion die Beschreibung und Erläuterung des Körpers ist, die aber „als Objekte eines Kampfes um Bedeutung Einsatz fanden“ (S. 8). Sie hinterfragt die traditionelle Interpretation der Abbildungen vom Körper, die in dieser Zeit sowohl der anatomischen Lehre dienten, als auch zum Politikum im „Roten Wien“ der 1920er Jahre wurden. Nemeč möchte mit ihrer Forschungsfrage nach der Bildsprache jener anatomischen Körperbilder „Wechselwirkungen zwischen Visualisierungsstrategien, Körpervorstellungen, Politik, Religion, Migration und urbaner Transformation in der Kultur der Moderne“ nachverfolgen, um die Leser*innen zur „Reflexion aktueller Normvorstellungen“ anzuregen (S. 8). Die Autorin stellt mit Frage und Antwort die These auf, dass „die Geschichte des Körpers in der Moderne durch anatomische Bilder“ mit Gewinn neu erzählt werden könne (S. 169). Ob Moderne hier als Epochenbegriff verstanden wird mit einer ideengeschichtlichen Ausdeutung, wird nicht klar. Stattdessen wird Moderne in der vorliegenden Arbeit als am Objekt, also am Bild orientiert verstanden unter Berücksichtigung von Fragen und Antworten der Wissenschaftsgeschichte, der Bildwissenschaften und der Politik- und Alltagsgeschichte.

Die Arbeit gliedert sich in vier Kapitel. Nemeč betrachtet hierzu das *Lehrwerk der systematischen Anatomie* des österreichischen Anatomen und Politikers Julius Tandler (S. 35–83) im Vergleich zu den anatomischen Bildtafeln des Soziologen Otto Neurath (S. 85–124) und der Sammlung von Präparaten, Fotografien und Zeichnungen des Anatomen und Embryologen Ferdinand Hochstetter (S. 125–168). Diesen drei Kapiteln ist ein erstes Kapitel mit richtungsweisenden Fragen nach der Verwendung anatomischer Bilder des menschlichen Körpers vorangestellt. Nemeč stellt die Verwendung anatomischer Abbildungen als politische Bilder dar, die von allen politischen Lagern genutzt wurden, um die jeweilige urbane Reform, also das jeweilige politische Programm voranzutreiben und zu stärken.

Vor dem historischen Hintergrund des Zerfalls der Monarchie, des „Roten Wiens“ mit einem neuen Sozialsystem und im Kontrast dazu vor der Entwicklung einer „Schwarzen Universität“ stellt die vorliegende Arbeit einen Vergleich verschiedener Lehrwerke, ihrer Bildprogramme und deren Verfasser dar. Das Feld der anatomischen Wissenschaften wurde von zwei prominenten Denkrichtungen geprägt. So folgt dem praktisch-utilitaristischem Ansatz Tandlers der Vergleich mit dem Ansatz Otto Neuraths.

Tandler, ein jüdischer Wissenschaftler, vertrat eine multi-ethnische, gleichzeitig eine links-eugenische Lehre und praktizierte eine Sozialmedizin, die sich am lebenden Menschen und dessen sozialem Milieu orientierte. Sein anatomisches Lehrbuch bestückte er nach Nemeč mit „selbstbewussten modernen Abbildungen“ eines neuen Menschen (S. 82)

Otto Neurath hingegen stellte am Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum Bildtafeln aus, die „an der Grenze von Gesundheitserziehung und Wissenschaftspopularisierung“ angesiedelt waren (S. 123). Tandler und Neurath ging es um einen Bruch mit der Tradition und dem Bewusstmachen des „Neuen Menschen“. Die Autorin sieht den größten Unterschied zwischen dem Ökonomen und Soziologen Neurath und dem Anatomen Tandler in Neuraths Hinwendung zu einem ganzheitlichen und positiven Verstehen des Menschen. Er sehe dessen Wohl und Glück auch im Wissen um den eigenen Körper begründet und in der damit verbundenen Motivation, das eigene Umfeld so zu gestalten, dass es diesem Körper diene. Neuraths Bildtafeln führten „Realität und Fiktion zusammen“ (S. 124) und spiegelten so, nach Nemeč Interpretation, in den anatomischen Wirklichkeiten und dem Aufbau des menschlichen Körpers die angestrebte gesellschaftliche Reform wider.

Mit dem Anatomen und Embryologen Hochstetter stellt Nemeč einen Vertreter einer traditionellen Anatomie vor. Hochstetters Körperbilder und Präparate des menschlichen Körpers hätten stets den Leichnam als Ausgangspunkt seiner Forschungen gehabt. Die Faszination dieser Bilder habe in ihrer Detailtreue und lebensgetreuen Darstellung des Körpers gelegen (S. 167). Hochstetter bediene mit seinen mikroskopischen Schnitten, Präparaten und Fotografien die Leidenschaft des Sammelns und Inventarisierens, die im 19. Jahrhundert die anatomische Forschung und das Interesse der Menschen beherrschte. Die Exaktheit seiner anatomischen Bilder und Präparate stellt, so die Autorin, „etablierte visuelle und theoretische Standards“ (S. 167) in Frage und lenke den Blick auf die Art der Veränderung des Körpers, jedoch nicht auf die Ursachen. Nemeč sieht den Bezug zwischen Hochstetters anatomischer Forschung und der Politik darin, korrigierend ganz auf die traditionelle Anatomie zu fokussieren, in einer Zeit der sich verändernden wissenschaftlichen Forschung, wie sie durch Tandler oder Neurath vorangetrieben wurde. Seine Bilder wiesen keinerlei Aspekte des Schönen und Künstlerischen mehr auf. Den „politischen Linksruck“ im „Roten Wien“ und die Veränderung der anatomischen Lehre, so die Autorin, verstand Hochstetter als „Einschränkung für die Wissenschaft“ (S. 168).

