

VIRUS

SOZIALGE
SCHICHTE
DER
MEDIZIN
VEREIN

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin **22**

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



Schwerpunkt:
Epidemie und Emotion

VIRUS

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

22

Schwerpunkt: Epidemie und Emotion

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



Leipziger Universitätsverlag 2023

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. C.f. <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: Graffiti an der Universität Graz, Juli 2022, Fotografie: Marina Hilber

Impressum: Leipziger Universitätsverlag GmbH 2023

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

Herausgeberinnen dieses Schwerpunktheftes: Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Dietrich-Daum (Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie / Universität Innsbruck), Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Marina Hilber (Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie / Universität Innsbruck), 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 des Center Interdisziplinäre Geschlechterforschung Innsbruck, des FZ Medical Humanities sowie der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Innsbruck und der Sigmund Freud PrivatUniversität Linz.

ISBN 978-3-96023-578-1
ISSN 1605-7066

 universität
innsbruck



Inhaltsverzeichnis

Elisabeth Dietrich-Daum / Marina Hilber / Carlos Watzka

Editorial 9

Beiträge – Schwerpunkt: Epidemie und Emotion

Martin Bauch

Ein Ausbruch von Seuche und Emotionen.

Die synchrone Epidemie von 1259, der Vulkan Samalas und
die Ursprünge der Geißlerbewegung 15

Maximilian Gröber / Elisabeth Lobenwein / Elena Taddei

Wessen Furcht? Wessen Zorn? (Konstruierte) Emotionen im
Zusammenhang mit Pockenepidemien und Schutzpockenimpfung 29

Elke Hammer-Luza

„Verdächtige Krankheits- und Todesfälle“.

Die Cholera 1831/32 in der Steiermark 47

Christian Promitzer

Vorwegnahme und Ernstfall: Emotionale Regime in den Jahren der

zweiten Cholerapandemie am Beispiel Kärntens 67

Elisabeth Dietrich-Daum / Maria Heidegger

„Nirgends sieht man Beistand“. Sinnlich-emotionale Herausforderungen in

der Pflege von Cholerakranken in den 1830er Jahren 89

Noah Westermayer

„Haben Sie schon Ihre Influenza gehabt?“ –

Österreich-Ungarn im Gefühlsreigen der Russischen Grippe 1889–1895. 109

Hans-Martin Behrisch / Matthäus Wehowski

Zwischen Angst und Gleichgültigkeit.

Emotionen während der Spanischen Grippe in Breslau und Dresden 127

Carlos Watzka

- Patriarchal zeal for purity and maternal affection for infants.
 Anti-vaccinationism in the religious community of Lipovans in Bukovina around 1900
 and the cessation of the last smallpox epidemic in the Habsburg Empire before WWI . 145

Forschungs- und Projektberichte**Martin Gabriel**

- Kolonialherrschaft, Pocken und Emotionen im bourbonischen Oaxaca 173

Philipp Reichrath

- Viele kranke Kinder – emotives Tun bei Jane Addams und Dr. Alice Hamilton
 im Kontext humanitärer Hilfe nach Ende des Ersten Weltkrieges 185

Marie Louise Herzfeld-Schild

- GOING VIRAL: Music and Emotions during Pandemics (1679–1919) 197

Gisela Theising

- „Wendet Wut, Angst, Kummer in Aktivität.“
 Zur Dialektik von Emotionen und Pragmatismus in der AIDS-Aktivistenkunst
 der 1980er und 1990er Jahre in New York City 207

Henriette Löffler-Stastka

- Zur Akzeptanz von Begrenzung und der komplexen Funktion der Affekte 225

Agnes Stephenson / Thomas Stephenson

- Was nicht erinnert werden darf, muss wiederholt werden.
 Individualpsychologische und psychotherapiewissenschaftliche
 Gedanken zu Interdependenzen von biografisch-historischem und
 menscheitsgeschichtlich-historischem Wiederholungszwang 237

Rezensionen

- MARINA HILBER / ELENA TADDEI, Hg., In fürstlicher Nähe – Ärzte bei Hof (1450–1800)
 (= Innsbrucker Historische Studien 33, Innsbruck 2021: Innsbruck University Press)
 (*Annemarie Kinzelbach*) 246

- ROBERT OFFNER / THOMAS ŞINDILARIU, Hg., Schwarzer Tod und Pestabwehr im
 frühneuzeitlichen Hermannstadt (= Quellen zur Geschichte der Stadt Hermannstadt 6,
 Bonn 2021: Schiller Verlag)
 (*Christina Vanja*) 249

GERHARD AMMERER / CARLOS WATZKA, <i>Der Teufel in Graz. Besessenheit und Exorzismus am innerösterreichischen Habsburgerhof 1599/1600</i> (= Quellen zur geschichtlichen Landeskunde der Steiermark 32, Graz u. a. 2021: Leykam Buchverlag) (<i>Christian M. König</i>)	252
MARCEL CHAHROUR, <i>Der Medizinische Orient. Wien und die Begegnung der europäischen Medizin mit dem Osmanischen Reich (1800–1860)</i> (= MedGG Beiheft 81, Stuttgart 2022: Franz Steiner Verlag) (<i>Sabine Jesner</i>)	255
HENRIK ESSLER, <i>Krankheit gestalten. Eine Berufsgeschichte der Moulagenbildner: (Bielefeld 2022: transcript Verlag)</i> (<i>Victoria Morick</i>)	257
JILL GOSSMANN, <i>Mediziner und die Erziehung der «Massen». Gesundheitspädagogische Diskurse in der Weimarer Republik</i> (Baden Baden 2022: Tectum Verlag) (<i>Pierre Pfüttsch</i>)	260
MICHAELA MARIA HINTERMAYR, <i>Suizid und Geschlecht in der Moderne. Wissenschaft, Medien und Individuum (Österreich 1870–1970)</i> (Berlin–Boston 2022: de Gruyter Verlag) (<i>Carlos Watzka</i>)	263
DEBORA FROMMELD, <i>Die Personenwaage. Ein Beitrag zur Geschichte und Soziologie der Selbstvermessung</i> (Bielefeld 2019: transcript Verlag) (<i>Daniela Hahn</i>)	267
AURELIA EHRENSPERGER, <i>Atem-Wege. Erkundungen zu Luftverschmutzung, Atemnot und Achtsamkeit</i> (= Zürcher Beiträge zur Alltagskultur 25, Zürich 2020: Chronos Verlag) (<i>Barbara Wittmann</i>)	271
MARIA BÜHNER / REBEKKA RINNER / TERESA TAMMER / KATJA TÖPFER, Hg., <i>Sexualitäten sammeln. Ansprüche und Widersprüche im Museum</i> (= Schriften des Deutschen Hygiene Museums, Dresden 15, Wien–Köln 2021: Böhlau Verlag) (<i>Friedrich H. Moll</i>)	274
Vereinsinformationen	278

Editorial

Liebe Leser*innen des „Virus“!

Die letzten Jahre waren wie kaum eine Periode der vergangenen 100 Jahre von der kollektiven Erfahrung einer Pandemie und ihren vielfältigen Folgen und Begleiterscheinungen geprägt. Je länger dieser „Ausnahmestand“ andauerte, desto deutlicher zeigte sich für viele Beobachter*innen die hohe Relevanz emotionaler Aspekte bei gesellschaftlichen Gesundheitskrisen, wie sie Epidemien darstellen. Die Beschäftigung mit der Thematik ist mittlerweile disziplinenübergreifend. So wurden und werden die engen Interdependenzen zwischen sozio-kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Prozessen auf kollektiver Ebene einerseits und psychischen und somatischen Prozessen auf individueller Ebene andererseits u. a. von Psychotherapie und Psychologie, von Gesundheits- und Emotionssoziologie, von Sozialisations- und Bildungsforschung sowie den Medical Humanities herausgearbeitet. In historischer Ausrichtung wird das Forschungsfeld, neben der Mentalitäts- und Emotionsgeschichte, auch von der Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin bearbeitet. Multi- und transdisziplinären Herangehensweisen kommt bei allen diesen Ansätzen hohe Relevanz zu, für die Fragestellung der mannigfaltigen Connexe von Epidemie und Emotion erscheinen sie geradezu unerlässlich.

Die Verbindung der beiden Begriffe Emotion und Epidemie lässt zuallererst wohl an jene massiven kollektiven „Gefühlsausbrüche“ von Furcht und Verzweiflung denken, welche das unerwartete Auftreten einer hochinfektiösen und hochletalen Epidemie auslöst. Derartige „Seuchenpaniken“ sind der Historiographie seit langem bekannt, waren doch gesellschaftliche Ausnahmestände dieser Art seit Beginn der Schriftlichkeit immer wieder Anlass für betroffene Menschen, hierüber Aufzeichnungen anzufertigen. Zweifellos ist längst noch nicht die Gesamtheit solcher historischen Quellen der Geschichtsforschung bekannt. Durch eine Fokussierung auf die Fragestellung der Emotionalität der Narrative eröffnen sich zudem auch neue Lesarten bekannter Quellenbestände.

Die Zusammenhänge von epidemischem Geschehen und Affektivität resp. Emotionalität reichen aber weit darüber hinaus: Das mit gefürchteten „Seuchen“ oftmals verbundene Massensterben hinterließ eine Vielzahl von Menschen mit Traumatisierungen – aufgrund eigener Erkrankung und Todesgefährdung ebenso wie wegen des Verlustes von Familienangehörigen und anderen nahestehenden Menschen, oftmals verbunden mit der quälenden Erfahrung der eigenen Hilflosigkeit. Gleichermäßen regelmäßig traten und treten im Zuge von Epidemien aber auch mentale Abwehrmechanismen auf, die darin bestehen, dass auf diese Gefährdung bezogene Denkinhalte, und damit verbunden auch negative Gefühlslagen, individuell-mental und kommunikativ-sozial nicht „zugelassen“ werden: Es kommt zur Verdrängung des Erlebten, ja zur Verleugnung dieser bedrohlichen Teile der Realität, anstelle realistischer Auseinandersetzung mit der Gefährdung. Nicht selten wird das unbewusst weiter vorhandene Bedrohungsgefühl dann re-interpretiert und anderen Ursachen zugeschrieben, insbesondere personalisierten „Schuldigen“, welche dann gleich auch als Objekte der Projektion eigener negativer Affekte dienen können („*othering*“). So erwachsen aus an sich schon gefährlichen Epidemien vielfach

zusätzliche, wesentlich durch die menschliche Affektivität bedingte negative Konsequenzen in Form sozialer Spannungen.

Analoges gilt für sachlich grundsätzlich adäquate Maßnahmen zur Bekämpfung epidemischer Gefährdungen: Auch diese ziehen, gerade wenn es sich um die Einschränkung sozialer Kontakte zur Infektionsvermeidung handelt, regelmäßig erhebliche negative Folgen nach sich, auf der Ebene des alltäglichen Handelns, speziell im wirtschaftlichen Bereich, ebenso wie im weiteren sozialen Kontext. Derartige Maßnahmen zur Seuchenprävention wurden und werden daher geradezu regelhaft sehr kontrovers diskutiert, wie die Geschichte der Epidemien zeigen kann. Emotionale Aspekte sind dabei vielgestaltig. Erwähnt seien hier die mit konkreten Krankheitserscheinungen verbundenen Schmerzens-, aber auch Ekel-Erfahrungen sowie der Umstand, dass es offenbar so etwas wie einen „epidemiologischen“ oder „immunologischen“ Ethnozentrismus gibt, welcher vor allem in den Anfangsphasen eines Seuchenzuges in noch nicht unmittelbar betroffenen Regionen bzw. Gruppen irrationale Hoffnungen weckt, selbst vom heranziehenden Unheil verschont zu bleiben. Dies wiederum trägt dazu bei, dass die heraufziehende Gefahr verdrängt und individuelle wie kollektive Präventionsmaßnahmen nicht rechtzeitig ergriffen werden. Gleichmaßen weisen aber auch adäquatere Reaktionsformen auf Epidemien wesentlich emotionsbezogene Komponenten auf, das gilt für traditionelles „Gottvertrauen“ ebenso wie für typisch „moderne“ Strategien zur Krisenintervention und Resilienzsteigerung. Von besonderer Bedeutung waren und sind wirksame Methoden emotionaler Selbstregulation dabei für jene Menschen, die – sei es innerhalb persönlicher Beziehungen, sei es berufsbedingt – auch in Zeiten einer Epidemie Sorge für andere tragen, also Care-Arbeit leisten – was die Bedeutung gender- und altersspezifischer Differenzierungen herausstreicht.

Eine Skizze der Forschungsthematik „Epidemie und Emotion“, wie sie sich aus der Perspektive der Herausgeber*innen darstellt, diente bereits als Einleitung des „Call for Papers“ für die Jahrestagung des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin 2022, die von 23. bis 25. Juni 2022 in Linz stattfand – und, wie wir glauben sagen zu können, mit großem Ertrag für die Teilnehmer*innen.¹ Die Konferenz wurde vom Verein für Sozialgeschichte der Medizin und universitären Institutionen organisiert, diesmal gemeinsam mit dem Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie sowie dem Forschungszentrum Medical Humanities der Universität Innsbruck sowie, als Kooperationspartner vor Ort, mit dem Department für Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud PrivatUniversität in Linz.

Allen beteiligten Institutionen, die auch finanziell zur Realisierung der Tagung beigetragen haben, und nun gleichermaßen die Herausgabe dieses Bandes unterstützen, sei an dieser Stelle dafür herzlich gedankt! Ebenfalls möchten wir Herausgeber*innen an dieser Stelle unserem Vereinsmitglied Marcel Chahrour Dank aussprechen, der sich an der Tagungsorganisation beteiligt hat, was aufgrund seiner Kompetenzen und Erfahrungen im Kulturmanagement eine höchst wertvolle Unterstützung war. Eben solcher Dank gebührt allen bei Veranstaltungsorganisation und -betreuung Mitwirkenden des Departments für Psychotherapiewissenschaft an der SFU Linz – namentlich Thomas Stephenson als Departmentleiter sowie den administrativen und studentischen Mitarbeiter*innen im Organisationsteam: Ben Klammer, Manuel Morawek,

1 Siehe dazu: Lisa Maria HOFER, Tagungsbericht „Epidemie und Emotion. Geschichtswissenschaftliche und transdisziplinäre Perspektiven“, in: H-Soz-Kult, 20.09.2022, www.hsozkult.de/conferencereport/id/fdkn-129584 (letzter Zugriff: 28.07.2023).

Marc Paternoster und Maria Würzburger. Schließlich danken wir allen Kolleg*innen, die im Rahmen der Tagung Moderationsfunktionen übernommen haben.

Wie zumeist, konnten, aus unterschiedlichen Gründen, auch in diesem Jahr nicht alle der – in diesem Fall 20 – Tagungsbeiträge im Anschluss auch in schriftliche Publikationen transformiert werden; als Herausgeber*innen freut es uns aber sehr, im vorliegenden Band doch acht peer-reviewte „Hauptbeiträge“ und sechs Forschungs- und Projektberichte zum Thema vorlegen zu können, von denen der überwiegende Teil aus den Tagungsbeiträgen hervorgegangen ist. Ergänzt werden diese auch im vorliegenden Band durch einen umfangreichen Rezensionsteil, in welchem zehn für die Sozialgeschichte der Medizin bedeutsame Neuerscheinungen der letzten Jahre vorgestellt werden.

Die Hauptbeiträge des Bandes fokussieren, neben einem gravierenden, retrospektiv-diagnostisch aber uneindeutig bleibenden Seuchenereignis des Hochmittelalters (Bauch: Ein Ausbruch von Seuche und Emotionen), auf drei wegen ihres enormen Gefährdungspotentials besonders gefürchtete Infektionskrankheiten und die emotionalen Implikationen entsprechender epidemischer Ereignisse in Zentraleuropa während des 19. Jahrhunderts: Pocken (Gröber / Lobenwein / Taddei: Wessen Furcht? Wessen Zorn?; Watzka: Patriarchal zeal for purity and maternal affection for infants), Cholera (Hammer-Luza: Verdächtige Krankheits- und Todesfälle; Promitzer: Vorwegnahme und Ernstfall; Dietrich-Daum / Heidegger: Nirgends sieht man Beistand) und Grippe (Westermayer: Haben Sie schon Ihre Influenza gehabt?; Behrisch / Wehowski: Zwischen Angst und Gleichgültigkeit).

Im Bereich der Forschungs- und Projektberichte werden dagegen sowohl räumlich als auch zeitlich weitere Perspektiven auf eine Emotionsgeschichte der Epidemien vorgestellt: Von Pockenepidemien im Lateinamerika des 18. Jahrhunderts (Gabriel) über die Rollen von Emotionen und Epidemien im humanitären Diskurs der Zeit nach dem Ende des Ersten Weltkriegs (Reichrath) sowie Musik und bildende Kunst als Techniken der Bewältigung traumatischer Epidemie-Erfahrungen (Herzfeld-Schild; Theising) bis hin zur Anwendung aktueller psychoanalytischer Forschungsstrategien auf das Untersuchungsfeld „Epidemie und Emotion“ (Löffler-Stastka; Stephenson / Stephenson).

Wir hoffen, mit dem vorliegenden Band die Beschäftigung mit Emotions- und Epidemiegeschichte zu bereichern, im Idealfall aber auch primär gegenwartsorientierten Disziplinen im Bereich der Gesundheitsforschung Anstöße zur stärkeren Beachtung historischer Forschungsergebnisse liefern zu können.

Die Herausgeber*innen

Elisabeth Dietrich-Daum / Marina Hilber / Carlos Watzka

Juli 2023

**Beiträge – Schwerpunkt:
Epidemie und Emotion**

Martin Bauch

**Ein Ausbruch von Seuche und Emotionen.
Die synchrone Epidemie von 1259,
der Vulkan Samalas und die Ursprünge der
Geißlerbewegung**

English Title

An Outbreak of Disease and Emotions: The Synchronous Epidemic of 1259, the Samalas Eruption, and the Origins of the Flagellants' Movement

Summary

A series of synchronous epidemic outbreaks 1259 in Europe, but also in the Near East and East Asia, which have received scant attention so far, are reconstructed here for the first time. A previously little considered consequence of the late/mid 1250s Samalas eruption is proposed here as an explanation: increased UV-B radiation due to a temporary reduction in the ozone layer caused by geochemical processes following the volcanic eruption. The combined experience of disease, harvest failure, and political conflict, against the background of older penitential practices, are seen as the cause of the genesis of the flagellant movement in Perugia in the spring of 1260 and its success throughout Europe. The spectacular and largely enigmatic genesis of the flagellants' emotionality and radicalism is thus given an environmental historical contextualization that has eluded previous historiography on the subject.

Keywords

Flagellants, Samalas, synchronicity, penitence, emotion, Perugia, 13th century

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Einleitung

Im Jahr 1259 war Rizardo dei Raxorii, ein Bürger der oberitalienischen Kommune Parma, um sein Leben so besorgt, dass er am 16. August sein Testament machte.¹ Doch er fürchtete nicht nur um sich, sondern auch um seine zwei Söhne und zwei Töchter, die er als Erben eingesetzt hatte. Auch sie könnten rasch und ohne Nachkommen sterben.² Und diese Furcht war nicht unbegründet: Seit der Karwoche 1259 wütete in Parma, aber auch in anderen Teilen Italiens, eine Seuche, die der Franziskaner Salimbene de Adam (1221 – nach 1288), einer der berühmtesten Chronisten des 13. Jahrhunderts, eindrücklich beschrieb: Nicht weniger als zwei Tote zur gleichen Zeit hätten zur Vesper in jeder Kirche gelegen; der Palmsonntagsgottesdienst sei abgesagt worden, weil die Franziskaner von Schüttelfrost gezeichnet gewesen seien, und noch monatelang habe die Seuche gewütet.³ Für Borgo San Donnino – das heutige Fidenza –, aber auch für Mailand und Florenz berichtete Salimbene von hunderten bis tausenden Toten.⁴

Bisher wurde die in Italien, in vielen Teilen Europas und sogar darüber hinaus nachweisbare Seuche von 1259, soweit sie überhaupt Beachtung fand, als eine Konsequenz einer rapiden Klimaverschlechterung im Kontext einer großen Vulkaneruption verstanden: dem Ausbruch des indonesischen Vulkans Samalas im Frühjahr 1257, der unvorstellbare Mengen von Schwefel bis in die Stratosphäre ausstieß. Die sich daraus entwickelnden und um den Globus verteilenden Sulfataerosole hätten zu weitreichenden klimatischen Turbulenzen geführt, die im Folgejahr in vielen Teilen der Welt Missernten und Hungersnöte hervorriefen.⁵ Dieses Narrativ wurde bezweifelt, was die Bedeutung des Vulkans für die klimatische Ungunst angeht,⁶ aber auch was die klare Datierung des Ausbruchs auf 1257 betrifft.⁷ Im Kern jedoch wird in der Forschung die eher simple Kausalkette Vulkanausbruch – Klimaverschlechterung – Missernten – Seuchenausbrüche beibehalten.

-
- 1 Graziella LA FERLA MOSARELLI, Hg., *Liber iurium comunis Parme* (= *Fonti e studi. Serie Prima 15, Parma 1993*), 24–26, Nr. 12.
 - 2 „[...] in primis instituto Gibertinum et Guigelminum, filios meos, michi heredes in omnibus meis bonis [...] Item lego Bernardine et Ghisline filiabus meis, sexaginta libras imperialium [...] pro se nubenda [...] et si quis de predictis filiis meis decesserit sine filiis legitimis volo quod alius qui supervixerit ei succedat. [...] Et si predicti filii mei et filie mee omnes decederent seu decesserint sine filiis legitimis, instituto dominum Bernardum fratrem michi heredem in omnibus meis bonis“, ebd., 25.
 - 3 „Item eodem anno in Ytalia maxima fuit mortalitas mulierum et hominum, ita quod in vespertino offitio duos mortuos simul in ecclesia habebamus. Et inchoavit ista maledictio in ebdomada de Passione, ita quod in tota provincia Bononie fratres Minores offitium in Dominica Olivarum dicere non potuerunt, ita erant a quodam frigore lesi; et pluribus mensibus duravit infirmitas ista“, SALIMBENE DE ADAM, *Cronica*. Nuova ed. critica a cura di Giuseppe Scalia (= *Scrittori d'Italia 232–233, Bari 1966*), 174.
 - 4 „Item in Burgo Sancti Donini ex illa pestilentia mortui sunt trecenti et eo amplius, et in Mediolano multa milia, et in Florentia similiter multa milia; nec pulsabant campanas, ne infirmos terrent“, ebd., 175.
 - 5 Sébastien GUILLET u. a., *Climate Response to the Samalas Volcanic Eruption in 1257 Revealed by Proxy Records*, in: *Nature Geoscience 10* (2017), 123–128; Giuliana ALBINI / Paolo GRILLI / B. Alice RAVIOLA, Hg., *Il fuoco e l'acqua. Prevenzione e gestione dei disastri ambientali fra Medioevo e Età Moderna* (= *Quaderni degli Studi di Storia Medioevale e di Diplomatica, Milano 2022*).
 - 6 Bruce M. S. CAMPBELL, *Global Climates, the 1257 Mega-Eruption of Samalas Volcano, Indonesia and the English Food Crisis of 1258*, in: *Transactions of the Royal Historical Society 27* (2017), 87–121.
 - 7 Martin BAUCH, *Chronology and Impact of a Global Moment in the Thirteenth Century. The Samalas Eruption Revisited*, in: Andrea Kiss / Kathleen Pribyl, Hg., *The Dance of Death in Late Medieval and Renaissance Europe. Environmental Stress, Mortality and Social Response* (= *Routledge Environmental Humanities, Abingdon–New York 2020*), 214–232.

