

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 20

Schwerpunkt: Kulturgeschichte(n) der Impfung

Herausgegeben von

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

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2021



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 Impfthematik: 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.

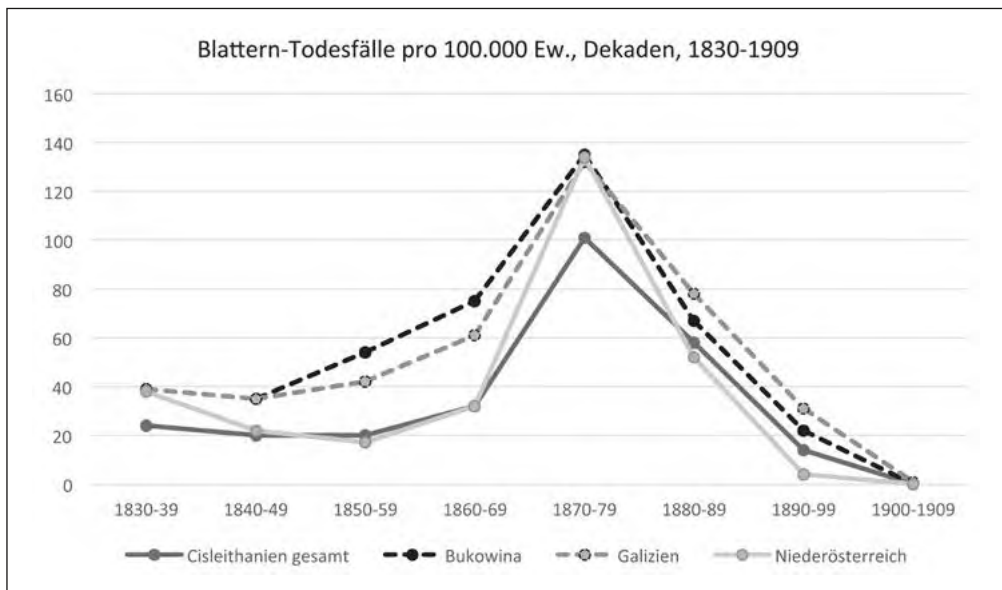
29 Das Virus als solches war noch im späten 19. Jahrhundert labormedizinisch nicht ‚dingfest‘ zu machen, dies gelang erst 1906 dem deutsch-mexikanischen Impfarzt und Tropenmediziner Enrique Paschen (1860–1936), wobei es danach noch bis in die 1920er Jahre dauerte, bis dessen mikroskopisch gewonnener 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 Blattnimpfung 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

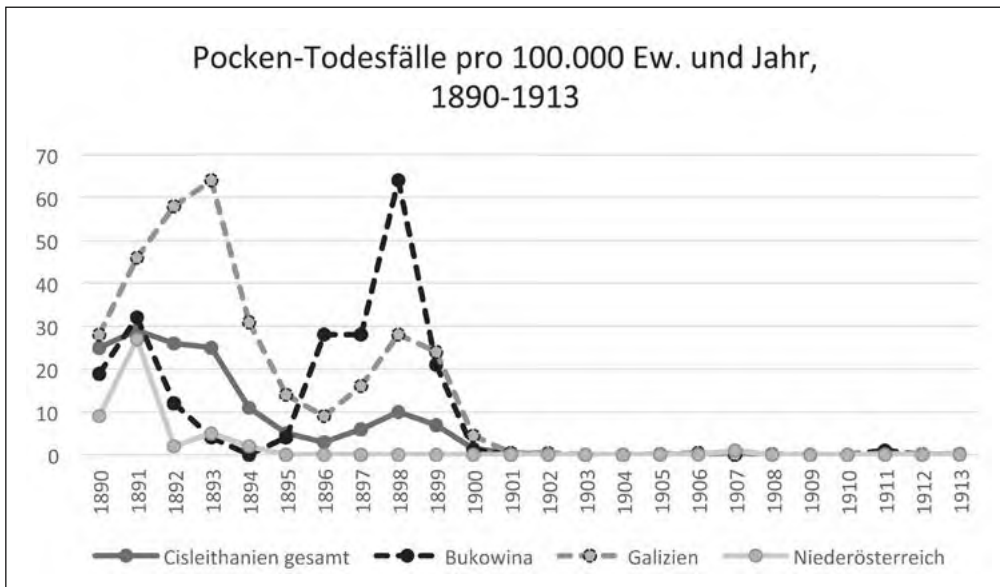
Vor dem Hintergrund des in den Jahren 1894/95 endlich feststellbaren Rückgangs der Opferzahlen der Pocken in den meisten Kronländern auf bisher ungekannte „Niedrigwerte“, bei gleichzeitig aufmerksam beobachtetem „Nachhinken“ dieser Reduktion in Galizien, wurde diese neue Blatternepidemie in der Bukowina – 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 Gemeindearzt 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