Nemeč schlägt vor, „die Moderne ausgehend von anatomischen Körperbildern zu befor-schen“ (S. 169). Sie geht, wie anfangs ausführlich dargestellt, davon aus, dass in der Bildsprache dieser anatomischen Abbildungen Ideologien stecken, und dass auf diese Art Kritik und Ideen transportiert werden können. Nemeč schreibt: „Im Entwurf dieser Körperbilder holte Neurath, wie Tandler, bewusst Künstlerinnen und Künstler der Avantgarden, der Neuen Sachlichkeit und des Bauhaus in seine Arbeitsgruppe, um modernistische, schematische Körperbilder zu entwickeln ...“ (S. 77). Weitere Informationen zu den Künstlerinnen und Künstlern fehlen hier und dem Einfluss der genannten kunsthistorischen Stilrichtungen wird nicht weiter nachgegangen.

Die künstlerische Ausgestaltung der Abbildungen durch den Zeichner Karl Hajek bestand bei Tandler zum Teil aus Kompositbildern des – ebenfalls von Hajek gezeichneten und bereits zwischen 1904 und 1907 erschienenen und bis heute verwendeten – *Atlas der Anatomie* Johannes Sobottas. Nemeč behauptet, dass Tandler zusätzlich Bildelemente einbringt, um anhand einer angestrebten vergleichenden Anatomie von Individuen erstmalig eine Typenbildung vorzunehmen. Seine Absicht sei es, anatomische Regeln für den Körper des Menschen zu definieren. In einer weiterführenden Interpretation vermutet die Autorin, dass die Zielrichtung Tandlers die Selbsterkenntnis des Menschen sei, sich „als Teil einer zählbaren, durchschnittlichen Einheit, einer multi-ethnisch, multi-konfessionellen internationalen Spezies Mensch zu identifizieren“ (S. 78). Konsequenterweise müsste jedoch gefragt werden, so die Rezensentin, ob sich eine politische Interpretation anatomischer Bilder auch auf frühere Lehrwerke übertragen ließe, etwa auf den Sobotta (*Atlas der Anatomie*). Wie kann nachgewiesen werden, ob Sobottas Bilder und Tandlers Bilder (in: *Lehrbuch der systematischen Anatomie*) unterschiedlichen politischen und sozialen Gehalt aufweisen, obwohl beide Werke von Karl Hajek gestaltet wurden? Diese Fragestellung klingt auch in der folgenden Bildunterschrift an: „Abb. 7 (links): Sobotta hatte mit Hajek neue Grundlagen geschaffen, an die Tandler Anschluss suchte.“ (S. 43). Die Rezensentin vermisst eine konkrete Unterscheidung unter ikonografischen und bildtraditionellen Aspekten zwischen der Bildsprache Sobotta/Hajek und Tandler/Hajek. Stattdessen fragt Nemeč nach dem Rückgriff auf die Tandler'sche Anatomie durch andere Gesundheitssysteme (bspw. China) und stellt in Anlehnung an George Didi-Huberman die These auf, „dass Tandlers Bilder trotz des Verschwindens seines Lehrbuchs [...] weiter wanderten und verschiedene Bedeutungsebenen durchschritten“ (S. 172). Gleichzeitig aber formuliert sie konträr: „Inwiefern Tandlers Reform [...] tatsächlich im Alltag Niederschlag fand, ist aus heutiger Perspektive schwer zu beantworten.“ (S. 172).

Weiter thematisiert Nemeč die Frage nach der Bildsprache bei Tandler, indem sie eine anatomische Abbildung beschreibt. In dieser sei im Gegensatz zum individuellen Menschen ein „Standardmensch“ abgebildet, der nicht während einer Präpariersitzung dargestellt wird, sondern stehend und „lebendig“. Die Autorin versteht die Körperhaltung des dargestellten Menschen als eine gezielte Blicklenkung des Betrachters ins Bild. Die Kopfhaltung interpretiert sie als „zustimmende Geste“ und die Hände seien „kämpferisch zu Fäusten geballt“ (S. 39).

Nemeč Beschreibung trifft zu, aber schon im Sobotta finden sich ähnliche Bildprogramme, beispielsweise eine Abbildung zu den Körperregionen des Menschen, bei denen vor allem in der Dynamik der Bewegung vergleichbare Interpretationen möglich wären.¹ Bildsprachliche Unterschiede lassen sich tatsächlich in den einzelnen Abbildungen der unterschiedlichen Lehrwerke feststellen. Alleine am Ausgangspunkt der Bilder wird dies nachvollziehbar. So gehen Tandler und Neurath stets vom lebenden Menschen aus, wohingegen die Vorlage für Hochstetters Bilder der Leichnam ist.