Doch 1259 war die Lage in Parma anders: In der seit 1254 vom früheren Podestà Giberto da Gente (ca. 1200–ca. 1270) als auf Lebenszeit bestelltem Alleinherrscher regierten Stadt am Fuß des Apennin waren für 1258 keine Getreideimporte im Kontext einer Hungersnot belegt.⁸ Freilich gab es regulierende Maßnahmen der Kommune, unter anderem das Verbringen von Korn aus dem Umland in die Speicher der Stadt und eine Fülle von Regelungen bezüglich der Lebensmittelsicherheit in den 1258 erstmals verfassten kommunalen Statuten.⁹ Doch weder aus Parma noch Mailand noch Florenz wissen wir von einer großen Hungersnot im Jahr 1258, welche die lokale Bevölkerung hätte so schwächen können, dass sie im Folgejahr anfälliger für Seuchen hätten werden müssen. Erschüttert wurde jedoch die Signorie des Giberto da Gente, der vom einfachen Volk getragen seine Stellung als Alleinherrscher erreicht hatte, dann aber im Herbst 1259 alle Unterstützung verlor und im Dezember gestürzt wurde. Maddalena Moglia hat dahinter eine Entfremdung vermutet, die durch rigide Nahrungsregulierung forciert worden sein könnte;¹⁰ mit explizitem Bezug auf die Regierung des Giberto schreibt auch Salimbene de Adam über die Unpopularität der Teuerung beim einfachen Volk.¹¹ Im Folgejahr kamen im Kontext der Flagellanzüge, die in Perugia ihren Ausgang genommen hatten, die Geißler über Modena und Reggio Emilia auch bis Parma: Sie züchtigten sich selbst um der Liebe Gottes und der Vergebung der Sünden willen; und die aus Parma Verbannten wurden wieder in die Stadt eingelassen.¹² Die Bevölkerung Parmas waren durch die intensiven Bußübungen und die ostentative Frömmigkeit der Flagellanten vom Wechselbad der Gefühle erlöst, in dem sie aufgrund von politischen Konflikten, Sorgen um das tägliche Brot und Angst vor tödlicher Erkrankung die vergangenen Jahre gelebt hatten.

Wenn es um (kollektive) Gefühlsaufwallungen im 13. Jahrhundert in der historischen Emotionsforschung¹³ geht, so ist das Auftreten der Flagellanten in Italien um 1260 seit Kurzem mit Nachdruck in den Fokus gerückt worden.¹⁴ Das Phänomen des Geißlertums, ausführlich untersucht für sein mehrfaches Wiederaufflammen etwa ein Jahrhundert später im zeitlichen Kontext des Schwarzen Todes (1347–1352)¹⁵ und regional auch noch im 15. Jahrhundert¹⁶, breitete sich ohne erkennbare Vorläufer aus wie ein Lauffeuer, irritierte in seiner emotionalen Wucht bereits die Zeitgenossen und brachte (vorübergehend) strukturelle Konflikte innerhalb der

8 Vgl. Maddalena MOGLIA, *Il signore e la carestia. Parma 1258–1259*, in: Giuliana Albini / Paolo Grilli / B. Alice Raviola, Hg., *Il fuoco e l'acqua. Prevenzione e gestione dei disastri ambientali fra Medioevo e Età Moderna* (= Quaderni degli Studi di Storia Medioevale e di Diplomatica, Milano 2022), 49–60, hier 49–51.

9 Vgl. ebd., 51–52.

10 Vgl. ebd., 48; Maddalena MOGLIA, *Pacificare per governare. La signoria di Giberto da Gente su Parma (1253–1259)*, in: *Archivio storico italiano* 174/3 (2016), 421–456, hier 452.

11 Vgl. SALIMBENE DE ADAM, *Cronica*, 790.

12 Vgl. Giuliano BONAZZI, Hg., *Chronicon Parmense. Ab Anno MXXXVIII usque ad Annum MCCCXXXVIII* (= *Rerum Italicarum Scriptores* (RIS²) 9/9, Città di Castello 1902), 22.

13 Vgl. Damien BOQUET / Piroška NAGY, *Medieval Sensibilities. A History of Emotions in the Middle Ages* (Cambridge 2018); Damien BOQUET u. a., Hg., *Histoire des émotions collectives. Épistémologie, émergences, expériences* (= *Classiques Garnier en ligne. POLEN – Pouvoirs, lettres, normes* 29, Paris 2022).

14 Vgl. Piroška NAGY / Xavier BIRON-OUELLET, *A Collective Emotion in Medieval Italy. The Flagellant Movement of 1260*, in: *Emotion Review* 12/3 (2020), 135–145; Piroška NAGY, *Événement et émotion collective. Le cas des Flagellants à Pérouse (1260)*, in: Boquet u. a., Hg., *Histoire des émotions collectives*, 133–162.

15 Vgl. František GRAUS, *Pest – Geissler – Judenmorde. Das 14. Jahrhundert als Krisenzeit* (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 86, Göttingen³ 1994).

16 Vgl. die profunde Regionalstudie von Ingrid WÜRTH, *Geißler in Thüringen. Die Entstehung einer spätmittelalterlichen Häresie* (= *Hallische Beiträge zur Geschichte des Mittelalters und der Frühen Neuzeit* 10, Berlin 2012).

städtischen Gemeinschaften zum Erliegen. Eine Verbindung zu einer vorhergehenden Krisenerfahrung wie der Seuche von 1259 ist hingegen bisher nicht angenommen worden.

Im Folgenden soll daher zuerst gefragt werden, was wir über die Epidemie von 1259 in italienischer, europäischer und globaler Perspektive wissen, ob sie wirklich als Konsequenz der klimatischen Einflüsse der Samalas-Eruption 1257 gesehen werden kann und inwiefern sie sich von den üblichen Episoden wiederkehrender Seuchen unterscheidet. Danach soll auf den Ursprungsort der Geißlerbewegung, die umbrische Stadt Perugia, fokussiert werden, um das Zusammenspiel aus Umweltveränderung, Nahrungskrise, Auftreten der Seuche und Aufkommen der Flagellanten näher zu beleuchten.

Synchrone Pandemie 1259: Befunde und Ursachen

Für das Frühjahr 1259 bietet sich ein erstaunlicher Befund: In der Karwoche, d. h. vom 6. bis 12. April 1259 berichten vier völlig unabhängig agierende, kontinentaleuropäische Chronisten aus der Normandie, aus Paris, aus Dijon und aus Parma, dass in genau diesem Zeitraum eine allgemeine Krankheitswelle einsetzte, die fast jeden Haushalt betraf, mindestens einen Monat lang anhielt und eine beträchtliche Sterblichkeit mit sich brachte.¹⁷ Die detailreichen Angaben des Salimbene de Adam zum selben Sachverhalt sind bereits erwähnt worden. Zu diesem präzise auf die Karwoche 1259 zielenden Bericht gesellen sich z. B. die Annalen von Innisfallen aus Irland: „A common cough this year [früh im Jahr 1259¹⁸] affecting human beings and horses, which was called galar na placodi“.¹⁹ Dies lässt sich übersetzen als „die Pfröpfen/Spundloch-Krankheit“, was eventuell als Pferdekrankheit Druse (*streptococcus equis*) verstanden werden könnte – eine Infektionskrankheit, die Mensch und Tier gleichermaßen treffen kann.²⁰

17 Bericht aus Dijon: „Hoc anno fuit infirmitas et mortalitas hominum in toto mundo, ita ut pauce domus essent in quibus aliquis sanus inveniretur; cepitque incipium hec mortalitas in magna ebdomada ante pascha, duravitque circiter unum mensem“, *Annales S. Benigni Divionensis*, in: Georg Heinrich Pertz, Hg., *Annales et cronica aevi salici* (= *Monumenta Germaniae Historica. Scriptores in folio* 5, Hannover 1844), 37–50, hier 50. Weniger detailreich, aber mit demselben Timing ein Bericht aus Coutances (Normandie), der aber auf Paris zielt: „Anno sequenti, mense Aprili, fuit mortalitas maxima Parisius, et moriebantur homines quasi subito“, *Notae Constantienses*, in: Natalis de Wailly / Léopold Delisle, Hg., *Recueil des Historiens des Gaules et de la France. Tome Vingt-Troisième* (= RHGF 23, Paris 1896), 543–546, hier 543. Und auch aus Paris selbst: „In Paschate etiam post [Osterzeit 1259] fuit maxima mortalitas Parisius“, Léopold DELISLE, *Notes sur quelques Manuscrits du Musée Britannique. Annales Clerici Parisiensis*, in: *Mémoires de la Société de l’Histoire de Paris et de l’Ile-de-France* 4 (1877), 183–190, hier 187. Vgl. den bereits diskutierten Bericht des SALIMBENE DE ADAM, *Cronica*, 174.

18 Was die Chronologie betrifft, hat mich ein Spezialist für die irischen Annalen, Dr. Dan McCarthy (Dublin), darüber informiert (persönliche Mitteilungen 16. und 19. September 2019), dass der Eintrag begleitet wird von ‚Mccclx.‘ als Marginalie, was eine Datierung ins Jahr 1260 nahelegen würde. Doch darauf hin folgt die Erläuterung: ‚Kl. Enar for Cetain & .iiii. uathaid fuirri.‘ Und ‚Cetain‘ steht für Mittwoch (feria iiiii), was mit dem 1. Januar 1259 übereinstimmt, während der 1. Januar 1260 ein Sonntag gewesen wäre. Außerdem hat Dan McCarthy beobachtet, dass die Annalen von Loch Cé, von Connacht, und von Ulster den Tod des Tadhg O Brien (AI 1259.6) auf 1259 datieren. Die Datierung dieses Todesfalls auf 1260 in der Editio von Mac Airt ist daher höchstwahrscheinlich ein Jahr zu spät; analog muss auch die Epidemie auf 1259 fallen. Dem irischen Kollegen sei herzlich gedankt.

19 Seán MAC AIRT, Hg., *The Annals of Innisfallen* (Dublin 1951), 359.

20 Vgl. Fergus KELLY, *Early Irish Farming. A Study Based Namly on the Law-Texts of the 7th and 8th Centuries AD* (Dublin 2000), 212–213.

Sie führt zu Husten, Katarrh und einem hohen Fieber und endet häufig tödlich. Doch einerlei, welche Krankheit genau in Irland gewütet hat: Menschen und Tiere hatten offenbar große Probleme zu atmen. Für 1257 beobachtet schon Matthew Paris Ähnliches, wenn er in seiner Zusammenfassung der Jahresereignisse „chronic complaints, which scarcely allowed free power of breathing to anyone laboring under them“²¹ erwähnt.

Diese sehr spezifischen Angaben zeitgenössischer Chronistik zur Chronologie und Symptomatik werden durch weniger präzise Angaben aus dem restlichen Europa ergänzt: Berichte einer Epidemie haben wir für 1259 aus Österreich²², erneut aus Norditalien²³ und möglicherweise aus Siena, das jedoch keine Hungerepisoden in den Vorjahren kannte.²⁴ Darüber hinaus berichtet ein englischer Chronist über Erkrankungen infolge einer „maxima aeris corruptio“²⁵, also einer großen Verderbnis der Luft. Und auch einer der Kronzeugen der Auswirkungen der Samalas-Eruption, der englische Chronist Matthew Paris, erwähnt den Tod des Bischofs von London²⁶ am 21. Mai 1259 in Verbindung mit einer plötzlich auftretenden Epidemie in London und Paris, die in beiden Städten tausende Tote gefordert habe.²⁷ Es ist nicht auszuschließen, dass Matthew Paris selbst dieser Epidemie zum Opfer fiel, wird sein Tod doch für gewöhnlich in den späten Mai 1259 datiert.²⁸ Wir haben vergleichbare Befunde individuellen Sterbens im fraglichen Zeitraum, wie den Tod des erst 40-jährigen Königs Christoph I. von Dänemark Ende Mai 1259.²⁹ Ähnlich liegt etwa der Fall des byzantinischen Kaisers Theodoros II. Laskaris, der

-
- 21 Matthew PARIS, *Chronica Majora*, hg. v. Henry Richards (= *Rerum Britannicarum medii aevi scriptores* (Rolls Series) 57, London 1872–1883, 7 Bde.), hier Bd. 5, 661; Englische Übersetzung: John Allen GILES, Hg., *Matthew Paris's English History from the Year 1235 to 1273* (London 1852–54), Bd. 3, 256.
- 22 *Annales Sancti Rudberti Salisburgensis*, in: Georg Heinrich Pertz, Hg., *Chronica et annales aevi salici*, (Monumenta Germaniae Historica. Scriptores in folio 9, Hannover 1851), 758–810, hier 795.
- 23 *Annales Veteres Mutinensium: ab anno MCXXXI usque ad MCCXXXVI cum additamentis*, in: Ludovico Antonio Muratori, Hg., Tomo undecim (= *Rerum Italicarum Scriptores* 11, Milano 1727), Sp. 49–88, hier Sp. 65.
- 24 Im Mai 1259 zahlte die Sieneser Stadtregierung für „illorum qui vadunt ad mortuos“, also Totengräber. Sonia FINESCHI, Hg., *Libri dell'entrata e dell'uscita della Repubblica di Siena, detti del camarlingo e dei quattro provveditori della Biccherna. Libro XXI (1259 primo semestre)* (= *Publicazioni degli Archivi di Stato* 67, Roma 1969), 90. Zwischen 1257 und 1262 lässt sich ein Massengrab auf dem Gelände des Spedale di S. Maria della Scala nachweisen, vgl. Daniela GALLAVOLTI CAVALLERO / Andrea BROGI, *Lo Spedale Grande di Siena. Fatti urbanistici e architettonici del Santa Maria della Scala* (Firenze 1987), 37.
- 25 Helen Maud CAM / Ernest Frazer JACOB, *Notes on an English Cluniac Chronicle*, in: *English Historical Review* 44 (1929), 94–104, 101.
- 26 Vgl. R. M. FRANKLIN, Lemma 'Basset, Fulk (d. 1259)', in: H.C.G. Matthew / Brian Harrison, Hg., *Oxford Dictionary of National Biography*, vol. 4: Barney-Bellasis (Oxford–New York 2004), 261–263.
- 27 „Eodem tempore, ascendente sole cancrum, facta est hominum pestilentia et mortalitas inopinata; ita quod ubique morientibus quamplurimis locis aliis omissis tantummodo Parisius plus quam milia hominum sepulcris commendabantur. [...] Et quia mortis rumphea nulli parcens nunc hunc nunc illum consumit, aequanimiter egenum et divitem rapiendo, obit in illa peste mortifera dominus Fulco Londoniensis episcopus.“ Matthew PARIS, *Chronica Majora*, Bd. 5, 746–747.
- 28 Vgl. Richard VAUGHAN, *Matthew Paris* (Cambridge 1958), 7–11; Simon LLOYD / Rebecca READER, Lemma 'Paris, Matthew (c. 1200–1259)', in: Matthew / Harrison, Hg., *Oxford Dictionary of National Biography*, vol. 42: Osborne-Pate (Oxford–New York 2004), 620–628.
- 29 Schon von den Zeitgenossen wird eine Vergiftung mit einer Hostie vermutet, vgl. Thelam JEXLEV, Lemma Christoph I. (Christoffer I.), König von Dänemark (um 1219–1259), in: *Lexikon des Mittelalters*, 9 Bde., (München 1980–1998), hier Bd. 2, Sp. 1936.

nach neunmonatiger Leidenszeit im August 1258³⁰ vermutlich an einer Tumorerkrankung verstarb.³¹ Als im Dezember 1258 der türkische Goldschmied Sālāh al-Dīn-e Zarkūb³² in Konya starb, verlor der persische Sufi-Meister und mystische Dichter Jalāl al-Dīn Rūmī (1207–1273) seinen zweiten, wichtigen Seelengefährten. Der Tod dieses engen Freundes wird in einer Biographie Rumis aus dem 14. Jahrhundert als plötzlich beschrieben.³³ Solche Befunde individuellen Sterbens führen für sich genommen jedoch nicht weit. Festzuhalten bleibt, dass mit der *Chronica Majora* des Matthew Paris der sechste unabhängige Textzeuge für ein plötzliches, kollektives Sterben in Europa im April/Mai 1259 vorliegt.

Wenn wir Europa hinter uns lassen, finden wir weitere, wenn auch zeitlich weniger präzise Indikatoren für eine auch transkontinental synchrone Epidemie im Jahr 1259. So stoßen wir im Nahen Osten, v. a. in Syrien, in den Jahren 1258 und 1259 auf eine recht allgemein beschriebene Epidemie.³⁴ Auch die mongolische Invasionsarmee, die 1258 Bagdad eroberte, sah sich einer Seuche ausgeliefert.³⁵ Auch ihr Anführer blieb nicht verschont, erholte sich aber wieder.³⁶ Insgesamt zeigt sich im Nahen Osten, gerade in chronologischer Hinsicht, kein so suggestives Bild wie in Europa. Noch weiter im Osten wird im August 1259 aus China gemeldet, dass der mongolische Großkhan Möngke während seiner Kampagne gegen die Song-Dynastie in Sichuan von einer dort wütenden Krankheit hinweggerafft wurde.³⁷ Die Krankheit, über die sonst keine Details zu erfahren sind, tötete Menschen und Tiere gleichermaßen.³⁸ Auch ein

-
- 30 Verschiedene Briefe des Patienten selbst, aber auch chronikalische Berichte einer für das 13. Jahrhundert sehr hohen Detailstufe über die Krankheit liegen vor, vgl. Dimiter ANGELOV, *The Mystery Illness*, in: Ders., Hg., *The Byzantine Hellene. The Life of Emperor Theodore Laskaris and Byzantium in the Thirteenth Century* (Cambridge–New York 2019), 381–389, hier 382–383.
- 31 Um die immer wieder diskutierte Epilepsie kann es sich bei der Todesursache kaum gehandelt haben, am ehesten spricht der Befund – soweit man überhaupt Diagnosen erstellen kann – für einen Tumor in Lunge, Gehirn oder Rückenmark, vgl. ebd., 388–389.
- 32 Zur Person vgl. Franklin D. LEWIS, *Rumi. Past and Present, East and West. The Life, Teaching and Poetry of Jalāl al-Din Rumi* (Oxford–Boston 2000), cap. 5 [unpaginiert].
- 33 „his blessed constitution suffered change and an infirmity took possession of his gracious body“. Šams-ad-Dīn Aḥmad Aflākī, *The Feats of the Knowers of God*. [Manāqeb Al-‘ārefīn], hg. v. John O’Kane (= *Islamic History and Civilization* 43, Leiden 2002), 508–509.
- 34 Gregorius Bar-Hebraeus, *The Chronography of Gregory Abū’l Faraj, the son of Aaron, the Hebrew physician commonly known as Bar Hebraeus, being the first part of his political history of the world*. Translated from the Syriac, hg. v. Ernest A. Wallis Budge (London 1932), 506; Taqī ad-Dīn Abū l-‘Abbās Ahmad ibn ‘Alī al-Maqrīzī, *Histoire des Sultans Mamlouks, de l’Égypte*. Écrite en arabe par Taki-Eddin-Ahmed-Makrizi. Traduite en français, et accompagnée de notes philologiques, historiques, géographiques, hg. v. Edoard Quatremère, Bd. 1 (Paris 1837–1845), 77–78; George LANE, *The Mongols in Iran*. *Qutb Al-Din Shirazi’s Akhbar-i Moghulan* (= *Routledge Studies in the History of Iran and Turkey*, Abingdon–New York 2018), 54 [straight translation] / 84–85 [annotated translation].
- 35 Vgl. Al-Makin ibn al-Amid, *Chronique des Ayyoubides (602–658 / 1205–1259)*. Traduction française annotée, hg. v. Anne-Marie Eddé / Francois Micheau (= *Documents relatifs à l’histoire des croisades* 16, Paris 1994), 104.
- 36 „Hülegü became sick for 20 days and then he became well“. LANE, *The Mongols in Iran*, 55 [straight translation] / 86 [annotated translation].
- 37 Vgl. Stephen Pow, *Fortresses that Shatter Empires. A Look at Möngke Khan’s Failed Campaign Against the Song Dynasty, 1258–59*, in: *Annual of Medieval Studies at the CEU* 23 (2017), 96–107, 103–104.
- 38 Darunter auch ein hochrangiger General der Song, vgl. Robert HYMES, *Epilogue. A Hypothesis on the East Asian Beginnings of the Yersinia pestis Polytoxy*, in: *The Medieval Globe* 1 (2014), 285–308, hier 292–293; Pow, *Fortresses that Shatter Empires*, 103.

Blick auf Korea zeigt uns, dass dort die offizielle Chronistik der herrschenden Dynastie von einer großen Epidemie in den Jahren 1256 bis 1259 berichtet.³⁹ Im Japan des Kamakura-Shogunats finden sich für 1257 erste Berichte einer nicht identifizierten Seuche. Zu einem nicht genauer bestimmbareren Zeitpunkt wurden dann 1259 Kyoto und andere große Städte von einer Epidemie heimgesucht, die keinen Haushalt verschonte.⁴⁰ Noch schlagender sind die Eintragungen in einem höfischen Dokument mit Tagebuchcharakter: Im April 1259 sei die Seuche ausgebrochen.⁴¹ Damit weist auch eine außereuropäische Schriftquelle auf genau denselben Zeitraum, in dem in Europa die jeweiligen epidemischen Ausbrüche begonnen haben.

Zeitlich synchronisierte Seuchenausbrüche statt wellenartiger räumlicher Verbreitung sind schon auf einem Kontinent äußerst erklärungsbedürftig. Klimatische Effekte, zumal verzögert über die Kausalkette Missernten – Schwächung der Bevölkerung – Ausbruch von Infektionskrankheiten sind regional viel zu unterschiedlich, um ein solches Muster entstehen zu lassen. Wir müssen uns also fragen, auf welche Weise eine Vulkaneruption noch die kollektive Gesundheit historischer Gesellschaften angreifen konnte.

Der einzige direkte Weg der Gesundheitsschädigung von Menschen durch einen Vulkanausbruch, solange sie sich nicht im unmittelbaren Radius des Ascheregens, der Lavaströme und pyroklastischen Ströme befanden, war eine Form vulkanisch induzierter Luftverschmutzung, die Emission giftiger Gase und Aerosole, die Atemwegserkrankungen bei Menschen und Tieren auslösen konnten, wie auch Entlaubung von Bäumen und welkendes Gras.⁴² Aber vulkanisch produzierter SO_2/SO_4 -Feinstaub⁴³ kann nur in relativer räumlicher Nähe von Ausbruchsstelle und betroffener Region auftreten. Es ist daher schon vom Wirkungsmechanismus her unmöglich, vulkanisch induzierte Atemwegserkrankungen in Europa zu erwarten, trotz gewisser, oben diskutierter Hinweise auf Atemwegsprobleme, wie wir sie für Irland im Jahr 1259 und England 1257 finden.