Ebenfalls zur Bildsprache äußert sich die Autorin wie folgt: „entwickelte Hajek in den folgenden Jahren einen invasiven Blick auf das lebende menschliche Individuum: aus dem männlichen, kräftigen Soldatenkörper war ein vorrangig männlicher, athletischer Arbeiterkörper geworden ...“ (S. 57). Der Rezensentin erschließt sich diese Aussage nur unter den Aspekten der Biografie Tandlers, seiner Sozialmedizin und seines politischen Engagements, nicht

1 Vgl. Johannes SOBOTTA, *Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen*, Band I–III (München 1922), 164–165; einsehbar via: <https://archive.org/details/sobotta1922v1-3/page/n163/mode/2up>. (letzter Zugriff: 04.03.2021).

aber unter bildsprachlichen. Es fehlen ein Hinweis und eine Rückschau auf die bildlichen Darstellungen anderer anatomischer Lehrwerke. Beispielhaft seien hier erwähnt: *De humani corporis fabrica* des Andreas Vesalius oder die *Tabulae sceleti et musculorum corporis humani* des Bernhard Siegfried Albinus mit ihren bewegten Knochen- und Muskelmännern. Die benannten Veränderungen in der Bildsprache – gerade im Vergleich mit der Bildsprache der Neuen Sachlichkeit u. a. – könnte so besser nachvollzogen werden und die bildsprachlichen Unterschiede der anatomischen Darstellung, beispielsweise eines Soldatenkörpers und eines Arbeiterkörpers, könnten stärker herausgestellt werden.

Nemec' Ziel, die anatomischen Abbildungen unter wechselseitigen Aspekten der Politik, Religion, Migration und städtischen Transformation zu betrachten, gelingt dank der ausführlich recherchierten Informationen zu den Personen Tandler, Neurath und Hochstetter. Auch die Ausleuchtung des historischen Hintergrundes überzeugt. So stellt sie die Entwicklung des Fachbereichs Anatomie der Universität Wien an den Anfang ihrer Abhandlung und beschreibt die architektonische und ideologische Aufteilung in einen „linken“, sowie einen „rechten Flügel“, die sich bis zu Tandlers Zwangspensionierung und die Durchsetzung der NS-Ideologie schrittweise fortsetzen sollte. Nemec erkennt hier die soziopolitische Segregation im „Roten Wien“ und die Ausrichtung des jeweiligen anatomischen Lehrstuhls und seines Inhabers, die sich von Beginn an in Bezug auf Geschlechtergerechtigkeit, Religion und Ethnizität ausdrückte (S. 28).

Nemec verwendet unterschiedliche Quellen, etwa Ausschnitte aus Tandlers Antrittsvorlesung. Anhand dieser Quellen werden die politischen und sozialen Ansichten der jeweiligen Person dargelegt. Der Versuch, vor diesem Hintergrund die Abbildung anatomischer Körperbilder politisch zu deuten, überzeugt nicht, da der lineare Bezug zwischen Textquelle, Bildquelle und Deutung oft nicht erkennbar ist. Auch der erforderliche Bildvergleich verschiedener anatomischer Darstellungen mithilfe kunsthistorischer Methoden müsste ergänzt werden. Unabhängig davon eröffnet die von Nemec gestellte Frage nach Körperbildern als Objektbiografien und ihre Verwendung als politische Instrumente weitere Forschungsfelder.

Uta Kanis-Seyfried, Ravensburg (Rez.)

Felicitas SÖHNER,
Psychiatrie-Enquete: mit Zeitzeugen verstehen.
Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD,
hg. von Thomas Becker / Heiner Fangerau
(Köln 2020: Psychiatrie Verlag), 208 S., EUR 25,00.
ISBN 978-3-88414-953-9

Als der vom Deutschen Bundestag in Auftrag gegebene „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ im Jahr 1975 fertiggestellt wurde, schuf er die Voraussetzungen für Reformen mit dem Ziel, „die elenden, teilweise menschenunwürdigen Zustände“ in der stationären psychiatrischen Versorgung zu beheben. Nahezu 200 Menschen hatten fünf Jahre lang in unterschiedlichen Arbeitsgruppen und Kommissionen Vorschläge erarbeitet, die die desolaten Verhältnisse der bundesdeutschen Nachkriegspsychiatrie nachhaltig verändern und verbessern sollten. Enthospitalisierung, Dezentralisierung, Regionalisierung, Differenzierung, Qualifizierung, ambulant vor teilstationär bzw. stationär waren die wichtigsten Eckpunkte.

In ihrer Publikation „Psychiatrie-Enquete: mit Zeitzeugen verstehen. Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD“ hat Felicitas Söhner 28 ehemals Beteiligte an der Psychiatriereform in Oral History-Interviews befragt und so die Debatte um die theoretischen und handlungspraktischen Grundlagen sowie die unterschiedlichen bzw. konkurrierenden Wahrnehmungen von sozialen Verflechtungen im Zusammenhang mit der Enquete und ihrer Vorgeschichte rekonstruiert und analysiert (S. 14). Das bereits im Jahr 2011 begonnene Projekt wollte Zeitzeugenstimmen als „historische Quelle eigener Wertigkeit für die Historiografie bewahren“ (S. 9). Ausgangspunkt der Untersuchung war die Feststellung, dass viele Fragen zur Reform, aber auch subjektive „Wahrnehmungen, Emotionen und Zwischentöne sich nicht aus gedruckten Quellen erheben ließen“ (S. 9). Durch die Kontrastierung mit anderen Quellen wie schriftlichen Akten und Dokumenten zur Formierungs- und Arbeitsphase der Sachverständigenkommission, (auto-)biografischen Veröffentlichungen der Protagonisten und Sekundärliteratur sollte ein besseres Verständnis der Psychiatrie-Enquete erreicht werden (S. 36). Um es gleich vorwegzunehmen, das Vorhaben ist gelungen.

Mit der Auswahl der Gesprächspartner per Quotenverfahren (S. 26), einem vorab entwickelten Interviewleitfaden als Basis der Datenerhebung (S. 31) und klug strukturierten, differenzierenden Themenbereichen (Rahmenbedingungen im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete, reformorientierte Akteure, fachliche Entwicklungen, Impulse aus anderen Disziplinen) ließen sich Sinnstrukturen systematisch und regelgeleitet herausarbeiten, nachvollziehen und einleuchtend darstellen. Die in Oral History-Erzählungen naturgemäß angelegten Problemstellungen ließen sich auf diese Weise abfedern und in den Deutungszusammenhang einfügen. Zu berücksichtigen war, dass die über den narrativen Zugang eruierten Ereignisse längere Zeit zurückliegen und die Erinnerung oft verblasst bzw. durch andere, zwischenzeitlich gemachte Erfahrungen überlagert oder verformt worden sein konnte. Ein anderer Aspekt, der die Aussagekraft erzählter Erinnerung mitbestimmt ist die Gewichtung, die ein Zeitzeuge einem Ereignis zu-

misst und die Vorstellung, die er von seiner eigenen aktiven Rolle darin hat. Abgesehen davon ist die Art der qualitativen Befragung (offenes/ leitfadengestütztes Interview) sowie das (unbewusste) Verhalten des/der Interviewers/in in der Gesprächssituation ein weiteres bei der Auswertung kritisch einzubeziehendes Kriterium (S. 24–37).

Objektive Wahrheiten bzw. die Wiedergabe konkreter Abläufe sind bei Zeitzeugenbefragungen nicht zu erwarten, sondern „soziale Konstruktionen von Wirklichkeit“ bzw. „Narrative als Verarbeitung subjektiver Vergangenheit“ (S. 25). Felicitas Söhner hatte offene Fragestellungen gewählt und dadurch den Interviewten ermöglicht, den „Gesprächsverlauf im Hinblick auf ihnen relevant erscheinende Inhalte zu lenken“ (S. 32). Um die „Datengrundlage für die Beurteilung von wissenschaftlichen, institutionellen und informellen Diskursen“ zu erhalten (S. 27), befragte sie verschiedene Kohorten von zwischen 1918 und 1941 geborenen „Vertretern, Unterstützern und Kritikern der bundesdeutschen Reformpsychiatrie“ (Ärzte, Krankenschwestern, Therapeuten usw.), die in Arbeitsgruppen und Expertenteams, in der Sachverständigenkommission, bei Harmonisierungsgesprächen, im zentralen Redaktionsteam und in der Nomenklatur-Kommission tätig waren (S. 31). In den Interviews wurden biografische Konstruktionen, Perspektiven auf Rahmenbedingungen, Impulse für reformpsychiatrische Ansätze sowie strukturelle Rahmenbedingungen und subjektive Wahrnehmungs- und Deutungsmuster zu Kontexten der Enquete erfasst.

Die hier vorgestellte Forschungsarbeit liefert detailreiche Einblicke in einzelne, den Reformprozess und fachlichen Diskurs entwickelnde bzw. hemmende Aspekte (Denkstrukturen, wissenschaftliche Netzwerke/Institutionen, Einflüsse von Pharmakologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, impulsgebenden Faktoren aus Soziologie und Pflege).

Die Geschichte der reformorientierten psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik steht, so Söhner, exemplarisch für Veränderungen in verschiedenen gesellschaftlichen Systemen. Um die „Verzahnung gesellschaftspolitischer Entwicklungen und fachlicher Prozesse mit dem Handeln einzelner Akteure und Gruppen als Initiatoren und Motoren eines Neuanfangs in der psychiatrischen Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik nach 1945“ zu analysieren (S. 13), wurde verschiedenen Entwicklungssträngen nachgegangen.

Auf gesellschaftlicher Ebene haben studentische und Emanzipationsbewegung sowie ökologische Bewegung zu soziokulturellen und politischen Veränderungen in der BRD geführt und einen demokratischen Gestaltungswillen samt kritischem gesellschaftlichen Diskurs sowie eine zunehmende Sensibilisierung für soziale Randgruppen geschaffen. In sozialpolitischer Hinsicht hatte der Ausbau der wohlfahrtstaatlichen Sicherungssysteme in den 1950/60er Jahren und die nach dem Wechsel zur sozialliberalen Koalition 1969 sich an Chancengleichheit, sozialen Ausgleich und Teilhabe orientierende Sozialpolitik beigetragen (S. 53).