Der zweite Ferneffekt von Vulkanausbrüchen, dem die historische Forschung bisher gar keine Beachtung geschenkt hat, sind die unter Umständen großen Mengen an Halogenen, die im Rahmen einer stratosphärischen Vulkaneruption in die Atmosphäre entlassen werden. Sie

-
- 39 Vgl. Edward J. SHULTZ / Hugh H. W. KANG, Hg., *Koryōsa Chōryō II. Essentials of Koryō History* (= Yonsei Korean Studies Series 1, Seoul 2014), 349.
- 40 Vgl. William Wayne FARRIS, *Japan's Medieval Population. Famine, Fertility, and Warfare in a Transformative Age* (Honolulu 2006), 52–53.
- 41 Vgl. Mitsuharu MIZUKOSHI, *Kokiroku ni yoru jūsan seiki no kikōkiryōkui*. [The Weather Documentation in Sources of the 13th Century] (Tokyo 2010), 370–371; KEIZAIJASSHISHYA 経済雑誌社, Hg., *Hyakurenshō 百練抄* (Tokyo 1897–1901), 341.
- 42 Vgl. Michael DURAND / John GRATTAN, *Effects of Volcanic Air Pollution on Health*, in: *The Lancet* 357 (2001), 164; Michael DURAND / John GRATTAN, *Extensive Respiratory Health Effects of Volcanogenic Dry Fog in 1783 Inferred from European Documentary Sources*, in: *Environmental Geochemistry and Health* 21 (1999), 371–376; John GRATTAN / Mark BRAYSHAY / John SADLER, *Modelling the Distal Impacts of Past Volcanic Gas Emissions. Evidence of Europe-Wide Environmental Impacts from Gases Emitted During the Eruption of Italian and Icelandic Volcanoes in 1783*, in: *Quaternaire* 9/1 (1998), 25–35; John GRATTAN / Mark BRAYSHAY, *An Amazing and Portentous Summer. Environmental and Social Responses in Britain to the 1783 Eruption of an Iceland Volcano*, in: *The Geographical Journal* 161 (1995), 125–134.
- 43 Vgl. Y. BALKANSKI u. a., *Mortality Induced by PM2.5 Exposure Following the 1783 Laki Eruption Using Reconstructed Meteorological Fields*, in: *Scientific Reports* 8/1 (2018), Nr. 15896.

können zu einer monate- bis jahrelangen Reduktion der Ozonschicht führen.⁴⁴ Nicht nur die Schwefelemission des Samalas, sondern auch der Ausstoß extremer Mengen von Chlor und Brom in die höchsten Atmosphärenschichten zeichnen den Ausbruch von 1257 aus.⁴⁵ Die Samalas-Eruption ist in dieser Hinsicht ein geochemischer Einzelfall, und in Folge der reduzierten Ozonschicht ist eine temporär beträchtliche Erhöhung der UV-B-Strahlung nach dem Ausbruch denkbar. Es gibt allerdings bisher keine Möglichkeit, historische Ozonkonzentrationen oder erhöhte Strahlungsintensität retrospektiv zu bestimmen. Daher haben atmosphärenchemische Modellrechnungen verschiedene Szenarien des Halogenausstoßes durch den Samalas in seinen potentiellen Wirkungen auf die Ozonschicht simuliert.⁴⁶ Auch das konservative Szenario mit relativ niedrigem Halogenausstoß zeigt eine Reduktion der Ozonschicht in den nördlichen Breiten (45–90°) vor allem im Frühjahr und Sommer des zweiten Jahres nach dem Ausbruch.⁴⁷ Die kurzfristigen gesundheitlichen Folgen potentiell stark erhöhter UV-B-Strahlung für Mensch und Tier resultieren vor allem in einer allgemeinen Immununterdrückung, die einerseits kancerogene Prozesse befördert, andererseits aber den menschlichen wie auch tierische Körper anfälliger macht für Infektionen durch Viren, Bakterien und Pilze und so eine stärkere Symptomatik ganz unterschiedlicher, bereits im Körper der Betroffenen vorhandener Infektionen begünstigt.⁴⁸

Darüber hinaus gibt Matthew Paris einen weiteren, wichtigen Hinweis, der als Indikator für eine (moderat) erhöhte UV-B-Belastung gelesen werden kann: Öl (sic!), Wein und Korn wären in dieser Zeit verdorben⁴⁹, was wir bereits als Folge der feucht-kalten Witterung nach der Eruption für das Jahr 1258 kennen, jedoch mit einem wichtigen Unterschied: Widriges Wetter im Sommer 1259 setzte, wenn überhaupt, im Juli und August in Form starker Gewitter ein.⁵⁰ Weder war der Frühling noch der Sommer 1259 kalt und feucht, was zu Misswuchs und Schimmelgeschmack in den Früchten hätte führen können, ganz im Gegenteil war die Jahreszeit trocken und warm. UV-B-Strahlung hat jedoch das Potential, Trauben am Stock massiv zu schädigen und die Bitterstoffe (Tannine) im Wein zu erhöhen.⁵¹ Auf dem Kontinent erwähnt die böhmische Chronistik, dass der Wein des Jahres 1259 von sehr eigenartigem Geschmack

44 Vgl. Ulrich PLATT / Nicole BOBROWSKI, Quantification of volcanic ash and sulfur dioxide, in: Anja Schmidt / Kirsten E. Fristad / Linda T. Elkins-Tanton, Hg., *Volcanism and Global Environmental Change* (Cambridge 2015), 115–132; Kirstin KRÜGER / Steffen KUTTEROLF / Thor H. HANSTEEN, Halogen Release from Plinian Eruptions and Depletion of Stratospheric Ozone, in: Schmidt / Fristad / Elkins-Tanton, Hg., *Volcanism*, 244–259.

45 Vgl. Céline M. VIDAL u. a., The 1257 Samalas Eruption (Lombok, Indonesia). The Single Greatest Stratospheric Gas Release of the Common Era, in: *Scientific Reports* 6 (2016), 34868.

46 Vgl. David C. WADE u. a., Reconciling the Climate and Ozone Response to the 1257 CE Mount Samalas Eruption, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 117/43 (2020), 26651–26659.

47 Vgl. ebd., Fig. 3 (3) und Fig. 4 (b).

48 Vgl. Mary NORVAL / Gary M. HALLIDAY, The Consequences of UV-Induced Immunosuppression for Human Health, in: *Photochemistry and Photobiology* 87/5 (2011), 965–977.

49 „Oleum etenim, vinum et annona corrumpebantur“, Matthew PARIS, *Chronica Majora*, Bd. 5, 747; Englische Übersetzung: GILES, *Matthew Paris's English History*, Bd. 3, 329.

50 Vgl. Henry Richards LUARD, Hg., *Flores Historiarum* (= *Rolls Series* 95, London 1890), 493.

51 Vgl. Tjaša JUG / Denis RUSJAN, Advantages and Disadvantages of UV-B Radiations on Grapevine (*Vitis* sp.), in: *Emirates Journal of Food and Agriculture* 24/6 (2012), 576–585.

gewesen sei.⁵² Darüber hinaus können auch andere Pflanzen in ihrem Wachstum gehemmt und geschädigt werden.⁵³ Dazu passen weitere Berichte, nach denen in Folge der „*maxima aeris corruptio*“, also der großen Verderbnis der Luft im Mai 1259 die Bäume keine Früchte trugen.⁵⁴ Wir können also als Zwischenergebnis festhalten, dass sich im Frühjahr 1259 irritierende Phänomene häuften, die nicht einfach als Konsequenz der meteorologischen Störung verstanden werden können, die wir für gewöhnlich mit großen, klimatisch wirksamen Vulkaneruptionen assoziieren.

Perugia 1260: gesellschaftliche Verunsicherung durch Konflikt, Teuerung, Seuche und die Entstehung der Flagellanten

Bereits der US-Astronom Richard Stothers, der sich erstmals mit der ‘mystery eruption’ der 1250er beschäftigte, hat das Entstehen der Flagellantenbewegung mit diesem Ausbruch in Verbindung gebracht, konnte aber kaum mehr vorweisen als eine zeitliche Korrelation.⁵⁵ Jüngere Forschung hat diese Verbindung plausibilisiert,⁵⁶ wenn auch sehr viel weniger linear argumentiert wird als es sich Stothers als Naturwissenschaftler erlauben konnte.

Ausgangspunkt dieser neuen Bußbewegung war die mittellitalienische Stadt Perugia, wo erstmals im April 1260 eine Prozession von halbnackten Menschen stattfand, die sich unter Absingen von Litaneien selbst geißelten. Diese neue Bewegung der Geißler oder Flagellanten verbreitete sich rasend schnell nach Rom und dann Oberitalien, wie es Salimbene de Adam beschrieben hat, von wenigen Ausnahmen wie Siena oder Florenz abgesehen.⁵⁷ Dabei hat sich die bisherige Forschung sehr stark auf den frömmigkeitsgeschichtlichen Kontext der Flagellanten konzentriert,⁵⁸ und jüngst auf die emotionshistorischen Aspekte,⁵⁹ aber weniger auf die

-
- 52 „*Vinum miri valoris provenit in toto Bohemiae*“, *Annales Bohemiae 1196–1278. Lětopisy české od roku 1196 do roku 1278*, in: Josef Emler, Hg., *Prameny dějin českých (= Fontes Rerum Bohemicarum 2, Praha 1874)*, 282–303, 296.
- 53 Vgl. Carlos L. BALLARÉ / Amy T. AUSTIN, UV Radiation and Terrestrial Ecosystems. Emerging Perspectives, in: Brian Jordan, Hg., *UV-B Radiation and Plant Life. Molecular Biology to Ecology (Oxford 2017)*, 23–38.
- 54 „*Item in mayo [1259] fuit maxima aeris corruptio per totum mensem. [...] Arbores non fructificabant*“, CAM / JACOB, *Notes on an English Cluniac Chronicle*, 101.
- 55 Vgl. Richard B. STOTHERS, Volcanic Dry Fogs, Climate Cooling, and Plague Pandemics in Europe and the Middle East, in: *Climatic Change. An Interdisciplinary, International Journal Devoted to the Description, Causes and Implications of Climatic Change 42 (1999)*, 713–723.
- 56 Vgl. BAUCHI, *Chronology and Impact*; Alberto LUONGO, *Comune, Popolo e crisi alimentari a Perugia (1257–1260)*, in: Giuliana Albini / Paolo Grilli / B. Alice Raviola, Hg., *Il fuoco e l’acqua. Prevenzione e gestione dei disastri ambientali fra Medioevo e Età Moderna (= Quaderni degli Studi di Storia Medioevale e di Diplomatica, Milano 2022)*, 63–77.
- 57 Massimo VALLERANI, *Mouvements de paix dans une commune du « Popolo »*. Les Flagellants à Pérouse en 1260, in: Rosa Maria Dessì, Hg., *Prêcher la paix, et discipliner la société. Italie, France, Angleterre (XIIIe–XVe siècle) (Turnhout 2005)*, 313–355, hier 314–315.
- 58 Vgl. DEPUTAZIONE DI STORIA PATRIA PER L’UMBRIA, Hg., *Il Movimento dei Disciplinati nel settimo centenario dal suo inizio (Perugia 1260 / Perugia 1960)*; Gary DICKSON, *The Flagellants of 1260 and the Crusades*, in: *Journal of Medieval History 15 (1985)*, 227–267; Arsenio FRUGONI, *Sui Flagellanti del 1260*, in: *Bulletino del Istituto Storico Italiano per il Medio Evo 75 (1963)*, 211–237; mehr zum Forschungsstand bei VALLERANI, *Mouvements de paix*, 315, Anm. 11.
- 59 NAGY, *Événement*; NAGY / BIRON-OUELLET, *A Collective Emotion*.

basalen Fragen: Warum entstand diese spektakuläre Bewegung genau 1260 und wieso in Perugia? Warum fand sie breiten Rückhalt in der Bevölkerung und bei vielen, wenn auch keineswegs allen Stadtregierungen?

Als Selbstaussagen der Flagellanten werden in der Erzählung der zeitgenössischen Quelle eher stereotyp eine Bitte um Erbarmen und Frieden berichtet.⁶⁰ Ein Annalist aus Padua gibt uns einen der seltenen Einblick in das mutmaßliche Gefühlsleben der Flagellanten und die emotionale Wirkung, die sie auf Zuschauer hervorriefen:⁶¹ Er berichtet nicht nur, dass die Flagellanten unter Tränen das Erbarmen Gottes und den Beistand der Gottesmutter erlebten. Sie identifizierten sich zudem mit den Einwohnern Ninives, die nach Buße für ihre Sünden von Gott verschont wurden, obwohl ihr Untergang in 40 Tagen bereits beschlossen war (Jona, 3, 3-10).⁶² Nun sind solche straftheologisch gerahmten, diffusen Ängste nichts Ungewöhnliches,⁶³ und auch die positive Vision der Geißler wirkt reichlich allgemein. Doch gab es im Entstehungskontext der Flagellanten 1260 einen Sitz im Leben der positive wie negative Perspektiven in sich barg, die wir den wenigen Aussagen über ihre Motive entnehmen können. Um dieser Frage nachzugehen, müssen wir die Konflikte genauer betrachten, die Perugia vor Auftreten der Flagellanten prägten.

Seit 1255 regierte ein populares, von Handwerkern dominiertes Regime die Stadt, das sich in stetigem Konflikt mit der traditionell aristokratisch aufgefassten Elite der Magnaten befand.⁶⁴ Die Kommune Perugia litt seit 1256 unter Teuerung und Getreidemangel.⁶⁵ Leider setzt die detaillierte Überlieferung erst 1260 wieder ein, jedoch deutet die Auswertung der Rechtsprechung für lebensmittelbezogene Straftaten wie Getreidediebstahl und illegale Exporte auf einen Peak der Versorgungsprobleme im Jahr 1257 hin,⁶⁶ wobei 1258 ein weiteres Jahr des Hungers und der Teuerung war, in dem der eigene Podestà nicht bezahlt werden konnte.⁶⁷ Das Hohlmaß Getreide (ca. 200 kg⁶⁸) kostete 1258 stolze 130 soldi, 1260 nur noch 48 soldi.⁶⁹ Einen Höhepunkt an Nahrungsdiebstählen verzeichnen die archivalischen Quellen für März/April 1258; von den Grundbesitzern nicht autorisierte Ernten waren ein großes Thema der Strafgerichtsbarkeit im Juli und August des Jahres.⁷⁰ Die Zeiten waren also in jeder Hinsicht unruhig:

60 Cronaca A [-1350], in: Albano Sorbelli, Hg., *Corpus Chronicorum Bononiensium. Testo delle Croniche – Volume secondo* (= *Rerum Italicarum Scriptores (RIS²)* 18, 1/2 Città di Castello 1938), 3–614, hier 150–151.

61 Semantisch nähert sich diesem Aspekt NAGY, *Événement*, 139–142.

62 Philipp JAFFÉ, Hg., *Annales S. Iustinae Patavini*, in: Georg Heinrich Pertz, Hg., *Annales aevi Suevici* (= *Monumentae Germaniae Historica. Scriptores in Folio* 19, Hannover 1866, 148–193), 179.

63 Vgl. Manfred JAKUBOWSKI-TIESSEN / Hartmut LEHMANN, Hg., *Um Himmels Willen. Religion in Katastrophenzeiten* (Göttingen 2003).

64 Vgl. John P. GRUNDMAN, *The Popolo at Perugia 1139–1309* (= *Fonti per la storia d'Umbria* 20, Perugia 1992), 109–111; VALLERANI, *Mouvements de paix*, 336–343. Zur politischen Grundkonfiguration Perugias siehe Sarah Rubin BLANSHEI, *Perugia, 1260–1340. Conflict and Change in a Medieval Italian Urban Society* (Philadelphia 1976).

65 Vgl. LUONGO, *Comune, Popolo e crisi*, 66.

66 Vgl. ebd., 65.

67 Vgl. Ugo NICOLINI, Hg., *Reformationes comunis Perusii quae extant anni 1262* (= *Fonti per la storia d'Umbria* 5, Perugia 1969), *Transunto* II, xiii, No. 20.

68 Vgl. Giuseppe MIRA, *Il fabbisogno di cereali in Perugia nei secoli XIII–XIV*, in: N.N., Hg., *Studi in onore di Armando Saporì*, vol. 1 (Milano 1957), 505–517, 513.

69 Vgl. Sergio ANGELINI, *La Diplomazia comunale a Perugia nei secoli XIII e XIV* (= *Biblioteca dell' Archivio storico italiano* 16, Firenze 1965), 47, Fußnote 2.

70 Vgl. LUONGO, *Comune, Popolo e crisi*, 69.

1258 hatte die Kommune Kredite aufgenommen, auch um den Krieg gegen Gubbio fortzuführen. Deren Rückzahlung drohte Perugia bis 1260 fast in den Ruin zu treiben.⁷¹ Die ersten beiden Monate des Jahres waren hoch problematisch: Noch immer wurde Getreide aus dem Umland der Stadt, dem Contado, abgeführt,⁷² Mühlen dort waren angesichts der Überregulierung kein gutes Geschäft mehr.⁷³ Im Februar diskutierte eine große Sondersammlung der Bürger Vorschläge, wie die Stadt wieder zu Geld kommen könne.⁷⁴ Zugleich forderte man die Contadogemeinden auf, Getreidehändler nach Perugia zu schicken und dort zum regulierten Höchstpreis Korn zu verkaufen. Im März streikten die Transporteure des Getreides und erstmals ist in den Ratsdiskussionen von einer Teuerung des Getreides die Rede.⁷⁵

Vor diesem Hintergrund ist es einzuordnen, dass die kommunalen Gremien in der ersten Jahreshälfte 1260 eine Reihe von Verordnungen zur Bewahrung der öffentlichen Ordnung erließen. Darunter verstanden die Gesetzgeber des neuen, popularen Regimes in erster Linie, die Macht der Magnaten innerhalb der Stadtmauern und im Umland zu beschneiden.⁷⁶ Und es ging nach wie vor um Getreide: Weiterhin versuchte man aufgelassene Kornmühlen im Umland zu reaktivieren.⁷⁷ Und obwohl sich die Teuerung etwas entspannt hatte, wurde der erzwungene Transfer von Getreide in die Stadt immer noch, je nach Verwaltungsdistrikt, auf 14 bis 37 Prozent aller Dörfer angewandt.⁷⁸ Dass dabei die Besitzungen der Magnaten stärker belastet wurden als andere, lässt sich nur gelegentlich belegen, wäre aber nicht untypisch.⁷⁹ Der Konflikt war also ein machtpolitischer, aber geführt wurde er im Wesentlichen um den Zugriff auf Getreide. Als im Mai/Juni 1260 Unruhen ausbrachen,⁸⁰ standen diese sicher für einen in Italien charakteristischen Konflikt zwischen dem Popolo – also einfacheren Bürgern und Handwerkern – und den Magnaten, einflussreichen, meist adeligen Geschlechtern, aber den Takt gab eine wetterinduzierte Versorgungskrise vor, die in ganz Italien, den größten Teilen Europas und in vielen Regionen der Welt gleichzeitig auftrat und seit 1256 spürbar war.⁸¹

71 Vgl. NICOLINI, *Reformationes comunis Perusii*, 90, 101, *Transunto II*, No. 20; Vincenzo ANSIDEI, Hg., *Regestum reformationum comunis Perusii ab anno 1256 ad annum 1300* (= *Fonti per la storia d'Umbria I*, Perugia 1935), 149, 152, 160, 220, 298, 321, 324, 332.

72 Vgl. ebd., 97, Nr. 88, 19 Jan 1260.

73 Vgl. ebd., 88, Nr. 81, 7 Jan 1260; ebd., 112–113, Nr. 101, 4 Feb 1260).

74 Vgl. ebd., 114–115, Nr. 102, 5 Feb 1260.

75 Vgl. LUONGO, *Comune, Popolo e crisi*, 69–71.

76 Vgl. GRUNDMAN, *The Popolo*, 111–120; ANSIDEI, *Regestum reformationum*, 126–130.

77 Vgl. ebd., 88, 97, 112–113.

78 Noch 1260 unterlagen im Contado di Porta S. Pietro von 41 Dörfern 15 der Zwangsabgabe von Getreide („impositio bladi“), im Contado di Porta S. Angelo 12 von 83, im Contado di Porta Eburnea 6 von 18, im Contado di Porta S. Susanna 13 von 72 und im Contado di Porta Sole 5 von 31. Vgl. NICOLINI, *Reformationes comunis Perusii*, XXV–XXVIII.

79 Es scheint, dass Besitzungen der Magnaten im Contado di Porta S. Angelo besonders von der Zwangsabgabe betroffen waren: „I filii domini Henrighetti de Pregio; Iohannes de Castello de Fracta Filiorum Uberti“, ebd., XXXI. Für die anderen Contadi lässt sich keine zeitnahe Zuordnung von Magnaten und Besitzungen vornehmen. Im parallelen Fall von Pavia kann diese magnatenfeindliche Stoßrichtung auch belegt werden, vgl. Luisa CHIAPPA MAURI, *Una impositio blave del 1259 in Lomellina*, in: *Acme. Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università degli Studi di Milano* 28/1–2 (1975), 115–171, 148.

80 Vgl. NICOLINI, *Reformationes comunis Perusii*; ANSIDEI, *Regestum reformationum*, 211; VALLERANI, *Mouvements de paix*, 344.

81 Vgl. zu den Datierungswidersprüchen BAUCH, *Chronology and Impact*.

So war die Ausgangslage in Perugia 1260: Städtische Konflikte zwischen Magnaten und Popolo hatten die Atmosphäre aufgeheizt. Es ist also unnötig, zur Erklärung des Flagellanten-Phänomens eine diffuse eschatologische Erwartungshaltung im 13. Jahrhundert zu suchen und auf die Prophezeiungen des Joachim von Fiore (ca. 1130/35 – 1202) zu verweisen, der 1260 das letzte Zeitalter, das des Heiligen Geistes, anbrechen sah, dem freilich die Ankunft des Antichristen vorausging.⁸² Die endemische Gewalt in italienischen Kommunen des 13. Jahrhunderts ist sicher ein gewichtiger Faktor⁸³ in der Entstehung der Flagellanten. Im Hinblick auf die Motivation ihres Tuns blieben die Flagellanten wortkarg: Friede und Buße waren wie gesagt ihre Schlagworte, was zur Genese aus den innerstädtischen Konflikten passt. Hinzu musste aber ein auslösendes Moment kommen, mit den Worten John Grundmans: “When we ask why, in 1260, the Perugians felt so strongly the need for penance, and why the city was so politically volatile, we need not look far for an answer. Perhaps the most important immediate cause was the shortage of food.”⁸⁴ Ob die Epidemie, deren Auftreten in Perugia wir nicht belegen können, ebenfalls eine Rolle spielte, können wir nur begründet vermuten: Bezeichnenderweise begann die Flagellantenbewegung in Perugia am 1. April 1260, also dem Gründonnerstag. Nun war die Karwoche aber nicht nur eine traditionelle Zeit für Bußübungen und daher für das Entstehen kollektiver Selbstbestrafung fraglos besonders geeignet.⁸⁵ Genau ein Jahr zuvor, in der Karwoche 1259, hatte der synchrone Seuchenausbruch begonnen – ein Ereignis, das anders als die politischen Konflikte und der Kampf ums Getreide nicht auf menschliches Handeln zurückgeführt werden konnte und daher besonders metaphysischer Abhilfe bedurfte. Vielleicht spiegelt die Anfang des 14. Jahrhunderts in Bologna entstandene Legende des hl. Ranierius – des Perusiner Eremiten, der die Geißler förderte und nachträglich zum Urheber der Bewegung stilisiert wurde – noch diese Herkunft der Frömmigkeitspraxis aus politischem Konflikt, Teuerung, Hunger und Seuche, verweist doch der Heilige darauf, dass „wegen der unzähligen Sünden und Unsitten [...] der Herr diese Welt untergehen lassen“ wollte.⁸⁶ Damit wäre die legendarische Darstellung der Entstehung der Geißlerbewegung in Perugia 1260 weit mehr als ein hagiographisches Klischee.⁸⁷

82 Vgl. NAGY / BIRON-OUELLET, *A Collective Emotion*, 139.

83 Vgl. ebd., 140.

84 GRUNDMAN, *The Popolo*, 126.

85 Vgl. NAGY / BIRON-OUELLET, *A Collective Emotion*, 137.

86 „[...] propter peccata innumerabilia et turpia volebat Dominus mundum istum subvertere“, E. ARDU, Hg., *Frater Raynerius Faxanus de Perusio*, in: *Deputazione di Storia Patria per l’Umbria, Il Movimento dei Disciplinati*, 96.

87 Für eine große Detailkenntnis der Perusiner Verhältnisse von Seiten der Ranierius-Legende argumentiert auch VALLERANI, *Mouvements de paix*, 322.