Als weitere Wegbereiter einer Reformierung der psychiatrischen Versorgung und Behandlung ließen sich die Medien als ein die öffentliche Meinung beeinflussender Faktor ausmachen, sowie internationale Reisetätigkeiten der Akteure, bei denen die Vorbildfunktion ausländischer Einrichtungen als Lernort und der Blick auf die schwächsten Glieder der Gesellschaft als entscheidend wahrgenommen wurde. Was die Reformorientierung betrifft, so verwiesen die Zeitzeugen darauf, dass neben verschiedenen wissenschaftlichen Generationen – eine ältere, etablierte Generation von Ordinarien, eine jüngere, kritische Generation und eine „Zwischengeneration“, die ihren politischen Einfluss über ihre universitäre Einbindung und ihr Engagement über ihre fachliche Kompetenz geltend machte – die beiden zwischen 1958 und 1971 sich etablierenden Denkschulen in Heidelberg und Frankfurt fördernde wie bremsende Ein-

flussgrößen waren (S. 79–88). Der Entwicklung und Anwendung von Medikamenten für psychische Erkrankungen gaben die Interviewten vergleichsweise wenig Gewicht, allerdings wurde im Endbericht der Enquete explizit auf die Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung durch die Einführung von Medikamenten (Konsum und Missbrauch) eingegangen (S. 105). Im Bereich der Psychotherapie wurden sowohl fachliche Interessenkonflikte als auch professionelle Kontroversen zur Rolle einzelner Fachausrichtungen als Impulsgeber registriert (S. 110), die Psychoanalyse wurde als prägendes Element der reformorientierten Prozesse gesehen (S. 111).

Als andere relevante Triebkräfte schätzten die Befragten Disziplinen wie das anthropologisch-phänomenologische Konzept, das ein vertieftes Verständnis psychischer Erkrankungen förderte, oder die Öffnung für soziologische Ansätze. Während das anthropologische Konzept die Denkstrukturen mancher Fachvertreter nachhaltig prägte und eine am leidenden Subjekt orientierte Haltung verstärkte (S. 155), hatten soziologische Themen und Perspektiven auf den fachlichen Diskurs und reformorientierte Konzepte eingewirkt. Ein direkter Einfluss der psychiatrischen Pflege war demgegenüber nur als marginal bzw. als ergänzende Perspektive im Fachdiskurs wahrgenommen worden (S. 156). Felicitas Söhner ist in ihrer Publikation der Frage nach den Wechselwirkungen zwischen intra- und transdisziplinären Kräften und Strukturen sowie zwischen methodischen und inhaltlichen Konzepten und reformorientierten Prozessen überzeugend nachgegangen.

Dem Forschungsansatz entsprechend konnten Rahmenbedingungen und Impulse, die die reformorientierte Psychiatrie im Vorfeld der Enquete beeinflusst haben, in ihrer „Zeit- und Raumbezogenheit multiperspektivisch“ dargestellt werden (S. 148). Der Fokus richtete sich auf das Denkkollektiv beteiligter Akteure; interdisziplinäre Fragestellungen und unterschiedliche Ansätze qualitativer Forschung wurden aufeinander abgestimmt und zielgerichtet zur Vertiefung des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns eingesetzt.

Das Ergebnis der Befragungen macht deutlich, mit welchen gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Entwicklungen die Vorbereitungszeit der Enquete verknüpft war, wie einzelne Akteure Aktivitäten bündelten und soziale, mediale und politische Einflüsse richtungsweisende Rahmenbedingungen waren. Die Enquete war nicht die „Leistung einzelner Akteure und auch nicht das Ergebnis einer geplanten linearen Entwicklung“, da sich schon „im Vorfeld sowohl administrative Modernisierungsstrategien von außen als auch heterogene fachliche Reforminitiativen von innen heraus gebildet hatten“ (S. 158). Insgesamt profitierte der Reformprozess vom veränderten Zeitgeist in sozialpolitischen Prozessen und von der Bildung informeller und institutioneller Netzwerke (S. 160). In ihrem Geleitwort weisen Autorin und Herausgeber selbstkritisch darauf hin, dass die „materialtreue und vernetzt-personale Rekonstruktion des ‚Erinnerungsraums‘ Psychiatrie-Enquete“ als Beginn weiterer Forschungsarbeit zu verstehen ist und durch regionale, nationale und international vergleichende Studien ergänzt werden sollte (S. 20).

Christian Kaiser, Bonn (Rez.)

Jürgen MARTSCHUKAT,

Das Zeitalter der Fitness.

Wie der Körper zum Zeichen für Erfolg und Leistung wurde

(Frankfurt am Main 2019: S. Fischer), 352 S., EUR 25,00.

ISBN 978-3-10-397365-5

Zumindest eines kann man mit Sicherheit sagen: Das Buch „Das Zeitalter der Fitness“ hat seine Leserinnen und Leser gefunden. Davon zeugen die zahlreichen Rezensionen, die seit seinem Erscheinen verfasst wurden. Die weit überwiegende Zahl der Kritiker*innen bewertet Martschukats Werk als lesenswert, aufschlussreich, empfehlenswert u. ä. – die Studie scheint nicht nur ein lebensweltnahes Thema von hoher Relevanz, sondern dabei für viele auch den richtigen Ton getroffen zu haben.

Der Autor vertritt eine im wörtlichen Sinne „starke“ These: Ausgehend von und begrenzt auf eine kulturgeschichtliche Beschreibung der Verhältnisse in Deutschland und den USA, sieht Martschukat den modernen Menschen dem biopolitischen Dispositiv der „Zwangsfitness“ unterworfen. Unter der mehrfach gebrauchten Bezeichnung „Dispositiv“ versteht er – unter Rückgriff auf Foucault – eine Kraft, „die Diskurse und Praktiken, Institutionen und Dinge, Gebäude und Infrastrukturen, administrative Maßnahmen, politische Programme und vieles mehr zusammenbindet, so dass sie eine epochenprägende Kraft entfalten“ (S. 10–11). Die „Zwangsfitness“ sei dementsprechend so zu deuten, „dass bestimmte Körpervorstellungen in höchstem Maße normativ sind und so über Körper Differenzen erzeugt und Ausschlüsse vorgenommen werden“ (S. 228). Martschukat sieht hierin – und das wiederholt er häufig – das leitende Charakteristikum der neoliberalen Gesellschaft (z. B. S. 10, 144, 220 u. ö.), d. h. die Anforderung an das Individuum, das als autonom gedacht wird, für die eigene Leistungsfähigkeit selbstverantwortlich zu sorgen und dementsprechend an sich zu arbeiten. Gleichzeitig übt der Autor daran Kritik: Die Entscheidungen seien keineswegs so frei und autonom, wie sie konzeptualisiert seien, sondern von den Bedingungen des Dispositivs beeinflusst, das die Perspektive auf den menschlichen Körper verändere (vgl. S. 165–167).

Nach dem einleitenden Kapitel, in dem der Autor eine Reihe interessanter Einzelbeobachtungen zusammenträgt, die von der Allgegenwart des Ideals der Fitness in verschiedenen Lebensbereichen zeugen, folgt ein historischer Abriss über die wandelnde Bedeutung des Wortes „Fitness“ in diversen Kontexten seit dem 18. Jahrhundert (Kapitel 2). Er erzählt davon, wie das Konzept der Optimierung des Menschen nach und nach Form angenommen hatte, so dass spätestens ab den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts die eigenverantwortliche Arbeit an sich selbst zur Norm erhoben worden sei (S. 100). Im Anschluss expliziert Martschukat seine These in drei aufeinander folgenden Kapiteln, die sich jeweils einem großen Lebensbereich widmen und darin das Fitnessdispositiv am Steuerruder sehen: Arbeit (Kap. 3), Sex (Kap. 4) und Kampf, was v. a. die Rhetorik der „Heroisierung“ der fitnessförderlichen Praktiken meint (Kap. 5).

Dem Buch muss man zugestehen, dass es den Blick dafür öffnet, auf wie vielfältige Weise das Leistungsdenken, das sich auf den Körper bezieht, mittlerweile Fürsprache und Repräsentanz gefunden hat. Nur will der Text nicht bei der Aufzählung und Inbezugsetzung der Phänomene stehenbleiben, sondern seine Konklusionen als Gesellschaftsdiagnose verkaufen. „Fitness“ ist in dieser Lesart dann nicht nur eine Tendenz, eine soziale Spielart unter mehreren, sondern *das* bestimmende Leitmotiv unseres Zeitalters. Es gibt nun aber einige nicht unerhebliche Mängel, die eine solche generalisierende Anwendbarkeit der Befunde Martschukats zumindest in Frage stellen dürften und auf die teilweise schon vorhergehende Rezensent*innen hingewiesen haben: Der Blick richtet sich fast ausschließlich auf weiße, heterosexuelle Männer in Deutschland (BRD) und den USA, Frauen kommen nur am Rande vor,¹ Wertesysteme anderer ethnischer oder kultureller Zugehörigkeiten und deren mitunter gegenläufige Ideen und Praktiken bzgl. gelingender Sportlichkeit und Sexualität gar nicht. Die Absichten und Werbestrategien der kommerziellen Anbieter von Fitnessprodukten und Potenzmitteln stehen zu sehr im Vordergrund, während die Perspektive der Akteure leidlich vernachlässigt wird.² Das kapitalistische System wird angeprangert, man erfährt jedoch nichts über den Umgang mit den ebenfalls durchaus körperlich konnotierten Leistungsanforderungen bspw. in der DDR oder anderen sozialistischen Staaten.³ Aber auch hinsichtlich der untersuchten Länder wird der real existierende Pluralismus kaum gewürdigt, Subkulturen werden übergangen, es fehlen Bezugnahmen auf alternative Bewegungen und generell die Berücksichtigung von Differenzen zwischen urbanen (der Fitness-Mode eher affinen) und ländlichen (eher kulturkonservativen) Milieus, in denen der Fitness-Imperativ mehr, weniger oder mitunter auch gar nicht zu verfangen vermag. Dadurch geraten die Thesen allzu plakativ, wie die Behandlung des „Fitnesskults“ zeigt, der ja tatsächlich ein „Kult“ im Wortsinn ist. Bei Martschukat taucht diese Dimension nur beiläufig auf, etwa wenn er die US-amerikanischen Fitnessstudios als „neue Tempel der Postmoderne“ (S. 136) bezeichnet und bzgl. der deutschen Gyms die ziemlich verhoben wirkende Metapher von den „säkularen Kathedralen“ reproduziert (S. 58) oder von mangelnder Fitness als dem „Menetekel (post)moderner Gesellschaften“ raunt (S. 9). Wer mit solchen Slogans jongliert, hätte den sozialwissenschaftlichen Diskurs mit offenem Blick miteinbeziehen sollen, um nicht womöglich wichtige Aspekte zu übersehen. Doch so bleibt der „Fitnesskult“ nur als Floskel im Raum stehen und kann nicht als der Teil des gegenwärtigen religiösen Pluralismus begriffen werden, als der er von Soziologen beschrieben wird und der auch in seinen säkularen Ausprägungen durch soziale Anerkennung, Wohlbefinden, Selbstkontrolle oder gar Rausch Sinn stiften und Identität sichern hilft. Das wären dann durchweg positive Aspekte des Körperkults einschließlich des Fitness-Ideals, und auch dessen Beitrag zur Selbstermächtigung und Stärkung