Fazit

Nicht nur in Perugia lassen sich religiöse Reaktionen auf die natürlichen Extremereignisse der zweiten Hälfte der 1250er-Jahre und die mit ihnen einhergehenden Nahrungsverknappungen feststellen: Fasten, Gebete und Prozessionen nach der ersten Fehlernte 1256 berichtete auch Matthew Paris für England.⁸⁸ Auch Bauern um Madrid, aber auch an anderen Orten der iberischen Halbinseln begannen Bittprozessionen abzuhalten.⁸⁹ Ein prominenter Zeitzeuge einer endzeitlichen Deutung des Flagellantenphänomens, der in den Geißlern die ersten Protagonisten des dritten Zeitalters, dem des Heiligen Geistes sah, war im Übrigen der bereits eingeführte Salimbene de Adam selbst.⁹⁰

In Perugia kamen aber mehrere Faktoren zusammen, die das Entstehen der Flagellanten im Jahr 1260 erklären helfen:

Ein innerstädtischer Konflikt entlang politischer Linien, der aber durch Fragen der Nahrungsmittelversorgung eskalierte und am Köcheln gehalten wurde.

Eine akute und rekurrende Lebensmittelknappheit, Teuerung und Hungersnot, die in ihrem Kern durch den Ausbruch des Samalas initiiert worden war.

Eine für die Zeitgenossen rätselhafte Seuche, die synchron an verschiedenen Orten Eurasiens ausbrach und Mensch wie Tier nicht verschonte – vielleicht verursacht durch eine geochemische Reaktion auf den Vulkanausbruch, die zu einer allgemeinen Immunschwäche führte.

Hinzu kommen kulturell-religiöse Vorprägungen: Man muß von einer Präsenz von Bußbruderschaften in Perugia ausgehen, die sich an der Lehre der franziskanischen Spiritualen orientierten und zu denen der später heiliggesprochene Ranierius gehörte; und doch ist das kollektive Geißeln der Flagellanten ein Novum, eine allgemeine Übernahme einer zuvor privaten und auf religiös hervorgehobene Persönlichkeiten beschränkten Praxis.⁹¹ Die von Piroška Nagy beschriebene „emotionale Sequenz“ der Flagellanten wurde grundgelegt in einer langen, religiösen Sozialisierung der Individuen durch Predigt, Bibelkenntnis und Performanz: Sie bestand zum einen aus der Anerkennung der kollektiven Sündhaftigkeit, die Scham und Gottesfurcht gleichermaßen hervorrief. Aus dieser Emotion resultiert wiederum Handlungsdruck im Hinblick auf konkrete Buße, die durch Tränen und Züchtigung gleichermaßen Glaubwürdigkeit gewann. So konnte das negative Gefühl der Sündenangst transformiert werden in eine überschäumende Heilsgewissheit.⁹² Noch einmal sei auf den weiter oben erwähnten Annalisten aus Padua verwiesen: Ausdrücklich betont er, dass die Wucherer reuevoll ihr unrechtmäßig erworbenes Vermögen zurückgaben. Nach den langen Jahren der Teuerungskrise, die ja auch Gewinner gesehen hatte, könnte dies mehr sein als ein reiner Topos. Die Motivation für diese fundamentale Änderung des Lebenswandels war panische Angst, dass der rächende Gott sie

88 Vgl. GILES, Matthew Paris's English History, Bd. 3, 242, 255–256; im Original: Matthew PARIS, *Chronica Majora*, Bd. 5, 644–645, 661.

89 Vgl. Antonio RIERA MELIS, Crisis frumentarias y políticas municipales de abastecimiento en las ciudades catalanas durante la Baja Edad Media, in: Hipólito Rafael Oliva Herrer / Pere Benito Monclús, Hg., *Crisis de subsistencia y crisis agrarias en la Edad Media* (Sevilla 2007), 125–160, hier 195.

90 „In tertio statu operabitur Spiritus Sanctus in religiosis. Ita scribit abbas Ioachym, qui fuit de Ordine Floris. Quem statum inchoatum dicunt in illa verberatione, que facta est MCCLX, indictione III, quando qui verberabant se clamabant ‚Dei voces et non hominis‘“. SALIMBENE DE ADAM, *Cronica*, 677.

91 Vgl. NAGY / BIRON-OUELLET, *A Collective Emotion*, 147.

92 Vgl. ebd., 141–142.

mit himmlischem Feuer verzehren oder durch Erdbeben und klaffende Erdspalten vom Antlitz der Erde vertilgen wolle, und es ist noch von weiteren, unspezifischen Plagen die Rede.⁹³ In aller Vorsicht kann man hier jenseits apokalyptischer Topoi auf zwei reale Erfahrungen verweisen: Am 19. Februar 1258 hatte ein Erdbeben den Apennin erschüttert, mit Epizentrum in der Nähe von Aquila.⁹⁴ Zerstörungen dadurch sind freilich nur regional belegt, und das Erdbeben ereignete sich 200km Luftlinie entfernt von Perugia. Das himmlische Feuer als solches scheint noch mehr ein Versatzstück eschatologischer Furcht als das erwähnte Erdbeben. Aber mit einer kollektiven Erfahrung schädlicher Sonne, die eben aufgrund erhöhter UV-B-Strahlung nicht nur eine für die Zeitgenossen kaum zuordenbare Schwächung des Immunsystems bewirkte, sondern auch aus Alltagserfahrung leicht erklärliche, wenn auch sehr viel massivere Sonnenbrände als gewöhnlich verursacht haben dürfte, wäre ein solcher Anknüpfungspunkt für Endzeitfurcht nicht mehr völlig abstrakt.

Der entscheidende Punkt ist, dass es Faktoren gegeben haben muss, die viele Individuen überzeugten, dass sie in der konkreten Situation der Jahre 1258–60 Anzeichen kollektiver Sündhaftigkeit in ihrer Lage erkennen wollten – interne politische Konflikte alleine reichen hier als Erklärung nicht aus. Diese gab es immer, sie waren ein Strukturelement des Zusammenlebens in italienischen Kommunen. Ein vager, endzeitlich konturierter Rahmen ohne konkreten Sitz im Leben, wie die sicherlich nur wenigen Gebildeten präsenten Prophezeiungen des Joachim von Fiore über den auf 1260 datierten Anbruch des dritten Zeitalters, ist auch keine hinreichende Erklärung. Die Erfahrung von meteorologischen Extremen, Nahrungsverknappung und schließlich noch eines weitestgehend unverständlichen Seuchenausbruchs erklärt schon sehr viel besser den weit über Italien hinausreichenden Erfolg der Flagellantenbewegung. Denn Städte nördlich der Alpen oder im östlichen Mittelmeerraum teilten nicht die Gewalterfahrung italienischer Kommunen, wohl aber eine religiöse Vorprägung im Hinblick auf Frömmigkeitsformen und Bußpraktiken, jedoch ebenso ein synchrones Auftreten von Hunger, Krankheit und Tod. Sie schufen erst den Nährboden, auf dem ein kollektiver emotionaler Ausbruch wie die Entstehung der Flagellantenbewegung in Perugia 1260 tatsächlich in eine Verbindung mit der Eruption eines indonesischen Vulkans gebracht werden kann.

Informationen zum Autor

Dr. Martin Bauch, Nachwuchsgruppenleiter am Leibniz-Institut für die Geschichte und Kultur des östlichen Europa (GWZO), Reichsstraße 4–5, D-04109 Leipzig
E-Mail: martin.bauch@leibniz-gwzo.de

93 „[...] quod divinina potentia ipsos vellet igne celesti consumere vel hiatu terre subito absorbere aut concutere vehementissimo terre motu seu alii plagis, quibus divina iustitia se ulcisci de peccatoribus consuevit“, *Annales S. Iustiniae Patavini*, 179.

94 Vgl. Emanuela GUIDOBONI / Alberto COMASTRI, Hg., *Catalogue of Earthquakes and Tsunamis in the Mediterranean Area from the 11th to the 15th Century* (Roma 2005), 270–271.

Maximilian Gröber / Elisabeth Lobenwein / Elena Taddei

Wessen Furcht? Wessen Zorn? (Konstruierte) Emotionen im Zusammenhang mit Pockenepidemien und Schutzpockenimpfung

English Title

Whose Fear? Whose Anger? (Constructed) Emotions in the Context of Smallpox Epidemics and Smallpox Vaccination

Summary

This article explores the question of whether the regularly recurring smallpox epidemics in 19th century historical Tyrol, which corresponds to the territory of today's European Region Tyrol-South Tyrol-Trentino, and the visible signs of the epidemic on the faces of those who had recovered, evoked emotions in everyday life. Furthermore, it aims to investigate the specific forms of these emotions and how they were socially perceived and understood.

To shed light on these inquiries, selected print media from the 19th century with a focus on the 1870s from the Innsbruck/Tyrol area will be utilized as sources, offering insights into the urban context. Additionally, the medical records of Franz von Ottenthal (1818–1899), a private practitioner in South Tyrol, will be analysed to explore the rural context.

Keywords

Smallpox, Tyrol, epidemic, newspapers, Franz von Ottenthal (1818–1899), history of emotions, semantic analysis

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Einleitung

In seinem Werk „Epidemics. Hate and Compassion from the Plague of Athens to AIDS“ (2018)¹ hält der für seine unkonventionellen Ansätze bekannte amerikanische Historiker Samuel K. Cohn Jr. fest, dass nicht die unaufhaltsamen Infektionskrankheiten, sondern jene, für die bereits eine effektivere Präventionsmaßnahme als die alleinige Quarantäne z. B. in Form einer Impfung bestand, im 19. und 20. Jahrhundert am meisten Angst und folglich Gewalt hervorriefen. Unter Zuhilfenahme von Pressemedien ist der Autor der Frage nachgegangen, warum gerade die Pocken unter den Infektionskrankheiten so viel furchtgeleitete Gewalt verursacht haben, obwohl sie nach Einführung der Impfung nicht mehr unter den „big killers“ wie Tuberkulose oder Diphtherie zählten.² Cohns Argument zum Verständnis für die Verbindung von Pocken und Gewalt ist, dass es zwar Epidemien seit dem Altertum gibt, die von Infektionskrankheiten hervorgerufenen starken Emotionen aber erst im bakteriologischen Zeitalter zunahmen. Einerseits verloren Epidemien über die Zeit nicht ihre Furchtbarkeit – so Cohn; andererseits entstanden vermehrt Hass, Angst und Verzweiflung dort, wo es eine frühe Präventionsmaßnahme gab. Diese Gefühle entwachsen allerdings nicht mehr der Krankheit selbst, sondern der Weigerung „der Anderen“ sie mit Hilfe einer Präventionsmaßnahme (Quarantäne, Impfung) zu vermeiden oder einzudämmen. „Die Anderen“ sind im nordamerikanischen Kontext von Cohns Analyse vorrangig Einwanderer*innen, Mitglieder der „First Nations“ und „People of Color“.³

Seine Untersuchung basiert auf der Auswertung von Emotionsäußerungen und -darstellungen in den Medien des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts. Zeitungen spielten allgemein und besonders im Bereich der Pockenausbrüche eine bedeutende Rolle bei der Verbreitung von Vorurteilen gegenüber der Rasse, Ethnizität oder Klasse. Migrant*innen, allen voran Chines*innen, wurden dabei neben den nativen Bevölkerungsgruppen (Amerindians, Hawaiians) als Hauptverantwortliche für Krankheitsausbrüche gesehen. Die gängigen, auch in die Berichterstattung einfließenden Vorurteile, betreffen – so Cohns Schlussfolgerung – zumeist den Mangel an Vorsorgeverständnis und das Unwissen dieser einwandernden oder nativen Gruppen.⁴

Es stellt sich nun die Frage, ob ähnliche Emotionen auch in einem Raum wie dem historischen Tirol, das eher von Ab- als von Zuwanderung geprägt war, belegt sind. Sind Emotionen wie Furcht, Wut, Ekel im beginnenden 19. Jahrhundert, also bei der Einführung der Schutzpockenimpfung in einem von den Pocken regelmäßig betroffenen Land, ebenso nachzuzeichnen und wenn ja, mit welcher Intensität? Wie wurden diese Gefühle gesellschaftlich wahrgenommen und verstanden?

1 Samuel K. COHN Jr., *Epidemics. Hate and Compassion from the Plague of Athens to AIDS* (Oxford 2018). Siehe auch die Rezension dieses Werkes: Joseph P. BYRNE, Samuel Cohn Jr., *Epidemics. Hate and Compassion from the Plague of Athens to AIDS*, in: *The American Historical Review* 124/3 (2019), 1010–1013, <https://doi.org/10.1093/ahr/rhz057>.

2 COHN, *Epidemics*, 295.

3 Ebd., 530.

4 Ebd., 271–273.

Als Quellen zur Beleuchtung dieser Fragestellungen dienen für den urbanen Kontext ausgewählte Printmedien des 19. Jahrhunderts mit dem Fokus auf die 1870er Jahre aus dem Innsbrucker/Tiroler Raum. Für den ruralen Kontext werden die Krankengeschichten des Landarztes Franz von Ottenthal (1818–1899) herangezogen, der in den Diagnosen seiner *Historiae Morborum* neben etlichen anderen Leiden Pockenfälle ebenso festgehalten hat wie die „Furchtvorstellungen“ seiner Patient*innen und deren Ursachen.

Emotionen in den Quellen

Emotionen wie Liebe, Eifersucht, Neid, Zorn oder Traurigkeit, werden – so in Zedlers Universallexikon in der Mitte des 18. Jahrhunderts unter dem Schlagwort Affekte noch weitgehend als „Gemüths-Neigung“ oder als „Gemüths-Bewegung“ beschrieben.⁵ Gerade an letzterem Begriff schließt Ute Frevert mit ihren Überlegungen zu Gefühlen als handlungsrelevante, also zu Handlungen führende Regungen an.⁶ In ihrem Plädoyer für eine Geschichte der Gefühle sieht Frevert den Nutzen des „emotional turns“ im damit einhergehenden Verständnis für Verbindung und Entzweiung unter den Menschen aller Epochen: „[...] ,wer wissen will, wie es kommt, dass sich Menschen vergesellschaften, dass sie gemeinsame Ziele entwickeln und verfolgen, dass sie sich aber auch wieder entzweien, getrennte Wege gehen, sich verfeinden und einander Schaden zufügen, kann Gefühle und deren Gestaltungskraft nicht geringschätzen.“⁷

Dabei unterscheidet auch sie wie schon vorangegangene Forschungen⁸ zwischen Emotionen, die mit einem körperlichen Ausdruck verbunden und daher ureigen sind und solchen, die erlernt bzw. erwartet werden und somit einem kulturellen Code entwachsen.⁹ Das 18. und das 19. waren die Jahrhunderte der Aufklärung und der Staatswerdung – eine Zeit starker Gefühle. Dabei wurden gerade in der Romantik nicht nur Liebe, sondern auch die Angst und „eine ‚Lust an der Angst‘“¹⁰ zelebriert. Dies geschah just in dem Moment, wo durch größere Sicherheit die tatsächliche Angst angeblich zu schwinden begann. Doch zurecht fragt Frevert, ob die Angst tatsächlich verschwand und ob die propagierte Sicherheit wirklich rezipiert wurde; hier muss man sich ihrer Argumentation anschließen, dass Modernisierung, Technologisierung und im weitesten Sinne auch medizinische Präventionsmaßnahmen erst recht größere und neue Ängste hervorriefen.¹¹

Gefühle, sowohl universell angeborene Grundemotionen als auch kulturell angeeignete und erlernte Affekte, spielen mittlerweile nach der Abschwächung einiger vor allem methodischer

5 Johann Heinrich ZEDLER, *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste*, Bd. 1 (1731), Sp. 717–718, Digitalisat <https://www.zedler-lexikon.de/index.html?c=blaettern&zedlerseite=ze010398&bandnummer=01&seitenzahl=0398&dateiformat=1&view=150&supplement=0%27> (letzter Zugriff: 16.05.2023).

6 Ute FREVERT, *Geschichte der Gefühle* (Göttingen 2021), 17.

7 Ebd., 46.

8 Beispielhaft: Steven L. GORDON, *Social Structural Effects on Emotions*, in: Theodore D. Kemper, Hg., *Research Agendas on the Sociology of Emotions* (Albany 1990), 145–179; Jack M. BARBALET, *Emotion, Social Theory and Social Structure* (Cambridge 1998); Ronald DE SOUSA, *Die Rationalität des Gefühls* (Frankfurt am Main 1997).

9 FREVERT, *Geschichte der Gefühle*, 21.

10 Ebd., 43.

11 Ebd.

„Befürchtungen“¹² eine wichtige Rolle in der Historiografie. Allen voran ist über die Epochen hinweg die Furcht eine gut untersuchte emotionale Konstante.¹³

Gefühle werden durch Sprache tradiert, definiert, eingegrenzt.¹⁴ Wenn nach Frevert „eine erfolgreiche Kommunikation mit Fremden“ – worunter die Leserschaft der Zeitungen und bis zu einem gewissen Ausmaß auch das Arzt-Patient*innen-Verhältnis subsumiert werden kann – „auf dem gezielten Einsatz von Gefühlen beruht“,¹⁵ stellt sich die Frage, inwiefern das bewusst war und demnach auch konstruiert bzw. manipuliert wurde/werden konnte, denn – so Frevert weiter – „Zeitungen vermittelten [jedoch] nicht nur Informationen, sie gewichteten und bewerteten sie auch und bezogen Stellung“.¹⁶ In diesem Zusammenhang nennt Katherine Foss Medien zurecht „gatekeepers“: Sie entscheiden wann, wie oft und ob über Krankheitsfälle berichtet wird, ob von Risiken und Todesfällen die Rede ist, ob „Schuldige“ benannt werden und in welchem Ausmaß Präventionsmaßnahmen und Verordnungen verkündet und mitgetragen werden. Foss hat die amerikanische Medienlandschaft zwischen 1721 und 1952 und ihre Rolle während der verschiedenen Epidemien untersucht. Hierbei ist sie der Frage nachgegangen, wie Medien die Nachricht von Krankheiten verarbeiten und wie sie die kollektive Erinnerung an Epidemien konstruieren und prägen. Von Bedeutung sind dabei stets die Hintergründe und Motivationen, über Epidemien zu schreiben oder zu schweigen. Ein besonderes Gewicht in diesem Kontext haben die mit den Krankheiten verbundenen Diskriminierungen, Stigmatisierungen und die Distanzierung von bestimmten Kollektiven, das „othering“.¹⁷

Anders als die mediale Inszenierung von Ärzten im Rahmen der Seuchenprävention waren ihre Aufzeichnungen über die behandelten Patient*innen zumindest in ihrer ursprünglichen Form für den ärztlichen Eigenbedarf und nicht für die Öffentlichkeit gedacht. Zum Umgang mit Krankengeschichten als Quellen hat sich die medizinhistorische Forschungsliteratur bereits intensiv auseinandergesetzt.¹⁸ Die Aufzeichnungen des Landarztes Franz von Ottenthal unterscheiden sich hierbei nicht: Auch sie sind ein Ordnung schaffendes, vom Schreibenden gefiltertes, wahrscheinlich nachträglich ergänztes Festhalten des Arzt-Patient*innengesprächs. Das Festgehaltene ist eine Mischung aus dem, was der Arzt in seiner Gelehrtheit, seinem Stand und Sprachverständnis als medizinisch relevant erachtet hat oder was er während dieser Interaktion beobachtet und für die Anamnese und Diagnose ins Lateinische übertragen hat. Nicht auszuschließen ist, dass Informationen der Patient*innen absichtlich weggelassen oder einfach

12 Bettina HITZER, Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen, in: H-Soz-u-Kult 23.11.2011, www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsberichte-1221 (letzter Zugriff: 16.05.2023); Barbara ROSENWEIN, Worrying about Emotions in History, in: *The American Historical Review* 107/3 (2002), 821–45.

13 Peter DINZELBACHER, Angst im Mittelalter. Teufels-, Todes- und Gotteserfahrung. Mentalitätsgeschichte und Ikonographie (Paderborn u. a. 1996); Jean DELUMEAU, *La Peur en Occident (XIV^e-XVIII^e siècles)*. Une cite assiégée (Paris 1978); William NAPHY / Penny ROBERTS, Hg., *Fear in Early Modern Society* (Manchester u. a. 1997); Joanna BOURKE, Fear and Anxiety. Writing about Emotion in Modern History, in: *History Workshop Journal* 55 (2003), 111–133, <https://doi.org/10.1093/hwj/55.1.111>.

14 FREVERT, *Geschichte der Gefühle*, 53.

15 Ebd., 102.

16 Ebd., 299.

17 Katherine A. FOSS, *Constructing the Outbreak. Epidemics in Media & Collective Memory* (Amherst–Boston 2020), 2–3.

18 Volker HESS / Andrew J. MENDELSON, Case and Series. Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900, in: *History of Science* 48/3–4 (2010), 287–314, <https://doi.org/10.1177/007327531004800302>.

vergessen wurden. Es ist somit die Arzt- und nicht dezidiert die Patient*innensicht, die hier verschriftlicht wird. Dennoch handelt es sich bei den Krankengeschichten nicht nur um Symptombeschreibungen und Diagnosen. Ottenthal vermerkt oft auch den Auslöser für die Erkrankung und den Grund für den Arztbesuch. Hinter den dafür verwendeten Formulierungen „desiderat“ (wünscht) oder „timet“ ((be-)fürchtet) scheinen die Sicht der jeweiligen Patient*innen und deren – auch geschlechtsbedingte – Körperwahrnehmungen bzw. die Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit durch.¹⁹

Zeitungen

Die frühe Zeit der Berichterstattung, die auch im Fokus des vorliegenden Beitrages liegt, obliegt keiner Systematik; Zeitungen bestanden aus eingereichten, aus anderen Medien übernommenen oder darauf replizierenden Berichten, aus Ankündigungen und Verordnungen, Pamphleten, Werbungen und Anzeigen.²⁰ In diesen heterogenen Inhalten müssen auch die Intention der Berichterstattung im Rahmen von ansteckenden Krankheiten und die damit verknüpften Emotionen hinterfragt werden. Gerade bei Pocken liegt der Fokus auf der Präventionsmöglichkeit durch die Schutzpockenimpfung, die mit Gefühlen der Freude, Erleichterung und aber der Wut über die geringe Akzeptanz einerseits und die Zwangsmaßnahmen andererseits verbunden ist. Die Möglichkeit, eine letale und hochansteckende Krankheit „endlich“ bekämpfen oder gar ausrotten zu können, brachte eine Reihe von „Experten“ in die mediale Diskussion hinein, die sich gerade hierbei zu profilieren und nicht selten ihre Gegenspieler zu diskreditieren versuchten.²¹

Zur Kontextualisierung und Gewichtung der Ergebnisse bezüglich der in den Medien vermittelten Emotionen sind vor allem die jeweiligen Blattlinien der Zeitungen sowie ihre Reichweite zu berücksichtigen. Letztere stellt grundsätzlich in vielen Fällen ein Forschungsdesiderat dar, da eine – vor allem lückenlose und damit auch für einen Vergleich sinnvolle – Aufarbeitung der Auflagezahlen bislang noch nicht geschehen ist. Nichtsdestotrotz lässt sich auch ohne die exakte Zahl der Auflagen die Reichweite mit Hilfe der Erscheinungsfrequenz abschätzen. Hier gilt die Faustregel, dass eine größere Leserschaft zu mehr finanziellen Ressourcen und damit auch einem häufigeren Erscheinen der Zeitung führt.

Eine höhere Auflage findet sich etwa bei den von Beginn an – bis auf Sonntag – täglich erscheinenden *Innsbrucker Nachrichten*, deren Erstausgabe im Januar 1854 gedruckt wurde.²² Über die ersten vier Jahrzehnte blieben die *Innsbrucker Nachrichten* ein Lokalblatt, das sein

19 Dazu siehe auch die Untersuchung von Bettina BROCKMEYER, Krankheitsdarstellungen in Briefen an Samuel Hahnemann – eine Lektüre aus geschlechtsgeschichtlicher Perspektive, in: Martin Dinges / Vincent Barras, Hg., Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum 17.–21. Jahrhundert (Stuttgart 2007), 211–222.

20 Foss, Constructing the Outbreak, 22.

21 Ein Tiroler Beispiel soll hierfür Beleg sein: Im Konkurrenzkampf zwischen Dr. Peter von Scala und Dr. Josef Mazegger hielt ersterer gegenüber dem Landesgubernium fest, dass letzterer „durch seine ungeschickte Impfmethode sowohl als durch seine die Kinder zurückschreckende Baeren Physiognomie die Fortschritte der Vaccination ohnehin mehr hindere als beförderte“. Tiroler Landesarchiv (= TLA), Jüngerer Gubernium 2421, 1808 Nr. 9698 vom 1.7.1808.

22 Siehe: *Innsbrucker Nachrichten* (= IN) (25. Januar 1854).

Publikum aufgrund einer gemäßigt-liberalen Blattlinie ab Mitte der 1860er Jahre stetig erweitern konnte.²³

Bereits zwölf Jahre vor den *Innsbrucker Nachrichten* erschien im Verlag „J. Eberle und Ferrari“ das *Bozner Wochenblatt*. Zunächst nur vier Seiten stark und mit zwei Ausgaben pro Woche, konnte die Zeitung über die folgenden Jahre einen stetigen Zuwachs verzeichnen und erschien schon ab 1863 täglich. Mit Jahresbeginn 1856 erfolgte die Umbenennung in *Bozner Zeitung*, zwischen 1872 und 1895 führte sie den Namen *Constitutionelle Bozner Zeitung*.²⁴ Ihre Blattlinie ist von Beginn an als liberal zu klassifizieren, was vor allem im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts zu einigen Konflikten mit konservativen Zeitungen und Kirchenvertretern führte.²⁵ Für den hier in Folge vorgestellten, engeren Untersuchungszeitraum der 1870er Jahre ist zu sagen, dass die *Boznerin*, wie sie zeitgenössisch auch gerne genannt wurde, zwar entschieden liberale Züge trug, aber nicht als dezidiert oppositionelles Blatt wahrgenommen wurde.²⁶

Die zehn Jahre später, nämlich am 27. März 1861, unter dem Wahlspruch „Für Gott, Kaiser und Vaterland“ erschienenen *Tiroler Stimmen*, bekannten sich in ihrer Erstausgabe hingegen zu einer katholischen sowie – in Bezug auf Österreich und Tirol – patriotischen Blattlinie, die frei von jeder parteipolitischen Einflussnahme sein sollte.²⁷ Anfangs erschien die Zeitung dreimal wöchentlich, doch bereits nach der achten Nummer erfolgte eine Steigerung auf sechs Ausgaben pro Woche. Herausgeber der *Stimmen* war die katholisch geprägte „Vereinsdruckerei“.²⁸ Angaben zu Auflagenzahlen finden sich in der Literatur keine.²⁹ Im Allgemeinen lässt sich aber sagen, dass die katholisch-konservative Presse in Nordtirol bei Weitem nicht an die Reichweite der liberalen Blätter anschließen konnte,³⁰ was in Bezug auf die damalige Dominanz des Bürgertums im Printbereich schlüssig erscheint. In ihrem Ton gaben sich die *Tiroler Stimmen*, die ab dem 11. Mai 1868 als *Neue Tiroler Stimmen* erschienen, von Beginn an kämpferisch und polemisierten gegen liberale Konkurrenzblätter.³¹

Von denjenigen Blättern, die sich dezidiert liberal oder konservativ gaben, sollte noch eine dritte Kategorie von Zeitungen unterschieden werden, welche sich weniger eindeutig einer politischen Richtung zuordnen lassen oder gar bewusst eine unkritische Haltung einnahmen.

23 Gerda BREIT, Das Pressewesen Nordtirols von 1860 bis 1914, Dissertation (Universität Innsbruck 1950), 130–132.

24 Josef HIMMELREICH, Geschichte der Deutsch-Tiroler Presse. Zeitungswissenschaftliche Abhandlung für das Institut für Zeitungsforschung an der Universität München (Gelsenkirchen 1927), 12.

25 Vera KAMAUN, Der Einfluss des Bürgertums auf die Presse im frühen 20. Jahrhundert am Beispiel der „Czernowitzer Allgemeinen Zeitung“ und der „Bozner Zeitung“, in: Kurt Scharr / Gunda Barth-Scalmani, Hg., Die Gegenwart des Vergangenen im urbanen Raum Czernowitz-Innsbruck. Projektergebnisse eines gemeinsamen Studierendenprogrammes der Universitäten Czernowitz und Innsbruck über das kulturelle Erbe im öffentlichen Raum (Innsbruck 2019), 45–56, hier 48–49.

26 HIMMELREICH, Geschichte der Deutsch-Tiroler Presse, 27.

27 Programm, in: *Tiroler Stimmen* (27. März 1861), 1.

28 Karl KLAAR, Gründung und Fortschritt der Firma Mar. Vereinsbuchhandlung und Buchdruckerei A. G. in Innsbruck. Die Jahre 1856–1936 (Innsbruck 1936), 8–9, 34.

29 In der Dissertation von Breit wird eine Zahl von 1.000 Abonent*innen genannt, ohne aber den genauen Zeitraum einzugrenzen. Siehe: BREIT, Pressewesen, 43.

30 Ebd., 33.

31 Ebd., 44.

Hierbei wäre zuvorderst der bis in die Gegenwart als Amtsblatt fungierende *Bote für Tirol und Vorarlberg* zu nennen. Der im Oktober 1813 erstmals herausgegebene *Bote* stellt die am längsten erscheinende Zeitungsquelle innerhalb des ausgewerteten Corpus dar. Ab 1849 erschien das Blatt, mit Ausnahme von Sonn- und Feiertagen, täglich. Stilistisch war die Zeitung von der Nüchternheit einer amtlichen Berichterstattung geprägt, wodurch auch Angriffe gegen andere Blätter eine Ausnahme darstellten.³² Bezüglich der bei unserer Untersuchung im Fokus stehenden zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Stellung des *Boten* als regelmäßig erscheinendes Regierungsorgan gefestigt und es wurden folglich keine kontroversen Positionen bezogen. Als zur Jahrhundertmitte ebenfalls politisch unproblematisch galten die *Katholische[n] Blätter aus Tirol*, die sich laut der Einschätzung des Statthalters nur bei kirchlich-religiösen Belangen zu Wort meldeten sowie die ebenso vom Statthalter als unbedenklich eingestufte *Tiroler Schützen-Zeitung*.³³ Letztere erschien ab Juli 1846 einmal wöchentlich und konnte ihre Auflage innerhalb der nächsten zehn Jahre auf drei Ausgaben pro Woche steigern. Wie bereits im Namen veranlagt, entsprang die *Tiroler Schützen-Zeitung* aus dem Gedanken der propagierten Wehrhaftigkeit des Landes,³⁴ dessen Interessen durch deren Artikel vertreten werden sollten. Inhaltlich kennzeichnete sich das Blatt neben seinen Beiträgen zur tirolischen Geschichte auch durch liberalere Tendenzen in der Berichterstattung und äußerte sich in diesem Zusammenhang kirchenkritisch.³⁵ Mit dem Jahresende 1872 stellte die Redaktion der mittlerweile umbenannten *Volks- und Schützen-Zeitung* ihre Arbeit ein.³⁶ 1884 kam es zu einer Neuausgabe als *Tirolisch-Vorarlbergerische Schützen- und Wehrzeitung*, die nach einem weiteren Namenswechsel bis 1908 bestand.³⁷

Zuletzt sei noch die zwischen 1878 und 1906 erschienene Wochenzeitung *Andreas Hofer* genannt, die wiederum eine eher konservative Blattlinie vertrat. Deutlich wird dies spätestens mit dem 1. August 1882, mit welchem der *Andreas Hofer* an die katholische Vereinsbuchhandlung, also dem Verlag der *Tiroler Stimmen*, übergang.³⁸ Wie auch die *Tiroler Schützen-Zeitung* war das Wochenblatt als Lektüre für die breiteren Bevölkerungsschichten gedacht, was sich auch in ihrem relativ günstigen Preis widerspiegelte.³⁹

32 Ebd., 100–103.

33 HIMMELREICH, Geschichte der Deutsch-Tiroler Presse, 27–28.

34 Ebd., 9.

35 BREIT, Pressewesen, 157.

36 An die P. T. Abonnenten der „Volks=und Schützen=Zeitung“ (16. Dezember 1872), 1.

37 HIMMELREICH, Geschichte der Deutsch-Tiroler Presse, 9.

38 Ebd., 15–16.

39 BREIT, Pressewesen, 218–220.

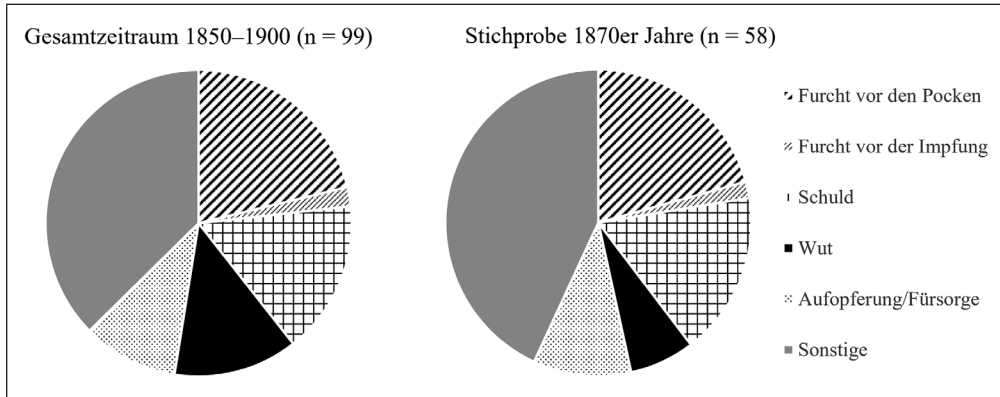


Abb. 1: Medial vermittelte Emotionen in den jeweiligen Untersuchungszeiträumen, Quelle: ANNO, eigene Auswertung.

Einer semantischen Analyseverfahren folgend, wurde in den vorgestellten Blättern, die auf den Portalen AustriaN Newspapers Online (ANNO) der Österreichischen Nationalbibliothek, bzw. Teßmann digital der Südtiroler Landesbibliothek frei abruf- und durchsuchbar sind, nach Ausdrücken von Emotionen, also nach Angaben zu Pocken/Blattern/Impfung in Verbindung mit Begriffen wie Wut/Zorn, (Nächsten-)Liebe, Fürsorge, Aufopferung, Schrecken, Furcht, Ekel etc. respektive auch nach deren Paraphrasen gesucht. Über den gesamten Zeitraum (1850–1900) betrachtet (unter Berücksichtigung, dass nicht alle Zeitungen gleich lang bestanden) ergaben sich dabei 21 Treffer bei Ausdrücken der Furcht vor den Pocken, aber nur zwei zur Furcht vor der Impfung, 16 Schuldzuweisungen bei Ausbruch der Krankheit, 13 Ausdrücke von Wut gegenüber der Impfung, aber wiederum nur zwei kritische Meldungen gegenüber Ungeimpften und schließlich zehn Angaben zur Fürsorge und Nächstenliebe im Umfeld der Erkrankung. Zum Ekel gegenüber den Erkrankten gab es lediglich vier Hinweise. Bei einer Einengung dieses Längsschnitts auf die quellenreichste Periode der 1870er Jahre, welche im Folgenden genauer beleuchtet wird, finden sich 13 Hinweise auf Furcht vor den Pocken, eine Angabe von Furcht vor der Impfung, vier Nennungen von Wut, eine Angabe von Ekel sowie sechs Hinweise auf Aufopferung, Mitleid und Nächstenliebe.

Bei genauerer Betrachtung der Narrative bezüglich des am meisten genannten Gefühls der „Furcht“, kommen verschiedene Argumentationslinien zum Vorschein: So behaupteten die *Neuen Tiroler Stimmen*, dass die liberale *Bozner Zeitung* nicht über die Pocken bzw. Blattern berichte, um keine Panik zu verbreiten oder wirtschaftliche Nachteile hervorzurufen:

„Die in Bozen erscheinenden Zeitungen hielten es es [sic] für angezeigt, von der in Bozen herrschenden Blattern-Epidemie gar nicht zu sprechen, theils um die Furchtsamen der Stadt nicht noch mehr zu erschrecken, theils um keine ungünstigen Nachrichten über den Gesundheitszustand der Stadt unnötiger Weise in die weite Welt hinauszusenden; denn Bozen ist auch eine Handelsstadt, und das materielle Wohl derselben hängt sehr viel davon ab, ob mehr oder weniger Käufer kommen, da ihre Einkäufe zu machen.“⁴⁰

40 Neue Tiroler Stimmen (= NTS) (12. März 1875), 2.

In der ländlichen Gegend um die kleine Stadt Vils herum war diese Zurückhaltung der Medien offensichtlich weniger vonnöten:

„Die von andern Zeitungen gebrachte Nachricht über die in Vils ausgebrochene Blattern-Epidemie vervollständige ich dahin, daß diese Krankheit in vielen Häusern eingerissen und bereits sieben Opfer gefordert hat. Die Schule ist seit 8 Tagen geschlossen, Verhinderungsmaßregeln sind getroffen, die Wieder-Einimpfung geht langsam vor sich. Die Furcht vor dieser ansteckenden Krankheit hat nicht bloß im Städtchen, sondern auch in benachbarten Orten Baierns auf das entsetzlichste überhandgenommen.“⁴¹

Eine Erklärung für die angeblich steigende Furcht vor Pocken bieten die *Neuen Tiroler Stimmen*, wenn sie aus Neumarkt, im heutigen Südtiroler Unterland, berichten, wie umständlich ein Pockenopfer zu Grabe getragen wurde:

„Neulich starb dahier eine Magd an Blattern. Nun verordnete der Arzt, daß die Leiche rückwärts zum Fenster hinabgelassen und von dort aus auf Umwegen, ohne den Markt zu berühren, zum Friedhofe getragen werden sollte. Sie werden es begreiflich finden, daß es, nachdem von kompetenter Seite den Leuten eine solche Furcht eingebläst wird, nur schwer gelang, Leichenträger zu finden.“⁴²

Auch das offizielle Blatt des Kronlandes, das naturgemäß die meisten Aufrufe zur Impfung und die zuverlässigsten Meldungen über Pockentote beinhaltet, führte 1871 einen emotionsgeladenen Artikel mit dem Titel „Erprobtes zur Verbannung der Furcht vor den Blattern“ an. Die Furcht steht hierbei als Ursache für den Bedarf an Verhaltensregeln und gleichzeitig als Ursache für die Krankheit selbst:

„Aber was schützt denn vor Blattern, dieser erschrecklichen Krankheit? Gemach, lieber Leser, wir wollen sehen, ob wir dich nicht aus dem Banne des Schreckens erlösen können. Wir sagen, daß die Pocken nicht so schrecklich sind, erst der Wahn theilt ihnen vom Schrecken eine größere Dosis mit.“⁴³

Die Furcht erscheint in diesen Beispielen als Movers zum Handeln, Rechtfertigung von Maßnahmen oder als kontraproduktives, lähmendes, die Krankheit verstärkendes Gefühl. Weitere Ansätze von Furcht lassen sich auch im Rahmen von Kritiken über die Säumigkeit von Behörden im Kontext eines Ausbruches erkennen. So monierte 1871 ein Bewohner der Stadt Hall in einem eingesandten Artikel in den *Innsbrucker Nachrichten*:

„Wie bekannt, grassiren die Blattern in Schwaz und in den umliegenden Ortschaften auf erschreckende Weise. In Thaur sollen bereits ebenfalls 50 Personen an den Blattern erkrankt sein, und in Hall sind selbe im Irrenhause ausgebrochen. Von allgemeinen Maßregeln gegen weiteres

41 NTS (27. Dezember 1873), 2.

42 NTS (2. April 1875), 3.

43 Bote für Tirol und Vorarlberg (= BTV) (7. Dezember 1871), 1967.

Umsichgreifen dieser Epidemie, sowie von Belehrungen an die Bevölkerung etc. hört man nichts. Gibt es keine Sanitätsbehörde? Ein Bewohner der Stadt Hall.⁴⁴

Beginnend mit dem Jahr 1871 steigerte sich ein Pockenausbruch – mitunter auch im Zusammenhang mit dem deutsch-französischen Krieg – zu einer der letzten besonders heftigen Epidemien des 19. Jahrhunderts mit über 1.000 Opfern allein in Tirol. Obwohl durch den Direktor der Landes-Irrenanstalt medial replizierend versichert wurde, dass der einzige Pockenfall im Haus isoliert worden war, drückt der Leserbrief möglicherweise eine auf Nachrichten von anderen Landesteilen beruhende Beunruhigung aus. Ebenso wird die Erwartungshaltung gegenüber den Sanitätsbehörden ersichtlich.

Spiegelt der Leserbrief möglicherweise – neben einem Vorbehalt gegenüber einer in der Stadt angesiedelten Einrichtung für psychisch Kranke – eine echte Sorge um die Gesundheit wider, so weisen die Mehrheit der übrigen Pressemeldungen über die Pocken eher eine Politisierung der Krankheit auf. Das folgende Beispiel zeigt, als eines von vielen, wie die angebliche Furcht vor den Pocken bzw. der Umgang mit einem Ausbruch vom konservativen und dem liberalen Lager in der Presse dazu benutzt wurde, um die jeweils andere Gruppierung als furchtsam oder fahrlässig zu diskreditieren. So schrieben die *Neuen Tiroler Stimmen* im Februar 1875 während eines Pockenausbruches:

„[...] man möge eine Andacht abhalten, zur Abwendung dieser Epidemie, welche das Volk, ohne die Liberale um Erlaubniß zu fragen, die auch bei jeder sie bedrohenden Gefahr sich hinter den Ofen verkriechen, immer als einen Wink Gottes ansieht, in sich zu gehen, und sich zum Herren zu wenden. [...] Schon die ganze Andacht, welche am Donnerstag, Freitag und Samstag der letztvergangenen Woche stattfand, war den Liberalen ein Dorn im Auge, und wahrhaft ekeleregend und unchristlich waren die Bemerkungen, welche sie über Gebet und Kirchenbesuch machten. Der liberale Bozner Magistrat, welcher als der Vertreter des katholischen und marianischen Bozens zum großen Aergernisse sehr vieler sich an der Andacht nicht betheiligte, wollte auch das Seinige dazu beitragen und verbot mit einem an den Propst und Stadtpfarrer gerichteten Ukas die Bittprozession. Nachdem das Theater bisher immer offen blieb, und die Vorstellungen öfters bei überfülltem Hause regelmäßig stattfinden, und dies in einem geschlossenen, immerhin beschränkten Raume geschieht, nachdem kein einziger der Bälle, Tanzkränzchen, maskirte Redouten etc. verboten wurde, auch alle Schulen bei oft sehr beschränkten Raume fort gehalten werden, und die von den Blattern Genesenen sich an allen öffentlichen Orten, wie Kaffee- und Gasthäusern einfinden dürfen, nachdem die Leichenbestattungen mit Ausnahme der an Blattern Verstorbenen mit dem gewöhnlichen Gepränge erlaubt sind, wo sich Verwandte, Bekannte und Freunde, unter diesen Personen aus allen Ständen einfinden, eine förmliche Prozession bilden, und die Leiche bis zum Grabe begleiten, schien dem Hochwürdigsten Probst dies Verbot des liberalen Magistrats nicht gerechtfertigt, sondern ein Eingriff in eine rein kirchliche Funktion, eine wahre Chicane, er beschloß daher doch betend auf den Gottesacker zu ziehen, und ließ dies sein Vorhaben dem Magistrate wissen.“⁴⁵

44 IN (24. Februar 1873), 495.

45 NTS (24. Februar 1875), 2–3.

Der Magistrat erwirkte ein telegrafisches Verbot der Andacht durch den Statthalter. Der Probst entschied, allein auf den Friedhof zu gehen. Da er niemandem verbieten konnte, sich ihm dabei anzuschließen, gab es eine nicht angekündigte, allerdings ruhig verlaufene Prozession. „Weil alles in Ordnung verlief wurde das Militär wieder ab beordert.“⁴⁶

Verbote im Sinne des seit der Covid-19-Pandemie wohl bekannten „social distancing“ bzw. die Erlaubnis zu verschiedenen Geselligkeiten, also so genannten „super spreader events“, drücken im Tirol der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts weniger tiefgehende Gesundheitsorgen und Befürchtungen im Umgang mit ansteckenden Krankheiten aus, als vielmehr rezipierte Benachteiligungen und Schikanen der jeweiligen politischen Lager. Hierfür wurden Emotionen bedient und beschworen, wenn es im Nachgang auf vorige Berichterstattung hieß:

„Warum sah und sieht die Sanitätskommission in all dem nichts Gefährliches, sondern nur in einem frommen Bittgange, der unter gleichen Verhältnissen stattfindet? Warum taucht jetzt auf einmal wie aus den Wolken eine Sanitätskommission auf, von der wir bisher keine Spur wahrnahmen bis zum Verbote des erwähnten Bittganges?“⁴⁷

Diesen städtisch fokussierten und öffentlichkeitsprägenden Quellenbeispielen aus den Tiroler Pressemedien, mit einer hervorstechenden Politisierung von Infektionskrankheiten und damit einhergehenden tatsächlichen oder konstruierten Emotionen, stehen nun in der Analyse die Krankengeschichten des (Süd-)Tiroler Landarztes Franz von Ottenthal gegenüber.

Franz von Ottenthal

Der 1818 in Sand in Taufers geborene, aus einer alten Tiroler Adelsfamilie stammende Franz von Ottenthal absolvierte sein Medizinstudium an der Universität Wien, wo er 1843 zum Doktor der Medizin promovierte, in weiterer Folge ein Diplom in Gynäkologie und ein weiteres Doktorat in der Chirurgie erwarb.⁴⁸ Nach Abschluss seines Studiums arbeitete Ottenthal von 1844 bis 1846 als Gemeindefeuerarzt in Windisch-Matrei (Osttirol). In dieser Zeit begann er mit der Aufzeichnung seiner so genannten *Historiae Morborum*, Notizen zu den ihn vorgetragenen Krankheitsfällen.⁴⁹ 1847 kündigte er seine Anstellung in Osttirol und kehrte in seinen Heimat-

46 Ebd., 3.

47 NTS (1. März 1875), 2–3.

48 Für eine umfassende Biografie Franz von Ottenthals vgl. Elena TADDEI, Franz von Ottenthal. Arzt und Tiroler Landtagsabgeordneter (1818–1899) (Wien 2010), 27–46. Eine kürzere Version der Biografie findet sich in Elena TADDEI, Franz von Ottenthal – Landarzt, Gerichtsarzt, Landtagsabgeordneter, in: Rainer Alsheimer / Roland Weibezahn, Hg., Körperlichkeit und Kultur 2004. Interdisziplinäre Medizinkulturforchung. Dokumentation des 7. Arbeitstreffens des ‚Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung‘, Würzburg, 31. März–2. April 2004 (Bremen 2005), 191–202.