-
- 1 Vgl. Andrea DIENER, Was haben Schwarzenegger und Sloterdijk dazu zu sagen? Rezension zu Jürgen Martschukat: Das Zeitalter der Fitness, FAZ (12. Oktober 2019), https://www.buecher.de/shop/fachbuecher/das-zeitalter-der-fitness/martschukat-juergen/products_products/detail/prod_id/56401807/ (letzter Zugriff: 01.10.2020); Sandra PFISTER, Rezension zu Jürgen Martschukat: Das Zeitalter der Fitness, https://www.deutschlandfunk.de/juergen-martschukat-das-zeitalter-der-fitness.1310.de.html?dram:article_id=466359, 23.12.2019 (letzter Zugriff: 01.10.2020).
 - 2 Vgl. Martin DINGES, Fitness als Biopolitik – Rezension zu Jürgen Martschukat: Das Zeitalter der Fitness, <https://www.wissenschaft.de/rezensionen/buecher/fitness-als-biopolitik/>, 06.04.2020 (letzter Zugriff: 01.10.2020).
 - 3 Vgl. Stefan SCHOLL, Rezension zu: J. Martschukat: Das Zeitalter der Fitness, <https://www.hsozkult.de/publication-review/id/reb-28675>, 05.11.2019 (letzter Zugriff: 01.10.2020).

individueller Ressourcen in einer kontingenten und unsicheren Lebenswelt könnte man durchaus als Potenzial betrachten.⁴ Martschukat hingegen lässt diese Aspekte außen vor, um seinen Neoliberalismus-kritischen Drive besser zur Geltung kommen zu lassen. Auch andere Beweggründe, warum man liebend gerne und selbstbestimmt dem Ideal der Fitness folgen könnte, werden so nicht zur Sprache gebracht, etwa (wie auch immer definierte) Schönheit, die man vielleicht einfach gerne betrachtet – kultivierter Voyeurismus ist schließlich die Grundlage großer Teile des abendländischen Kunstschaffens. Oder Lust am eigenen Körper und dem anderer – der marginale Hinweis Martschukats auf diesen Aspekt ist auf die letzte Seite beschränkt und bleibt daher völlig unterbelichtet. Oder die neurobiologische Erzeugung von guten Gefühlen durch Ausschüttung von „Glückshormonen“ durch sportliche oder sexuelle Betätigung. Oder Gesundheit.

Gesundheit wird in Martschukats Buch nun leider vornehmlich als repressives Element verstanden, mit dem das Individuum den gesellschaftlichen Zwängen zur Selbstoptimierung unterworfen wird. Wenn Gesundheit im Duktus der Entlarvung als „höchst normatives Konzept“ deklariert wird (S. 20), dann sollte das aber keine zur Empörung anstachelnde Erkenntnis sein, schließlich ist das eine der Grundideen der Medizin, quasi ihr Markenkern. Seit der Antike hat sie über die Fachdisziplin der Diätetik überaus beliebte und vieldimensionale *Regimina sanitatis* und Gesundheitsbücher hervorgebracht, d. h. Empfehlungen, wie der Mensch essen, schlafen, ausscheiden, beischlafen, sich bewegen, kurz: leben solle, um sich eines möglichst funktionsfähigen und lebensdienlichen Körpers zu erfreuen. Prävention war schon immer einer der wichtigsten Teile der Medizin – der von den Ärzten vormoderner Zeiten im Allgemeinen wesentlich höher geschätzt wurde als invasivere Maßnahmen wie Arzneimittelgabe und chirurgische Eingriffe – und wurde nicht erst in den 1950er Jahren zu einem „Schlüsselprinzip“, wie Martschukat kolportiert (S. 19). Trotz dieser langen Tradition medizinischer Normative kann Gesundheit ein Wert an sich sein, den eine Person autonom als Gut anstrebt, schließlich macht das Freisein von Krankheit und Beschweris oft das Leben freudvoll und angenehm. Auf den mittlerweile nun wirklich omnipräsenten Zusammenhang von Körperfett und Gesundheit möchte Martschukat aber ausdrücklich nicht näher eingehen, weil ihm die Aussagen dazu zu kontrovers erscheinen und das Thema in der medizinischen Fachdebatte zunehmend umstritten sei (S. 23, 225). Wenn man aber den Belegen nachgeht, die der Autor für diesen verblüffenden Eindruck in den Endnoten anbringt (S. 274), stellt sich der vermeintliche Streit als gar nicht so grundlegend dar, schließlich geht es den beteiligten Wissenschaftler*innen in ihren Artikeln zwar auch um die Infragestellung von Fettleibigkeit als Krankheitsfaktor, gleichzeitig wird aber stets betont, dass Adipositas deswegen noch lange nicht gefördert oder von Maßnahmen zur Gewichtsreduktion abgesehen werden soll. Stattdessen plädieren sie für ausgewogene Ernährung, physische Aktivität und Stärkung der „cardiorespiratory fitness“.⁵ Es besteht also

4 Vgl. überblicksmäßig dazu Robert GUGUTZER, Die Sakralisierung des Profanen. Der Körperkult als individualisierte Sozialform des Religiösen, in: Robert Gugutzer / Moritz Böttcher, Hg., Körper, Sport und Religion (Wiesbaden 2012), 285–309.