49 Vgl. Christine ROILO, „Historiae Morborum“ des Franz v. Ottenthal – ein Zwischenbericht, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 18 (1999), 57–80, hier 60.

ort Sand in Taufers⁵⁰ zurück, wo er eine allgemeinärztliche Praxis im Gut Neumelans, das schon vielen früheren Generationen seiner Familie als Wohnsitz gedient hatte, eröffnete. Bis zu seinem Tod im Jahr 1899, also 52 Jahre lang, war Ottenthal dort ununterbrochen als praktischer Arzt tätig.⁵¹ Seit der Entdeckung von Ottenthals *Historiae Morborum* in der Form von 244 medizinischen Tagebüchern⁵² im Jahr 1998, ist der Arzt in den Fokus der medizinhistorischen Forschung gerückt.⁵³

Für Ottenthal hatten die Praxistagebücher vermutlich eine rein dokumentarische Funktion bzw. sind diese als private Aufzeichnungen anzusehen, zumal Publikationsabsichten seinerseits nicht nachgewiesen werden konnten. Er benutzte ein Verweissystem, um frühere Erkrankungen seiner Patient*innen leichter nachvollziehbar machen und Behandlungen entsprechend anpassen zu können.⁵⁴ Ottenthal füllte sorgfältig – in lateinischer Sprache – ein aus sechs Feldern bestehendes Formular aus, das Ähnlichkeiten mit modernen Krankenakten aufweist.⁵⁵

-
- 50 Das Haupteinzugsgebiet von Ottenthals Praxis umfasste das Tauferertal und das Ahrntal, zwei miteinander verbundene inneralpine Seitentäler des Tiroler Pustertals, die sich von der Stadt Bruneck mehr als 35 Kilometer nach Norden bis zu den Zillertaler Alpen erstrecken. Im Jahr 1847 lebten hier 10.315 und 1901 9.058 Einwohner*innen, sodass Ottenthal über eine genügend große Anzahl an potenziellen Patient*innen verfügte, um sich ein gutes Auskommen zu sichern. Zu politischen, wirtschaftlichen und sozialen Aspekten dieses Gebietes vgl. Wolfgang MESSNER, *Wirtschafts- und Sozialgeschichte des Tauferer Tales/Ahrntales im ausgehenden 18. und im Laufe des 19. Jahrhunderts*, Diplomarbeit (Universität Innsbruck 2004).
- 51 Neben seiner Tätigkeit als Arzt war er auch von 1861 bis 1882 Mitglied im Tiroler Landtag. Zwischen 1861 und 1888 wurde er zeitweise zum provisorischen Pathologen und Gemeindefeuerarzt mehrerer Dörfer des Tauferer Ahrntals ernannt und hatte damit auch verschiedene andere Verpflichtungen, z. B. das Verfassen von Gesundheitsberichten, Impfungen, Obduktionen und die Überwachung von Hebammen und so genannten Quacksalbern. TADDEI, Franz von Ottenthal 2010, 145–209.
- 52 230 der 244 überlieferten Bücher wurden zwischen 1847 und 1899 verfasst, also jener Zeit, in der Ottenthal als privater Arzt in Sand in Taufers wirkte.
- 53 Die Entdeckung dieser historischen Quellen im Jahr 1998 führte zur Entstehung des Interreg III A-Projekts (Österreich-Italien 2002–2007) (plus Folgeprojekte) an der Universität Innsbruck. Im Zuge dieses Projektes wurde eine – seit 2007 für alle interessierten Wissenschaftler*innen frei zugängliche – Datenbank erstellt, in der die kompletten Daten aus Ottenthals Praxistagebüchern transkribiert wurden. Für nähere Informationen zu den Projekten vgl. Elisabeth DIETRICH-DAUM, „Historiae Morborum“ – Die Krankengeschichten des Franz von Ottenthal. Ein Interreg IIIA Projekt: Österreich-Italien 2002–2007, in: *Virus* 4 (2004), 83–89; Elisabeth DIETRICH-DAUM / Andreas OBERHOFER, Die „Historiae Morborum“ des Franz von Ottenthal. Ein Interreg IIIA-Projekt: Österreich-Italien 2002–2007, in: *Alzheimer / Weibezahn*, Hg., *Körperlichkeit*, 203–214; Elisabeth DIETRICH-DAUM / Elena TADDEI, „Historiae Morborum“ – Le anamnesi del dottor Franz von Ottenthal. Un progetto Interreg IIIA: Austria-Italia 2002–2007, in: Elisabeth Dietrich-Daum / Rodolfo Taiani, Hg., *Medikalisation auf dem Lande – Medicalizzazione in area alpine* (Innsbruck 2005), 157–160. Die Homepage sowie die Datenbank kann unter folgendem Link aufgerufen werden: <https://www.uibk.ac.at/ottenthal/> (letzter Zugriff: 16.05.2023).
- 54 Zu Praxistagebüchern in der Frühen Neuzeit und deren Typologie vgl. allgemein Sabine SCHLEGELMILCH, *Ärztliche Praxistagebücher in der Frühen Neuzeit in praxeologischer Perspektive*, in: Arndt Brendecke, Hg., *Praktiken der Frühen Neuzeit. Akteure – Handlungen – Artefakte* (Köln–Weimar–Wien 2015), 100–110; Volker HESS / Sabine SCHLEGELMILCH, *Cornucopia officinae medicae. Medical Practice Records and Their Origin*, in: Martin Dinges u. a., Hg., *Medical Practice 1600–1900. Physicians and Their Patients* (Leiden 2016), 9–38.
- 55 Zu verschiedenen Aufschreibe- und Dokumentationspraktiken im medizinischen Bereich vgl. Volker HESS, *Schreiben als Praktik*, in: Brendecke, Hg., *Praktiken*, 82–99; Volker HESS, *Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725–1830)*, in: *Medizinhistorisches Journal* 45 (2010), 293–340; Volker HESS / Andrew J. MENDELSON, *Case and Series. Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900*, in: *History of Science* 48 (2010), 287–314.

Zum einen teilte er pro Kalenderjahr allen Patient*innen eine fortlaufende Nummer zu. Feld 2 beinhaltete Daten zur Person, d. h. Name und Wohnort. Schließlich vermerkte Ottenthal den Tag der ärztlichen Konsultation und die Art der medizinischen Leistung, z. B. ambulante Behandlung, Hausbesuch oder Botengang in die Praxis. Die eigentliche Krankengeschichte beinhaltete Informationen wie das Alter der Patient*innen, die von diesen empfundenen und beschriebenen Symptome sowie die Beobachtungen, die der Arzt bei der körperlichen Untersuchung⁵⁶ selbst notierte. Eberhard Wolff und Marina Hilber, die sich ausführlich mit Ottenthals Aufzeichnungspraxis beschäftigt haben, sprechen in diesem Zusammenhang von einer „hybriden Perspektive“, da in der schriftlichen Dokumentation selten explizit zwischen der Perspektive der Patient*innen und den Beobachtungen des Arztes unterschieden werden kann. Ottenthal neigte dazu, sein Praxisjournal in einem beschreibenden Stil zu verfassen und vermied es, spezifische Diagnosen zu stellen. Dieser deskriptive Stil entsprach Ottenthals humoralpathologischem Krankheitsverständnis, wonach Krankheiten nicht festen Regeln folgen, sondern individuell unterschiedlich verlaufen können.⁵⁷ Schließlich wurden die Therapie oder die Beschreibung der ärztlichen Behandlung sowie das Arzthonorar in den *Historiae Morborum* registriert.⁵⁸ Insgesamt beinhalten die Journale mehr als 200.000 Einträge.

Im Durchschnitt behandelte Ottenthal etwa 1.500 Patient*innen pro Jahr bei ca. acht Konsultationen pro Tag.⁵⁹ Etwa 57 Prozent seiner Patient*innenschaft waren weiblich, 43 Prozent männlich,⁶⁰ wobei ein Großteil der Patient*innen der Altersgruppe zwischen 19 und 49 Jahren zuzuordnen ist; circa 20 Prozent der Gesamtpatient*innen waren Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren.⁶¹ Etwa elf Prozent der Patient*innen Ottenthals stammten außerhalb des Einzugsgebiets des Tauferertales und des Ahrntals, darunter mehrere Hausierer*innen oder Tourist*innen, die mitunter aus relativ weit entfernten Städten wie z. B. Meran, Bozen, Prag, Berlin, Trient oder Venedig stammten.⁶²

Otenthals *Historiae Morborum* wurden bereits für vielfältige, vorrangig medizinhistorische Fragestellungen herangezogen⁶³ und sollen auch im vorliegenden Beitrag als Grundlage

56 Vgl. Michael STOLBERG, *Examining the Body (1500–1750)*, in: Sarah Toulalan / Kate Fisher, Hg., *The Routledge History of Sex and the Body in the West. 1500 to the Present* (London 2013), 91–105.

57 Elisabeth DIETRICH-DAUM / Marina HILBER / Eberhard WOLFF, *Franz von Ottenthal. Local Integration of an Alpine Doctor's Private Practice (1847–1899)*, in: Dinges u. a., Hg., *Medical Practice*, 271–286.

58 Für eine ausführliche Erläuterung jedes einzelnen Datenfeldes vgl. ROILO, *Historiae Morborum*, 61–63.

59 Andreas OBERHOFER, *Eine Landarztpraxis im 19. Jahrhundert am Beispiel der Ordination des Dr. Franz von Ottenthal (1818–1899)*, in: Elisabeth Dietrich-Daum u. a., Hg., *Arztpraxen im Vergleich. 18.–20. Jahrhundert* (Innsbruck 2008), 167–191, hier 180; Alois UNTERKIRCHER, *Die Praxis des Südtiroler Landarztes Franz von Ottenthal. Krankheitsspektrum und Gesundheitsverhalten seiner Patientenschaft um 1860*, in: Alsheimer / Weibezahn, Hg., *Körperlichkeit*, 215–237, hier 218.

60 OBERHOFER, *Landarztpraxis*, 181; Alois UNTERKIRCHER, *Jungen und Männer als Patienten bei einem Südtiroler Landarzt (1860–1900)* (Stuttgart 2014); Marina HILBER, *Der Landarzt als Geburtshelfer – Dr. Franz von Ottenthal und der medizinische Markt in Südtirol (1860–1869)*, in: *Gesnerus* 69/1 (2012), 141–157.

61 Vgl. Alois UNTERKIRCHER, *Außer Konkurrenz? Strategien der Inanspruchnahme einer Südtiroler Landarztpraxis um 1890 bei Erkrankungen von Kindern*, in: *Gesnerus* 69/1 (2012), 158–177.

62 OBERHOFER, *Landarztpraxis*, 178–80.

63 Vgl. dazu folgende, in den vorherigen Fußnoten noch nicht zitierten Spezialstudien: Andreas OBERHOFER, *Häuser – Holzer – Schmelzer. Unfälle und Krankheiten im Bergbau Prettau. Eine Auswertung der Krankengeschichten des Südtiroler Landarztes Dr. Franz von Ottenthal (1818–1899)*, in: Wolfgang Ingenhaeff / Johann Bair, Hg., *Bergvolk und Medizin. 3. Internationales Bergbausymposium Schwaz 2004* (Innsbruck 2005), 251–268; Elisabeth DIETRICH-DAUM / Elena TADDEI, *Curare – segregare – amministrare. L'assistenza e la gestione dei 'mentecatti' in un contado del Tirolo. L'esempio del medico generico Franz von Ottenthal (1818–1899) di Campo Tures*, in:

für eine kleine Detailstudie dienen, gewähren sie doch einen Einblick in individuelle Angst-erfahrungen von Ottenthals Patient*innen. Die Analyse birgt allerdings mehrere methodische Herausforderungen bzw. Einschränkungen in sich: Emotionen können auf vielfältige Weise zum Ausdruck gebracht werden und müssen nicht explizit von den Patient*innen verbalisiert worden sein. Zudem gilt zu berücksichtigen, dass gewisse durchlebte Emotionen z. B. aus Scham bewusst verschwiegen wurden. Schließlich ist zu bedenken, dass Ottenthal die entscheidende Instanz war, die darüber entschied, ob die von den Patient*innen geschilderten Emotionen als beachtenswert angesehen und mit der Ätiologie in Verbindung gebracht wurden oder nicht. Erlauben uns die *Historiae Morborum* zwar einen Einblick in die Angsterfahrungen von Ottenthals Patient*innen, so kommen diese in den Quellen allerdings nicht direkt zu Wort. Trotz dieser Einschränkungen ist die Methode einer Datenbankabfrage nach bestimmten themenrelevanten Schlüsselwörtern der effektivste Weg, um zumindest jene Fälle ausfindig zu machen, in denen Emotionen wie Furcht und Angst explizit erwähnt wurden. Folgende lateinische, „Furcht“, „Angst“ und „Schrecken“ ausdrückende Wörter wurden in der Datenbank abgefragt: „angor“, „anxietas“, „formido“, „horror“, „metus“, „pavor“, „terror“ und „timor“, wobei die Textstellen zu „terror“ und „timor“ einer ausführlicheren Untersuchung unterzogen wurden.⁶⁴

Tab. 1: Anzahl der Schlüsselwötereintragungen „terror“ und „timor“ in den *Historiae Morborum*, Quelle: Datenbank *Historiae Morborum*, eigene Auswertung.

Geschlecht der Patient*innen	Anzahl der Schlüsselwörter		Summe
	terror	timor	
Weiblich	179	87	266
Männlich	31	42	73
Summe	210	129	339

In den 52 Jahren seiner Tätigkeit als praktischer Arzt hatte Franz von Ottenthal 339 Fälle notiert (vgl. Tabelle 1), in denen Ängste oder Furcht vor etwas explizit erwähnt sind; 78 Prozent der Fälle betreffen Patientinnen. Dieses Ergebnis dürfte unter anderem durch den Faktor beeinflusst worden sein, dass Ottenthal häufiger von weiblichen als männlichen Personen konsultiert wurde. Zudem könnte auch das Geschlecht der Patient*innen Einfluss auf Ottenthals Praxis der Diagnose, Behandlung und Prognose einer Krankheit gehabt haben. So konnte bereits in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass männliche und weibliche Körper in Gesundheit und Krankheit sehr unterschiedlich behandelt wurden.⁶⁵ Fay Bound Alberti argumentiert, dass „the emergence

Geschichte und Region / Storia e regione 17/2 (2008), 83–102; Elisabeth DIETRICH-DAUM / Elena TADDEI, Psychiatrische Versorgung am Land. Die Rolle der praktischen Ärzte am Beispiel der Südtiroler Landarztpraxis des Franz von Ottenthal (1818–1899), in: *Virus* 8 (2009), 27–42.

64 Für die Wörter „anxietas“, „formido“, „metus“ und „pavor“ wurden in der Datenbank zu wenige oder keine Treffer gefunden. Außerdem wurden „angor“ und „horror“ aussortiert, da der Kontext, in dem diese Wörter verwendet wurden, für diese Studie nicht relevant war. Letzteres Wort wurde häufig im Sinne von Schüttelfrost „horror febrilis“ verwendet; die Bedeutung des ersten Begriffs beschränkte sich auf Atembeschwerden.

65 Vgl. Frank STAHNISCH, Hg., *Medizin, Geschichte und Geschlecht. Körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen* (Stuttgart 2005); Dagmar ELLERBROCK, *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit in historischer Perspektive*, in: Klaus Hurrelmann / Petra Kolip, Hg., *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und*

of certain medically recognised emotional pathologies, such as hysteria, hypochondria and neurasthenia, has been shown to have been socially and politically generated, revealing more about the operation of gender and class relations than any notable change in emotional life or experience“.⁶⁶ Dies könnte auch für die Emotionen Furcht, Angst, Schrecken und Nervosität gelten, die vermutlich eher Frauen als Männern zugeschrieben wurde.

In etwa 40 Prozent aller Fälle (vgl. Tabelle 2) erhalten wir keine spezifischen Informationen über die Ursache des erlebten „terrors“ oder „timors“; Ottenthal benutzte jedoch eine Vielzahl von stilistischen Variationen, um einen kausalen Zusammenhang zwischen den erlebten Emotionen seiner Patient*innen und ihrer körperlichen Reaktion darauf auszudrücken, z. B. zahlreiche temporale und kausale Präpositionen wie „a terrore male valet“⁶⁷ (wegen Schrecken geht es ihr/ihm schlecht), „post terrorem male valet“⁶⁸ (nach einem (Er-)Schrecken geht es ihr/ihm schlecht), „ob terrorem dol. in regione hepatica nacta est“⁶⁹ (wegen Schrecken, Schmerzen in der Lebergegend entstanden) oder Verben wie „terror diarrhoeam causavit“⁷⁰ (Angst verursacht Durchfall), „terror torrentis nervos irritavit“⁷¹ (die Furcht vor dem Wildbach hat die Nerven irritiert).

Zudem geht aus der zweiten Tabelle hervor, dass in den 204 Fällen (59 Prozent), in denen Details zu den Angst oder Furcht auslösenden Umständen notiert sind, die Begriffe „timor“ und „terror“ vorrangig in zwei unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet werden. „Timor“ drückte dabei die emotionale Reaktion der Patient*innen auf Symptome und der damit möglicherweise einhergehenden Krankheit aus, der Begriff „terror“ wird in den Aufzeichnungen vorrangig verwendet, um das Erleben eines bestimmten traumatischen Ereignisses wie beispielsweise eines Unfalls, des Verlustes eines geliebten Menschen oder Naturkatastrophen zu beschreiben, was in der Folge zum Auftreten von Symptomen führte. Die Krankheiten, die Ottenthals Patient*innen am meisten zu fürchten schienen, waren Infektionskrankheiten (n=25), insbesondere Syphilis (n=9) – mehrere von ihnen fürchteten den Krankheitsrückfall – und Typhus (n=6). Das folgende Beispiel zeigt sehr anschaulich, dass die Menschen bei grassierenden Infektionskrankheiten in erhöhter Alarmbereitschaft waren und alle Veränderungen ihres Gesundheitszustandes stärker beobachteten. Am 6. Oktober 1887 verzeichnete Ottenthal in seinem Journal, dass ein Patient seine Angst zum Ausdruck gebracht habe, an Typhus erkrankt zu sein, allerdings diagnostizierte Ottenthal keine Typhuserkrankung. Blickt man auf die Patientenakten des Jahres 1887, wird deutlich, dass Ottenthal in diesem Jahr insgesamt 26 Typhuspatient*innen, elf zwischen dem 26. September und dem 31. Oktober, behandelte. Fünf dieser Personen stammten aus demselben Ort wie der oben erwähnte Patient.⁷²

Frauen im Vergleich (Bern 2002), 118–41; Wolfgang Uwe ECKHART / Robert JÜTTE, Medizingeschichte. Eine Einführung (Köln u. a. 2007), 200–203.

66 Fay Bound ALBERTI, Introduction. Medical History and Emotion Theory, in: Fay Bound Alberti, Hg., *Medicine, Emotion and Disease 1700–1950* (Basingstoke 2006), xiii–xxviii, hier xiv.

67 HM 11-41-79 (Datum: 08.08.1859).

68 HM 11-41-79 (Datum: 08.08.1859).

69 HM 13-93-71 (Datum: 31.05.1878).

70 HM 10-90-86 (Datum: 02.05.1856).

71 HM 13-75-00 (Datum: 18.08.1878).

72 HM 15-64-71, „videtur ipse com uxore timore typhi vexari“ (man sieht, dass ihn mit der Frau die Furcht vor dem Typhus quält) (Datum: 06.10.1887). Vgl. auch Alois UNTERKIRCHER, Ein Südtiroler Landarzt, seine Praxis und ein typhöser Seuchenzug, oder: Warum Männer, die 1860 ihre Wäsche nicht selbst wuschen, mitunter länger lebten als Frauen, in: Dietrich-Daum u. a., Hg., *Arztpraxen im Vergleich*, 193–217.

Tab. 2: In den *Historiae Morborum* notierte Ursachen von „timor“ und „terror“,
Quelle: Datenbank *Historiae Morborum*, eigene Auswertung.

Informationen zu den Ursachen von „timor“ und „terror“	Anzahl			
	terror		timor	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
Keine spezifische Angabe	103	13	10	9
Erkrankungen, die Angst und Furcht auslösen				
Infektionskrankheiten	2	–	17	6
Krankheiten und Beschwerden des Verdauungssystems, des Blutes und der blutbildenden Organe sowie des Kreislaufsystems	–	–	4	4
Krankheiten und Beschwerden im Bereich des Kopfes, des Mundes und des Rachens sowie des Atemsystems	–	–	5	6
Hautkrankheiten	–	–	3	1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, andere frauen-spezifische Krankheiten	–	–	9	–
Erkrankungen des Nervensystems	–	–	4	3
Angst vor Medizin, einer Untersuchung oder Behandlung	–	–	6	2
Sonstige Beschwerden	–	–	9	4
Äußere Umstände, die Angst und Furcht verursachen				
Physische und psychische Gewalt	3	3	–	–
Unkontrollierbares Verhalten von Menschen oder Tieren	17	4	2	–
Unfall einer anderen Person	9	3	1	–
Unfall der Person selbst	5	–	–	–
Todesfall einer (geliebten) Person	6	1	3	1
Feuer, Überschwemmung, Steinschlag	13	2	2	–
Blitz und Donner	3	–	–	–
Religiöse Angst	–	–	7	–
Sonstige Gründe	18	5	5	6
Summe	179	31	87	42

Durchsucht man die *Historiae Morborum* nach dem Verb „timere“, welches eher eine beunruhigende Befürchtung/Vermutung als eine dezidierte Furcht ausdrückt, so begegnen uns ebenfalls verschiedene Ursachen: von der Beunruhigung wegen der Polizei, wegen unbekannter Geräusche und bedrohlicher Naturereignisse bis zu Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt und im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten. Von den 98 mit dem Verb *timere* verbundenen Notationen über ansteckende Krankheiten entfallen die meisten (n=47) auf Syphilis, 30 auf Typhus und 14 auf Schwindsucht. Mit gerade einmal sieben Nennungen sind die immer wiederkehrenden und in Morbidität und Letalität gewichtigeren Pocken am schwächsten vertreten. Die wenigen Patient*innen, von denen Ottenthal festhält, dass sie u. a. befürchteten, die Pocken zu bekommen, suchten den Arzt in den 1840er (n=5) und je eine Person 1866 und 1883 auf. Es sind nahezu gleich viele Frauen wie Männer, die aufgrund von konkreten Symptomen den Arzt aufsuchten und ihre Befürchtung bzw. Selbstdiagnose anbrachten. In einem Fall hielt es Ottenthal für notierungswürdig, dass die Mutter von acht Kindern die Pocken fürchtete, obwohl sie bereits zwei Epidemien überstanden hatte.

In Bezug auf eine weitere starke Emotion, Wut oder Zorn, gibt es in Ottenthals Aufzeichnungen, wenn man den Hang zum Zorn („prona/us esse in ira“ (anfällig für Wut)) als möglicher Ausdruck einer psychischen Erkrankung weglässt, nur den Zorn als Ursache von Erkrankungen wie z. B. Krämpfe.⁷³ Es gibt keine Verbindungen zu Infektionskrankheiten oder der Schutzpockenimpfung, die Ottenthal als provisorischer Gemeindearzt gelegentlich durchführen musste. Diese Einblicke in die Notationen eines Landarztes der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigen, dass Infektionskrankheiten zwar als Bedrohung wahrgenommen wurden, allerdings von den Patient*innen deutlich häufiger andere Faktoren genannt wurden, die ihnen Angst oder Furcht bereiteten. Besonders die gefährlichen und entstellenden Pocken scheinen weniger bedrohlich empfunden worden zu sein als die stigmatisierende Syphilis.