5 Vgl. Ann Blair KENNEDY / Carl J. LAVIE / Steven N. BLAIR, Fitness or Fatness – Which is More Important?, in: JAMA 319 (2018), 231–232; Mary A. BURKE / Frank W. HEILAND, Evolving Societal Norms of Obesity – What Is the Appropriate Response?, in: JAMA 319 (2018), 221–222.

vorerst noch kein Anlass, am mehrfach belegten⁶ gesundheitsförderlichen Einfluss körperlicher Aktivität und Fitness zu zweifeln. Der erkenntnis skeptizistische Ansatz, den Martschukat hier lapidar vorträgt, scheint eher dem Motiv geschuldet zu sein, „Gesundheit“ als Teil des inkriminierten Dispositivs zu desavouieren.

Alles in allem wird man das Buch, das der Verlag als „glänzend geschriebenen Essay“ vermarktet, aus den genannten Gründen weder als aussagekräftige historische Studie noch als repräsentative Gesellschaftsanalyse schätzen können, dafür ist es zu partikularistisch, begrenzt und tendenziös. Seine Stärke entfaltet es wohl vorzüglich bei denjenigen, um die es ja die ganze Zeit geht, also den männlichen, weißen Lesern, die ihr eigenes Männlichkeitsbild in der beschriebenen Existenzweise des „postmodernen neoliberalen Selbst“ wiedererkennen und nun endlich erfahren, wer wirklich die Schuld trägt an ihrem Unbehagen in der Fitness-Kultur.

6 Vgl. z. B. https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1; https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 (letzter Zugriff: 08.10.2020).

Verein für Sozialgeschichte der Medizin – Basisinformationen

Vereinsadresse

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
Georgistraße 37
1210 Wien
Österreich
ZVR-Nr.: 745805986
Homepage: www.sozialgeschichte-medizin.org
E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

Vereinskonto

Verein für Sozialgeschichte der Medizin
IBAN: AT05 6000 0005 1008 9693
BIC: BAWAATWW

Vorstand

Präsidentin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marina Hilber (Innsbruck)
Stv. Präsidentin: MMMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Lobenwein (Klagenfurt)
Stv. Präsident: Assoz. Prof. Dr. Dr. Carlos Watzka (Linz)
Stv. Präsidentin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Dietrich-Daum (Innsbruck)
Sekretärin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Heidegger (Innsbruck)
Stv. Sekretärin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Dorffner (Wien)
Finanzreferent: Mag. Dr. Andreas Golob (Graz)
Stv. Finanzreferent: Mag. Dr. Alois Unterkircher (Ingolstadt)

Wissenschaftlicher Beirat

Assoz. Prof.ⁱⁿ PD DDr.ⁱⁿ Sonia Horn, Ehrenpräsidentin (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gunda Barth-Scalmani (Innsbruck)
Prof. Dr. Fritz Dross (Erlangen)
PD Dr.ⁱⁿ Elke Hammer-Luza, MAS (Graz)
Prof. Dr. Robert Jütte (Stuttgart)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Marosi (Wien)
Prof. DDr. Werner Mohl (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irmtraut Sahmland (Marburg)
Prof. Dr. Martin Scheutz, MAS (Wien)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina Vanja (Kassel)
Dr.ⁱⁿ Sabine Veits-Falk (Salzburg)
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Wiesemann (Göttingen)

Vereinsziele

Förderung der Forschung und Vermittlung von Wissen auf dem Gebiet der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin, der Geschichte von Gesundheit und Krankheit und angrenzenden Thematiken, insbesondere durch:

- Veranstaltung von Tagungen, Ausstellungen, Seminaren und Vorträgen
- Herausgabe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Unterstützung von Publikationsprojekten
- Durchführung von sowie Förderung und Beratung bei einschlägigen Forschungsprojekten
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen mit ähnlichen Zielen im In- und Ausland
- Etablierung intensiver und produktiver Kooperationen medizinhistorisch Forschender
- Unterstützung von jungen, einschlägig tätigen Wissenschaftler*innen
- Mediale Vermittlung von Informationen zur Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin

Mitgliedschaft

Wer sind die Mitglieder des Vereins?

Zu den Mitgliedern des Vereins zählen nicht nur Historiker*innen und Mediziner*innen sondern ein breites Spektrum aller an der Sozialgeschichte der Medizin interessierter Menschen sowie Institutionen.

Wer kann Vereinsmitglied werden?

Vereinsmitglied kann jeder werden, der sich mit den Zielen des Vereines identifiziert und den jährlichen Mitgliedsbeitrag entrichtet.

Wie hoch ist der Mitgliedsbeitrag?

Die Mitgliedschaft kostet 30 € pro Jahr. Studierende und alle Personen mit einem monatlichem Nettoeinkommen von unter 1.000 € können um einen reduzierten Mitgliedsbeitrag (20 €) ansuchen.

Welche Vorteile hat eine Mitgliedschaft?

- Gratisbezug der jährlich erscheinenden Fachzeitschrift „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“
- Ermäßigter Bezug von Publikationen des Vereins
- Regelmäßige Information über Publikationen, Veranstaltungen und Aktivitäten des Vereins via Newsletter
- Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung der Aktivitäten des Vereins

Haben Sie Interesse, Mitglied des Vereins zu werden?

Kontaktieren Sie uns einfach per E-Mail: verein@sozialgeschichte-medizin.org