Fazit

Zusammenfassend ließ sich in den Krankengeschichten des Südtiroler Landarztes von Ottenthal trotz einiger Hinweise auf krankmachende Angstzustände kein vergleichbarer Hinweis auf übermäßige Furcht vor den hochansteckenden und oft tödlich verlaufenden Pocken finden. Angst vor der stigmatisierenden Syphilis brachten die Patient*innen deutlich häufiger zum Ausdruck. In den untersuchten Medien der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wird Furcht in der Bevölkerung angenommen, dieser in den Mund gelegt, oft als Floskel benutzt; Äußerungen der Furcht dienen der Rechtfertigung für Maßnahmen und werden häufig politisiert sowie mit Schuldzuweisungen verbunden (Handel-/Tourismusschäden). Die jeweiligen Quellenbeispiele der 1870er Jahre legen dabei den Trend nahe, dass diesbezügliche Emotionalisierungs- und Politisierungstendenzen entlang der jeweiligen Blattlinien zu verorten sind, wobei etwa die Vermittlung von Furcht gehäuft bei konservativen Blättern wie den *Neuen Tiroler Stimmen* beobachtet werden kann. Einzelne wenige Schuldzuweisungen, wie jene, dass 1896 eine aus Amerika zurückgekehrte Familie die Blättern im Trentino eingeschleppt hätte,⁷⁴ oder dass die

73 „ob iram convulsiones“ (aus Zorn Krämpfe), HM 08-15-31 (Datum: 27.06.1883).

74 Andreas Hofer Wochenblatt (AHW) (3. April 1890), 140.

Kinder herumziehender Karner an Blattern erkrankt seien,⁷⁵ stehen in keinem Vergleich zu den von Cohn für das Einwanderungsland USA festgestellten Ausdrücken übermäßiger Furcht vor den Pocken und der berichteten Gewalt in Verbindung mit der angeblichen Impfsäumigkeit gewisser Bevölkerungsgruppen. Unverständnis und gegebenenfalls Ärger finden sich in den Tiroler Medien größtenteils gegenüber den als untätig dargestellten Behörden, die sowohl der Krankheit als auch allgemein den Einwandernden/Umherziehenden nicht genügend Einhalt geboten. Ottenthals Krankengeschichten zeigen, dass es viele andere Gründe für die ländliche Bevölkerung gab, sich bis zur Symptomentwicklung zu fürchten. Dem vorrangig städtischen Lesepublikum wurde der Topos der schreckenerregenden Blattern als Argument für oder wider bestimmte Maßnahmen und politische Entscheidungen von den Medien größtenteils vorgegeben. Die Erkenntnisse aus diesen unterschiedlichen Quellentypen lassen allerdings weniger ein Stadt-Land-Gefälle vermuten, sondern viel mehr das Bedienen von wiederkehrenden Motiven und Stereotypen, die den eigentlichen Furchtvorstellungen der Menschen im Tirol der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht (mehr) entsprachen.

Informationen zu den Autor*innen

Maximilian Gröber, M. A., Projektmitarbeiter am Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der Universität Innsbruck, Innrain 52, 6020 Innsbruck, Österreich, E-Mail: maximilian.groeber@uibk.ac.at

Dr. Elisabeth Lobenwein, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Deutschen Historischen Instituts in Rom / Istituto Storico Germanico di Roma im Forschungsbereich Frühe Neuzeit, Via Aurelia Antica 391, I-00165 Roma, Italia, E-Mail: e.lobenwein@dhi-roma.it

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

75 AHW (13. März 1884), 93.

Elke Hammer-Luza

„Verdächtige Krankheits- und Todesfälle“. Die Cholera 1831/32 in der Steiermark

English Title

“Suspicious Cases of Illness and Death”. Cholera in Styria in 1831/32

Summary

An attempt to get closer to the emotional world of ordinary people before and during the cholera epidemic of 1831/32 in the Duchy of Styria reveals many ambiguities and contradictions. Depending on the social location, regional origin, experiences and probably also individuality, different characteristics emerge. It is generally noticeable that the crisis often brought a reinforcement of already existing conflicts and rejections, be it exclusions of marginalised groups and minorities in the wake of blame or the impression of being pushed back and neglected in the province vis-à-vis the central authorities in Vienna. There was also a certain adherence to traditional methods of defence, even if they proved ineffective; this illusion of stability probably provided a certain security. The dominant feelings in dealing with the disease were, of course, fear and worry. The paradoxical impression here is that fear was aroused on the part of the authorities as long as cholera had not yet reached the country and only vague images of horror were circulating. On the contrary, when the disease actually made its appearance, authorities tried to calm and appease the situation again, which could go as far as outright suppression. The bottom line is that the cholera of 1831/32 hardly imprinted itself into the collective memory of Styria and was soon forgotten again.

Keywords

Styria, 19th century, cholera, epidemic, crisis management, exclusion

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Als die Cholera in Österreich in der ersten Jahreshälfte 1831 in das Bewusstsein der Menschen drang, hatte die Bevölkerung nur ein ungefähres Bild von der Krankheit. Lange Zeit konnte sie sich nicht auf eigene Wahrnehmungen und Erfahrungen stützen, sondern blieb auf jene Informationen angewiesen, die oft auf zufälligem Wege und bruchstückhaft verkürzt an die Menschen gelangten. Erst nach einigen Monaten wurden die diffusen Vorstellungen durch Fakten ersetzt, und die ersten Krankheitsfälle erlaubten, sich einen unmittelbaren Eindruck zu verschaffen. Im Folgenden geht es um die Frage, ob und wie sich das auf die Gefühlswelt der Menschen auswirkte. Welche Emotionen brachte die noch fiktive Gefahr hervor bzw. lassen sich hier Unterschiede und Übereinstimmungen zu jener Zeit erkennen, als die Cholera tatsächlich Einzug in das Land hielt. Regional soll das am Beispiel des Herzogtums Steiermark gezeigt werden. Dieser Raum eignet sich für eine solche Studie besonders gut, da er – im Gegensatz zu Niederösterreich und Wien – nur marginal und nur punktuell von der Seuche betroffen war und sich daher Vergleiche gut anstellen lassen. In Graz wurde 1831 für die Belange der Cholera eine eigene Landesbehörde eingerichtet, bei der alle amtlichen Berichte, sowohl der über- als auch der untergeordneten Stellen, zusammenliefen, sodass hier eine fundierte Quellenbasis vorhanden ist.¹ Drei Bereiche werden dabei im Speziellen herausgearbeitet. Zunächst geht es um das Spannungsfeld zwischen den zahlreichen fiktiven Abwehr- und Sicherungsmaßnahmen zum einen und der Situation im Augenblick des tatsächlichen Seuchenausbruchs zum anderen. Ein nächstes Kapitel widmet sich der Krisenbewältigung in Form der versuchten Aussperrung der Gefahr, die je nach Perspektive und Zeitumständen durchaus unterschiedlich bewertet werden konnte. Der dritte Komplex kreist schließlich um Begriffe wie Schuld, Scham und Verdrängung sowie deren Konstanz oder aber Veränderung im Laufe der Jahre 1831/32.

Die Cholera: Schreckensbilder und ihre Realität

Obwohl die Cholera vermutlich schon jahrhundertlang in Indien verbreitet gewesen war, erfolgte ihr erstes pandemisches Auftreten erst 1817 bis 1823, als sich die Seuche über die Handelswege erstmals Europa näherte. 1826 setzte die zweite Pandemie ein. Von Russland ausgehend, traf die Seuche 1831/32 den ganzen Kontinent, wobei vor allem die Großstädte zu leiden hatten.² Das Habsburgerreich blieb nicht verschont. 1830 gab es die ersten Nachrichten über die Cholera in Galizien, von dort aus griff sie nach Ungarn über und bedrohte schließlich

-
- 1 Es handelt sich dabei um fünf Kartons sogenannter „Choleraakten“, die aus der Registratur des Grazer Guberniums bzw. der Provinzialsanitätskommission für die Steiermark stammen und im Sammelbestand der Miscellen im Steiermärkischen Landesarchiv vorhanden sind. Ergänzt werden diese durch Akten verschiedener Stadt-, Markt- und Herrschaftsarchive.
 - 2 Vgl. Michael DORMMANN, „Das asiatische Ungeheuer“. Die Cholera im 19. Jahrhundert, in: Hans Wilderotter, Hg., Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Deutsches Hygiene-Museum Dresden (Berlin 1995), 204–251, hier 204; Klaus D. OBERDIECK, „Was man gegen die Cholera thun kann ...“. Seuchen in der Geschichte (Osnabrück 1996). Allgemein vgl. auch Manfred VASOLD, Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute (München 1991), 228–230; DERS., Grippe, Pest und Cholera. Eine Geschichte der Seuchen in Europa (Stuttgart 2008), 99–109; Stefan WINKLE, Kulturgeschichte der Seuchen (Düsseldorf–Zürich 1997), 161–187; William H. McNEILL, Seuchen machen Geschichte. Geißeln der Völker (München 1978), 294–296.

Niederösterreich und Wien. In der Haupt- und Residenzstadt tauchten die ersten Krankheitsfälle im August 1831 noch vereinzelt auf, bis es Mitte September zu einem plötzlichen und dramatischen Anstieg kam.³

Die Krankheit äußerte sich durch permanentes Erbrechen, Durchfall und schmerzhafte Krämpfe, sodass der Körper innerlich regelrecht austrocknete und Menschen in kürzester Zeit verfielen. Rund die Hälfte aller Erkrankten starb ohne Behandlung innerhalb von wenigen Tagen.⁴ Die Ursache der Seuche – das Bakterium *Vibrio cholerae* – war noch unbekannt, vielmehr herrschten zwei Lehrmeinungen vor: Die Miasmentheorie führte die Cholera auf giftige Ausdünstungen des Bodens zurück, die durch die Luft Verbreitung fänden, während die Kontagienlehre davon ausging, dass eine Ansteckung durch direkte Übertragung erfolgen würde.⁵

Alle Provinzen des Kaiserreiches standen in Alarmbereitschaft, so auch die Steiermark. Wie hoch man die Gefährlichkeit der Seuche einschätzte, zeigt allein die Tatsache, dass von Wien aus zunächst das Pesteglement aus dem Jahr 1770 wieder in Wirksamkeit gesetzt wurde. Begleitend dazu richtete man neue Behörden ein, die sich der noch unbekanntem Bedrohung widmen sollten. An der Spitze stand die k. k. Zentral-Sanitäts-Hofkommission, der in den einzelnen Ländern Provinzial-Sanitätskommissionen untergeordnet waren.⁶

Zu den Hauptaufgaben der Kommission in Graz, die am 15. Juli 1831 ihre Tätigkeit aufnahm, zählten die Sicherung der Landesgrenze gegen das Eindringen der Cholera, die Überwachung des Gesundheitszustandes im Inneren der Provinz sowie die Vorbereitung aller Maßnahmen für den Fall, dass die Seuche die Steiermark erreichen sollte.⁷ In der Folge entwickelte sich eine rege, um nicht zu sagen hektische Betriebsamkeit. Vor allem im Juli und August 1831 ergingen Tag für Tag neue Instruktionen und Anweisungen von den vorgesetzten Stellen, während im Gegenzug unzählige Rapporte und Berichte gelegt werden mussten. Bis hinunter auf die Ebene der Gemeinden waren alle Obrigkeiten des Landes mit einbezogen, genauso Mediziner und Geistliche. Ergänzend erschien eine Flut von handschriftlichen und gedruckten Leitfäden, die die Bevölkerung über die Cholera aufklären und die wichtigsten Vorbeugungsmittel und Behandlungsmethoden zusammenfassen sollten.⁸

3 In Wien starben 1831/32 über 4.000 Menschen an der Cholera. Vgl. Othmar BIRKNER, Die bedrohte Stadt. Cholera in Wien (Wien 2002), 48–49; Manfred SKOPEC, Die Cholera in Wien, in: Wilderrotter, Hg., Das große Sterben, 252–255; Andreas WEIGL, Cholera. Eine Seuche verändert die Stadt (= Veröffentlichungen des Wiener Stadt- und Landesarchivs B 98, Wien 2018).

4 WINKLE, Seuchen, 153.

5 Vgl. Klaus D. OBERDIECK, Die Cholera. Von der Miasmentheorie zur Kontagienlehre – auf dem Weg zur Bakteriologie, in: Ders., Was man gegen die Cholera thun kann. Seuchen in der Geschichte (Osnabrück 1996), 23–24; BIRKNER, Cholera, 28; McNEILL, Seuchen, 297–300; DORRMANN, Ungeheuer, 214–215. Zu den widerstreitenden ärztlichen Meinungen in der Steiermark: Steiermärkisches Landesarchiv (StLA), Fossil Viktor, Nachlass, K. 7, H. 57: Geschichte der Volkskrankheiten (Cholera).

6 StLA, Gub, Fasz. 67, 11935/1831; Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 1, Nr. 11, Nr. 74.

7 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 17, Nr. 70; Laa. A., Medium, Fasz. 147: A VIIc 4936/1831.

8 Es waren dies etwa: Matthias MACHER, Die orientalische Brechruhr (Cholera morbus), ihre Vorbau- und Heilmittel, nach den neuesten Erfahrungen kurz und faßlich dargestellt für Aerzte und Nichtärzte [...] (Graz 1831); Die Cholera. Ein Noth- und Hülfsbüchel für den Bauer, damit er sich und die Seinigen vor der fürchterlichen Krankheit verwarren kann. In Fragen und Antworten (Laibach 1831); Kurze Belehrung über die Kennzeichen und Verhütung der Cholera. Nebst Angabe der Behandlungsart bis zur Ankunft des Arztes. Von einem praktischen Arzte in Wien (Wien 1831); Anton ZHUBER, Ermahnungs-Worte gegen die Cholera morbus (Wien 1831); StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 1233: [Lorenz von VEST], Ueber die Behandlung der Cholera, wenn man keine ärztliche Hilfe haben kann (Graz 1831).

Neben der Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Infrastruktur durch studierte Ärzte, Chirurgen und Apotheker ging man insbesondere daran, für den Ernstfall eine ausreichende Anzahl von Choleraspitälern und Rekonvaleszentenhäusern verfügbar zu machen.⁹ Anfang November 1831 lag eine entsprechende Übersicht über die gesamte Steiermark vor. Man hatte es geschafft, im Land 969 Notspitäler mit insgesamt 6.600 Spitalsbetten bereitzustellen. Dazu kamen noch 635 Rekonvaleszentenhäuser mit 3.237 Betten. Am besten war die Versorgung im Grazer Kreis, wo 600 Personen auf ein Spital kamen, das Schlusslicht bildete der Marburger Kreis mit 1.380 Personen pro Spital.¹⁰

In den Städten konnte man dabei zum Teil auf bestehende Bürgerspitäler, Klostergebäude oder Kasernen zurückgreifen, auf dem Land mussten herrschaftliche Gebäude, Schulhäuser, ja sogar einfache Keuschen diese Funktion erfüllen.¹¹ Damit diese Lokalitäten ihrem neuen Zweck entsprechen konnten, bedurfte es oft umfangreicher Adaptierungsarbeiten, allem voran einer gründlichen Reinigung. Auch eine Ausstattung der Räumlichkeiten mit Mobiliar und Wäsche – Betten, Sessel, Strohsäcke, Pölster, Leintücher, Decken, Geschirr etc. – erwies sich als unabdingbar. Hier war die Bevölkerung gefordert, die im Bedarfsfall fehlende Einrichtungsgegenstände beizustellen hatte.¹² Inwieweit alle nominierten Objekte tatsächlich für einen unmittelbaren Einsatz gerüstet waren, kann freilich nicht gesagt werden. Es gibt aber Belege, dass gerade für größere Anstalten sehr wohl umfangreiche Anschaffungen gemacht wurden, wobei man auch auf Sachspenden der Bürgerinnen und Bürger zurückgriff.¹³ Mit der Rekrutierung des notwendigen Personals hatte man ebenfalls begonnen, so nahmen im Oktober 1831 82 Männer und 45 Frauen an einem Krankenpflegeunterricht an einem der in Graz eingerichteten Choleraspitäler teil und legten zum Teil auch eine Prüfung ab.¹⁴

Doch zu jener Zeit kam es durch die Verordnungen der Hofkanzlei bereits zu einer schrittweisen Rücknahme der umfassenden, um nicht zu sagen überbordenden Vorbeugungsmaßnahmen gegen die Cholera. Das äußerte sich nicht nur im Auftrag, die Zahl der Spitäler und Rekonvaleszentenhäuser zu beschränken,¹⁵ sondern auch auf organisatorischer und behördlicher Ebene. Die Sonderbehörden wurden wieder abgeschafft, das Pestreglement außer Kraft gesetzt,

- 9 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 445, Nr. 1282. Zu den Choleraspitälern in Wien vgl. BIRKNER, Cholera in Wien, 42–45.
- 10 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1716.
- 11 Zu Graz u. a. StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 192. Vgl. Elke HAMMER-LUZA, „Strengste Handhabung der Reinlichkeit“. Die Furcht vor der Cholera 1831/32 in Graz und ihre Folgen für die Stadthygiene, in: Historisches Jahrbuch der Stadt Graz 52 (2023), 97–117. Zur Situation auf dem Land vgl. etwa StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 253, Nr. 778, Nr. 1018, Nr. 1086, Nr. 1462; Deutschlandsberg, Herrschaft und Markt, K. 80, H. 282: Cholera, 1831.
- 12 Vgl. z. B. StLA, Bruck an der Mur, Stadt, K. 85, H. 412: Cholera, Herstellung eines Choleraspitals, eines Rekonvaleszentenhauses und einer Kontumazanstalt, 1831–1833; K. 85, H. 413: Rechnung über die Ausgestaltung des Bürgerspitals zu einem Choleraspital und Rekonvaleszentenhaus und des Armeninstitutshauses zu einem Kontumazhaus. Zur Ausstattung des Grazer Choleraspitals vgl. StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 192.
- 13 Das zeigte sich etwa in der Frage, wie nach dem Abklingen der Cholera Gefahr mit der Rückstellung der nicht gebrauchten Gegenstände verfahren werden sollte. Vgl. StLA, Hartberg, Stadt und Herrschaft, K. 88, H. 797: Cholera, 1831; Deutschlandsberg, Herrschaft und Markt, K. 80, H. 282: Cholera.
- 14 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1756.
- 15 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1499.

die Vorschriften zu Absperrung und Kontumaz neu geregelt.¹⁶ Mitte Oktober 1831 verlautete das Grazer Gubernium: „Es begründet sich täglich die Überzeugung fester, dass alle bisher gegen die Verbreitung des Übels stattgefundenen Vorsichtsmaßregeln nur die Furcht vor dieser Krankheit und vor eigentlich nicht vorhandenen Schreckenbildern nähren und dadurch ihre Verbreitung begünstigen“.¹⁷

Die Frage ist, ob und wie diese Angst vor der herannahenden Seuche fassbar gemacht werden kann. Selbst in amtlichen Schriften ist vom „Wüten der Cholera“ die Rede, vom „reißenden Fortschreiten“ des Übels, von Flucht und Tod.¹⁸ Um die Bevölkerung auf die verordneten Maßnahmen einzuschwören, musste ihr seitens der Behörden die Gefahr der Krankheit vor Augen geführt werden, andererseits wollte man sie nicht unkontrolliert in Panik versetzen. Die Menschen wurden freilich nicht gleichermaßen von den neuen Nachrichten erreicht. Es ist anzunehmen, dass ein fundamentaler Unterschied zwischen Stadt und Land bestand, genauso zwischen gebildeten und ungebildeten Schichten. In Graz war man durch die Zeitung über die Ereignisse im Osten informiert und tauschte sich aus, das Näherrücken der Krankheit wurde genau verfolgt: „Der unerwartete und sehr heftige Ausbruch der Cholera in Wien am 14./15.9. d. J. hat auch in Graz alle Bewohner im hohen Grade aufgeregt und in Furcht gesetzt“.¹⁹ Anders urteilte das Gubernium über die Bewohnerinnen und Bewohner auf dem flachen Land, wo es das Bewusstsein einer drohenden Gefahr sehr viel weniger ausgeprägt fand: „Der Landmann ist im Ganzen gegen die Krankheit auch in Steiermark gleichgültig, er fürchtet sich nicht vor derselben, da er ihre Wirkungen noch nicht mit eigenen Augen sah“.²⁰ Relativierend ist hier freilich anzumerken, dass die vielfältigen Vorkehrungen gegen die Krankheit und die allgemeine Betriebsamkeit nirgendwo unbemerkt bleiben konnten und damit für eine gewisse Unruhe sorgen mussten.

Im Vergleich zum umfangreichen Schrifttum über die vorbereitenden Maßnahmen für einen drohenden Seuchenausbruch gibt es über das Auftreten der Cholera in der Steiermark kaum Nachrichten.²¹ Die Krankheit zeigte sich das erste Mal im Sommer 1831 in Fürstenfeld im Osten des Landes: Theresia Berger, die 32-jährige Frau eines Nachtwächters in der k. k. Tabakfabrik, ließ am Nachmittag des 23. August 1831 alle Merkmale der gefürchteten Seuche erkennen.²² Noch am selben Abend starb sie, wobei ihrem Todesfall in den Sterbematriken die

16 StLA, Gub, Fasz. 67, 11935/1831; Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 848, Nr. 1311, Nr. 1357, Nr. 1384, Nr. 1441, Nr. 1540, Nr. 2025.

17 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1406.

18 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 33.

19 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1746: Bericht des Guberniums an die Wiener Hofkanzlei.

20 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1406. Eine ganz ähnliche Beschreibung einer passiven und wenig sorgenvollen Haltung der Landbewohner findet sich bei: Ignaz Franz CASTELLI, Wohlgemeinte Worte an Oestereichs Landvolk über die jetzt allgemein herrschende Seuche Cholera morbus über ihre Entstehung, ihre Verbreitung, Kennzeichen, ihre Ursachen, Schutz und Heilmittel dagegen in einem für den Landmann faßlichen Styl zu dessen Nutzen und Aufklärung über dieses Übel (Wien 1831), 4–5.

21 Im Steiermärkischen Landesarchiv beziehen sich von den fünf Kartons der „Choleraakten“ der Registratur der steirischen Mittelbehörde nur einige wenige Aktenstücke auf das Erscheinen der Cholera in der Steiermark. In den steirischen Stadt-, Markt- und Herrschaftsarchiven gibt es – das Marktarchiv Mürzzuschlag ausgenommen – überhaupt nur Archivmaterial zur Abwehr und zum Schutz vor der Seuche.

22 Zur Cholera in Fürstenfeld: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 523, Nr. 544, Nr. 602, Nr. 608, Nr. 623, Nr. 738, Nr. 846.

Bemerkung beigesetzt wurde: „Mit dieser Person fing die Cholera in Fürstenfeld an“.²³ Die Angelegenheit wurde als überaus ernst betrachtet, und man war um rasches Handeln bemüht; schon eine Viertelstunde nach dem Bericht des Arztes erfolgte die Meldung des Magistrates an die Provinzialsanitätskommission nach Graz.²⁴ Tatsächlich erkrankten und starben in den nächsten Tagen weitere Männer und Frauen, insgesamt 14 Todesfälle wurden gezählt.²⁵ Soweit nachvollziehbar, befolgten die örtlichen Behörden alle zu jener Zeit geltenden, durchaus noch restriktiven Vorgaben.²⁶ Anfang September beruhigte sich die Situation in Fürstenfeld wieder, und normales Leben kehrte ein. Auch in der übrigen Steiermark gab der Gesundheitszustand der Bevölkerung keinen Grund zur Besorgnis.

Doch im Sommer 1832 wurde das Land erneut von der Cholera heimgesucht. Diesmal trat sie an verschiedenen Orten in Erscheinung und forderte eine deutlich höhere Anzahl an Opfern. Anfang Juli tauchte die Seuche im Wallfahrtsort Mariazell auf, in dem tausende Menschen aus allen Teilen des Landes versammelt waren. Obwohl sich das Brucker Kreisamt versucht fand, schon wenige Tage später das „Übel“ für beendet auszurufen,²⁷ dürften der Seuche in Mariazell bis Mitte September 1832 wohl mehr als 40 Personen zum Opfer gefallen sein.²⁸ Zur gleichen Zeit gab es Meldungen über Cholerafälle im Murtal südlich von Bruck, nämlich in Frohnleiten und Umgebung,²⁹ in Peggau³⁰ und in Gösting³¹, dazu im oberen Mürztal in Mürzzuschlag³² sowie im Osten des Landes in Wörth an der Lafnitz³³.

23 Diözesanarchiv Graz-Seckau (DAGS), Fürstenfeld, Sterbebuch 12, 1825–1838, 114.

24 Den ersten Schriftstücken in dieser Angelegenheit sind bei den Datierungen auch die jeweiligen Uhrzeiten beige-
setzt: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 523.

25 StLA, Göth Georg, Nachlass, K. 16, H. 295: Fürstenfeld, Bezirk; Mathias MACHER, Medizinisch-statistische Topografie des Herzogtumes Steiermark (Graz 1860), 150. Die damalige Bevölkerung der Stadt machte rund 2.400 Personen aus. Zu den Bevölkerungszahlen vgl. Historisches Ortslexikon. Statistische Dokumentation zur Bevölkerungs- und Siedlungsgeschichte. Steiermark. 1. Teil (Datenbestand 31. 8. 2016): https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/diverse_Publications/Historisches_Ortslexikon/Ortslexikon_Steiermark_Teil_1.pdf. (letzter Zugriff: 25.03.2023).

26 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 129: Instruktion für die politischen Obrigkeiten und für die von selben abgeordneten Kommissäre aus Veranlassung der in Ungarn ausgebrochenen orientalischen Brechruhr (Cholera morbus), 28.7.1831.

27 Auch die vom Magistrat und vom Kreisamt verfassten Berichte über die Seuche wurden von den vorgesetzten Behörden ob ihrer Unvollständigkeit und Nachlässigkeit gerügt: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2463, Nr. 2470, Nr. 2484, Nr. 2533.

28 Bei Georg Göth heißt es jedenfalls: „Im Jahr 1832 starben im Markt Mariazell 40 Personen, darunter 10 Fremde, in Rasing drei und in Frein eine Person, zusammen also 44 Personen.“ Göth Georg, Nachlass, K. 34, H. 697: Mariazell, Bezirk. In den Sterbematriken scheinen allerdings weitaus weniger Todesfälle an der Cholera bzw. an Brechdurchfall auf: DAGS, Mariazell, Sterbebuch 2, 1784–1843, 628–637, ebenso in amtlichen Berichten: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2511, Nr. 2514, Nr. 2592. An einheimischer Bevölkerung zählte Mariazell 1834 797 Personen.

29 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2786, Nr. 2535, Nr. 2550; DAGS, Frohnleiten, Sterbebuch 3B, 1830–1859, 3; Frohnleiten, Sterbebuch 3, Rothleiten, 1788–1859, 22; Frohnleiten, Sterbebuch 3, Adriach, 1788–1839, 46; Graz-Gösting, Sterbebuch V, 1831–1865, 18–20; Göth Georg, Nachlass, K. 15, H. 291: Frohnleiten, Bezirk.

30 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2786.

31 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2608, Nr. 2663; Göth Georg, Nachlass, K. 2, H. 31: Gösting, Bezirk.

32 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2733, Nr. 2740, Nr. 2762; Mürzzuschlag, Stadt, K. 148, H. 603: Choleraakten, Oktober 1831–1837; Göth Georg, Nachlass, K. 37, H. 753: Mürzzuschlag; DAGS, Mürzzuschlag, Sterbebuch 3, 1824–1852, 52. Vgl. Theodor HÜTTENEGGER, Mürzzuschlag. Geschichte unserer Stadt (Mürzzuschlag 1982), 287.

33 Vgl. MACHER, Topografie, 150; DAGS, Wörth, Sterbebuch 1, 1819–1859, 17; Wörtherberg, Sterbebuch 1, 1819–1859, 17–18.

Schließlich machte die Seuche auch vor der Hauptstadt selbst nicht Halt. Der offiziellen Statistik nach erlagen in Graz die ersten Opfer der Seuche am 24. August 1832, und zwar der 74-jährige Tagelöhner Johann Hadler und die 73-jährige Armenpfürnderin Katharina Blum.³⁴ Tag für Tag wurden weitere Kranke namhaft gemacht, am 2. September meldete der Magistrat Graz bereits zehn Tote.³⁵ Wie hoch das Risiko einer Ansteckung sein konnte, zeigen jene Personen, die unter derselben Wohnadresse aufscheinen. Im Haus Hofgasse 40 starben beispielsweise am gleichen Tag die Köchin Rosalia Luttenberger und die Dienstmagd Anna Reiter.³⁶ Besonders gefährlich wurde es, wenn die Seuche in einer Anstalt mit einer großen Anzahl von Insassinnen und Insassen auf gedrängtem Raum Fuß gefasst hatte. So grassierte die Cholera im September und Oktober 1832 auch im Grazer Irrenhaus, wo zumindest vier Tote zu beklagen waren.³⁷ Trotzdem hatten sich der Zählung des Kreisphysikers nach in der Stadt nur 21 Sterbefälle ereignet.³⁸ Umgelegt auf die damalige Einwohnerzahl von rund 40.000 war Graz also überaus glimpflich davongekommen.

Dieser Befund gilt für die gesamte Steiermark. Wie viele Opfer die Krankheit hier genau gefordert hat, kann allerdings nicht gesagt werden, zu widersprüchlich ist das verfügbare Zahlenmaterial.³⁹ So weist das Kreisamt Bruck an der Mur in seinem Schlussrapport im Dezember 1832 bloß 66 Erkrankte und 48 Verstorbene aus, was sich mit den lokalen Ergebnissen aus Mariazell und Mürzzuschlag nicht in Einklang bringen lässt. Der Grazer Kreis vermeldete zugleich 85 Erkrankte und 42 Verstorbene, während aus den übrigen Kreisen keine Nachrichten über Seuchenausbrüche kamen.⁴⁰ Je nach Quellengrundlage würde die Zahl der Choleratoten in der Steiermark 1831/32 jedenfalls nicht viel mehr als 110 bis 125 Personen betragen haben, was sich bei der damaligen Bevölkerungszahl von rund 550.000 äußerst gering ausnimmt.⁴¹ Andreas Weigl führt diese marginale Betroffenheit des innerösterreichischen Raumes primär auf dessen „Binnenlage“ zurück; eine Rolle gespielt haben wird auch die geringe Bevölkerungsdichte des Landes.⁴² Die Seuche hinterließ jedenfalls kaum Spuren im Land – ausgenommen die noch ausstehenden finanziellen Belastungen für die vorab getätigten Sicherungsmaßnahmen: Allein in der Steiermark machten die Aufwendung zur Abwehr und Bekämpfung der Cholera bis Ende Jänner 1833 die Summe von fast 110.000 Gulden aus.⁴³

34 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2573, Nr. 2680.

35 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2616, Nr. 2712; DAGS, Graz-Hl. Erlöser, Sterbebuch II, 1820–1834, 280–287.

36 DAGS, Graz-Hl. Erlöser, Sterbebuch II, 1820–1834, 280–287.

37 Vgl. HAMMER-LUZA, Reinlichkeit, 108–109.

38 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2786.

39 Nur zum Vergleich: Das Kreisamt Graz berichtet für den Bezirk Gösting von acht Verstorbenen, Georg Göth nennt zwölf Todesfälle, während in den Sterbematriken von Graz-Gösting nur sieben Choleratote eingetragen sind.

40 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2786, Nr. 2819.

41 Vgl. Elke HAMMER-LUZA, „Damit sich das Übel nicht weiter ausbreite ...“. Maßnahmen zur Bekämpfung der Cholera in der Steiermark 1831/32, in: Jahrbuch des Steiermärkischen Landesarchivs 5 (2022), 249–266.

42 Vgl. Andreas WEIGL, Choleraepidemien in den Städten der österreichischen Alpenländer in den 1830er Jahren, in: Opera Historica 21/2 (2020), 204–223, hier 222.

43 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2877, Nr. 19642/1836.

Möglichkeiten der Krisenbewältigung: Blockaden und Sperren

Dem schon im 18. Jahrhundert gegen die Pest praktizierten System der Seuchenabwehr folgend, setzte man beim Herannahen der Cholera aus dem Osten auf Absperrung und die Einrichtung von Sanitätskordonen.⁴⁴ In der Steiermark erging Anfang Juli 1831 der Auftrag, die Landesgrenze gegen Ungarn und Kroatien vollkommen abzuriegeln.⁴⁵ Die Bewachung reichte von Friedberg im Norden bis in die Gegend um Radkersburg und weiter von Friedau/Ormož bis zur Landesgrenze gegen Krain. Die Mannschaft musste Tag und Nacht Posten stehen, durfte die Sperrungslinie nicht übertreten und jeden Kontakt mit der lokalen Bevölkerung vermeiden. Wollte jemand gewaltsam den Kordon überwinden, so durfte auf ihn geschossen werden.⁴⁶ In allen Gemeinden die nicht mehr als drei Meilen von der Kordonslinie entfernt lagen, hatten die Wachleute fortwährend Streifen, vor allem zur Nachtzeit, durchzuführen.⁴⁷

Um den Personen- und Warenverkehr aufrechtzuerhalten, richteten die zuständigen Behörden Kontumazanstalten und Rastelle ein. In der Steiermark gab es ab Mitte August 1831 drei Kontumazanstalten in Richtung Ungarn, und zwar in Fürstenfeld, in Polstrau/Središče ob Dravi und in Dobova bei Rann/Brežice.⁴⁸ Hier mussten Personen, die aus verseuchten Gebieten einreisen wollten oder keine ausreichenden Gesundheitszertifikate vorweisen konnten, eine gewisse Zeit in Quarantäne verbringen. Auch Handelsgüter wurden kontrolliert und gereinigt. Dabei unterteilte man sie in unterschiedliche Gefahrenklassen. Als höchst verdächtig galten etwa Federn, Haare, Wolle und Baumwolle, Gewebe aus Leinen, Seidenzeug, Leder und ähnliches, da man annahm, dass sich hier etwaige Ansteckungsstoffe besonders hartnäckig festsetzen könnten. Je nach Warenart sollten unterschiedliche Reinigungsverfahren in Anwendung kommen, zum Beispiel Waschen, Walken, Räuchern oder Erhitzen in der heißen Luft.⁴⁹ Die Rastelle hatten wiederum den Zweck, den wechselseitigen unentbehrlichen Handel aufrechtzuerhalten und blieben auf den Verkehr mit „nicht giftfangenden Gegenständen“ und Viehtransporte beschränkt. Außerdem verfügten sie nur über begrenzte Öffnungszeiten.⁵⁰

Die Einrichtung der Sanitätskordone verlief allerdings nicht problemlos. Das begann bereits bei der Besetzung mit wehrfähigen Männern. Um die Grenze von Friedberg bis Friedau zu sichern, hielt der Oberkommandant über diesen Abschnitt zumindest 1.350 Posten für notwendig, wobei für jeden Posten zwei Mann bestimmt sein sollten. Mit den für diese Aufgabe abgeordneten Militärmannschaften konnte aber nur ein Drittel der Posten besetzt werden.⁵¹ Es musste daher auf Zivilpersonen zurückgegriffen werden, deren Verlässlichkeit und Tatkraft

44 Vgl. WEIGL, Choleraepidemien, 206–207.

45 StLA, Gub, Fasz. 67, 11935/1831; Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2, Nr. 8, Nr. 17. Vgl. Harald RANNEGGER, Cholera in der Steiermark 1831–1836, Diplomarbeit (Universität Graz 1989).

46 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 51.

47 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 70. Später wurden diese Streifungen sogar auf jene Gemeinden ausgedehnt, die bis inklusive fünf Meilen von der Grenze entfernt lagen. Als Anreiz stellte man in Aussicht, für jede ergriffene Person eine Belohnung auszuzahlen: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 80, Nr. 446.

48 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 45, Nr. 166, Nr. 181, Nr. 203, Nr. 362, Nr. 871.

49 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1280.

50 Unter solche unverdächtigen Waren subsumierte man etwa Holz, Glas, Porzellan, glasierte Waren, Steingut, Metallgeräte und ähnliche Objekte mit harter Oberfläche: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 342. Rastelle befanden sich in der Steiermark in Fehring, Sieldorf bei Radkersburg, Sauritsch/Zavrč und Rohitsch/Rogatec.

51 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 179.

jedoch mehr als bezweifelt wurde, abgesehen davon, dass Bauern und Landleute keine passende Kleidung und Ausrüstung besaßen und kaum mit einer Waffe umgehen konnten. Zudem war der Unwille groß, einen solchen Dienst anzutreten, woran auch ein Taglohn nichts ändern konnte.⁵²

Unbestritten war ebenso, dass die Hemmung der Bewegungsfreiheit und des Warenverkehrs durch die Sanitätskordone empfindliche Nachteile für die Wirtschaft brachte und Versorgungssicherheit und Kommunikation beeinträchtigten. So bedurfte es etwa einigen Aufwandes, den Postverkehr über die Grenzen hinweg aufrechtzuerhalten. Das betraf etwa den Pferdewechsel, aber auch die geforderte Räucherung der Briefschaften.⁵³ Ergänzend kam hinzu, dass die Postketten trotz aller Bemühungen durchlässig blieben und mit etwas Lokalkenntnis ohne weiteres umgangen werden konnten.⁵⁴

Vor Ort stießen die Sanitätskordone nicht unbedingt auf Zustimmung. Die ansässige Bevölkerung klagte über Schäden in Wald und Flur und fand sich ganz allgemein in ihrem Alltag eingeschränkt.⁵⁵ Die Menschen wollten auf ihre Kontakte über die Grenze hinweg nicht verzichten, sodass sie „in ihrem Inneren vielmehr Gegner als Verteidiger der Grenzsperr“⁵⁶ wären. Das Gubernium unterstellte dem „Landmann“ sogar, dass er den Sinn des Kordons nicht erkennen würde, sondern vielmehr glaube, dieser wäre nur errichtet, um das Land gegen Einfälle aufrührerischer Untertanen zu schützen.⁵⁷ Die Betrachtungsweise in Graz war nun eine andere, hier erlaubte man sich kein Wort der Kritik, sondern stellte die zentralen Anordnungen nicht in Frage: „Die Nützlichkeit der Cordone bei allen Seuchen ist eine bereits allgemein anerkannte Wahrheit“.⁵⁸

Sanitätskordone gab es zur gleichen Zeit auch im Inneren der Steiermark. Nach den „Instruktionen für die politischen Obrigkeiten und für die von selben abgeordneten Kommissäre“ vom 28. Juli 1831 musste ein betroffener Ort im Falle der ausgebrochenen Cholera durch aufgestellte Wachen (reguläre Truppen oder Einwohner anderer Ortschaften) abgesondert werden. Den Einwohnerinnen und Einwohnern wurde verboten, die aufgestellte Kordonslinie zu übertreten oder dort auch nur Zusammenkünfte mit Auswärtigen oder mit den Wachen zu pflegen. Darüber hinaus waren insbesondere die Zugänge zu allen Häusern oder Gassen, in denen sich kranke oder möglicherweise infizierte Personen befanden, durch Wachen sowie durch Gräben, aufgehäufte Steine oder ähnliche Hindernissen zu sperren.⁵⁹

52 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 88, Nr. 179. Zu den Schwierigkeiten mit zivilen Aushilfswächtern vgl. auch: Admontbüchel, Herrschaft, K. 70, H. 219: Sanitäre Grenzwahe in Obdach wegen der Cholera, 1831/32.

53 Alle Briefe mussten geöffnet und entfaltet, an mehreren Orten durchlöchert, auf ein Drahtgitter gelegt und dem Rauch mehrere Minuten lang ausgesetzt werden. Erst dann konnte man sie weiterbefördern. StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 14, Nr. 61, Nr. 79, Nr. 121, Nr. 341.

54 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 9, Nr. 84.

55 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 53, Nr. 2180, Nr. 2264, Nr. 2308, Nr. 2380.

56 Das meinte zumindest der Oberkommandant über den Abschnitt in der Oststeiermark nach Ungarn, Freiherr von Piret: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 179.

57 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1406.

58 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1160.

59 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 129: Instruktion für die politischen Obrigkeiten und für die von selben abgeordneten Kommissäre aus Veranlassung der in Ungarn ausgebrochenen orientalischen Brechruhr (Cholera morbus), 28.7.1831.

Als sich die Seuche rund einen Monat später, beginnend mit 23. August, in Fürstenfeld zeigte,⁶⁰ kamen diese Richtlinien zur Anwendung. Nicht nur die Häuser der Kranken und Verstorbenen mit ihren Familien wurden abgesperrt, sondern letztendlich die gesamte Stadt. Da das dafür notwendige Militär fehlte, griff man kurzerhand auf das sogenannte *Tabak-Commando* im Umfang von 60 Männern zurück.⁶¹ Deren eigentliche Aufgabe war es, die in Fürstenfeld befindliche große Tabakfabrik zu sichern,⁶² sodass ihre Abordnung zum Kordonsdienst durchaus gegen den Willen der Tabakdirektion geschah.

Die Sorge galt nun der Versorgung der eingeschlossenen Bevölkerung mit Bedarfsgütern. Diese sollten zur Stadt gebracht, „vor derselben abgelegt und nach Entfernung der Überbringer von den Bewohnern abgeholt“⁶³ werden. Mangel an Lebensmitteln sah der Magistrat vorderhand nicht, da man auf Ackerland und Mahlmühlen zurückgreifen konnte. Zur Umgehung von Fürstenfeld wurde ein eigener Notweg über Speltenbach, ein benachbartes Dorf, eingerichtet, damit zumindest der Postverkehr aufrechterhalten werden konnte.⁶⁴ In der Stadt sollte jedes öffentliche Leben zum Erliegen kommen, die Arbeit der Tabakfabrik wurde eingestellt, selbst der Gottesdienst hatte bei verschlossenen Türen „mit Gebung der Zeichen für die Bevölkerung“⁶⁵ stattzufinden. Die Situation war für alle Betroffenen also höchst belastend, sodass das Interesse vor Ort hoch sein musste, diese Sicherungsmaßnahmen so bald wie möglich abschütteln zu können. Von zentraler Stelle kamen schon bald Signale, die hoffen ließen: Am 1. September erteilte die Hofsanitätskommission den Auftrag, die „Cernierung“ der Stadt Fürstenfeld bei entsprechend geringer Gefahrenlage aufzuheben und nur noch die erforderlichen lokalen Absperrrungen vorzunehmen.⁶⁶ Überraschenderweise ließ sich die Provinzialsanitätskommission in Graz jedoch Zeit, diese Aufforderung umzusetzen. Ihr war offenbar daran gelegen, die Seuche weiterhin „eingeschlossen“ zu wissen, sodass sie sich nicht unkontrolliert im Land verbreiten könnte. Erst mit 19. September wollte sie – sollte sich bis dahin kein neuerlicher Vorfall ergeben – den Kordon um die Stadt auflösen.⁶⁷

Dieser Glaube daran, dass man die Cholera durch die Aufrichtung von Barrieren fernhalten könnte, zeigte sich zur gleichen Zeit auch in der Stadt Graz – freilich mit umgekehrter Stoßrichtung. Hier bat die lokale Sanitätskommission ihre vorgesetzte Behörde Anfang August 1831 um die Erlaubnis, im Falle von auftretenden Seuchenfällen in der Umgebung die Hauptstadt samt ihren Vorstädten absperren zu dürfen, nicht nur durch Verhaue und Gräben, sondern auch durch die Aufstellung von Wachen. Man hatte bereits entsprechende Szenarien vorbereitet, etwa die Lokalisierung von zehn Rastellen, um den Marktverkehr weiter aufrechtzuerhalten

60 Am 23. August 1831 starb hier die erste Person nachgewiesenermaßen an der Cholera: DAGS, Fürstenfeld, Sterbebuch 12, 1825–1838, 114. Vgl. StLA, Göth Georg, Nachlass, K. 16, H. 295: Fürstenfeld, Bezirk; MACHER, Topografie, 150.

61 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 523.

62 Zur Tabakfabrik in Fürstenfeld vgl. Elisabeth (SCHÖGGL-)ERNST, Tabak in der Steiermark. Von den Anfängen eines Genußmittels bis zur industriellen Produktion in Fürstenfeld (= Forschungen zur geschichtlichen Landeskunde der Steiermark 39, Graz 1996).

63 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 523.

64 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 544.

65 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 523.

66 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 738.

67 StLA, Miszellen, Cholera-Akten, Nr. 846.

und „damit die Stadt keine Not und Teuerung leidet“. ⁶⁸ Obwohl man die Nachteile eines umschließenden Kordons vor Augen hatte, wollte man sich sozusagen freiwillig abschotten und damit sichern. Die Provinzialsanitätskommission konnte diesem Ansuchen nicht entsprechen, sondern musste die lokale Kommission vielmehr belehren, dass eine Absperrung von Ortschaften nur im Falle einer dort grassierenden Krankheit vorgesehen sei, nicht jedoch aus Vorsicht. ⁶⁹

Diese unterschiedliche Bewertung von Absperrungsmaßnahmen je nach Perspektive, Zeitumständen und Gefahrenlage zeigt sich in der Steiermark besonders deutlich mit dem geplanten Sanitätskordon gegen Niederösterreich. Den Anstoß dazu gab die Zentralsanitätskommission, die noch Ende August 1831 die vertrauliche Mitteilung machte, dass man an Vorkehrungen denken müsste, „kranke“ von angrenzenden „gesunden“ Provinzen abzutrennen. Für die Steiermark würde dieser Fall in erster Linie eintreten, wenn sich die Cholera in Niederösterreich verbreiten würde. Die Provinzialsanitätskommission in Graz konnte postwendend vermelden, dass sie diesbezüglich schon seit Juli umfangreiche Planungen angestellt hätte. Die zu besetzenden Kordonlinien im Judenburger und im Brucker Kreis sowie in einem Teil des Grazer Kreises waren durch die zuständigen Beamten ausgemittelt und gemeinsam mit dem Militär bereist worden, ebenso hatte man die Örtlichkeiten für die Errichtung möglicher Kontumazstationen und Rastelle ausgewählt. ⁷⁰ In der Steiermark stand diesbezüglich alles bereit.

Am 17. September 1831 wurde die Provinzialsanitätskommission in Graz schließlich von sich aus aktiv, nachdem sie Kenntnis von der plötzlichen, massenhaften Verbreitung der Cholera in Wien erhalten hatte. Sie ließ alle Übergangspunkte aus Niederösterreich, vom Semmering bis zum Pfaffenberg im Grazer Kreis und weiter bis zur dreifachen Grenze bei Friedberg, sperren und mit einer Sicherheitswache, die vorderhand aus Zivilpersonen bestand, versehen. Reisende durften an genau definierten Übergangspunkten passieren, aber nur mit entsprechenden Gesundheitspässen; gleiches galt für den Transport von Gütern. Seiten- und Schleichwege wurden komplett abgeriegelt. ⁷¹ Eilends begann man mit der Errichtung eines Rastells in Steinhäus am Semmering, um den Warenverkehr zu erleichtern.

Mitten in all diese fieberhaften Aktivitäten platzte ein Schreiben der Wiener Zentralkommission: Gemäß allerhöchster Entschließung vom 18. September durften zwischen den einzelnen Provinzen des österreichischen Kaiserstaates keine neuen Kordone gezogen werden; argumentiert wurde dabei mit finanziellen und organisatorischen Schwierigkeiten. ⁷² In Graz zeigte man sich aufs höchste irritiert, ja geradezu empört, und zwar sowohl seitens der Regierung als auch der steirischen Stände. In ihrer ersten Reaktion erlaubte sich die Provinzialsanitätskommission harte Worte. Sie verhehlte nicht, welch üblen Eindruck es erwecken würde, „dass man sich – nachdem die Haupt- und Residenzstadt von der Seuche ergriffen ward – sich um die übrigen Provinzen nicht mehr kümmere und sie ihrem Schicksal überlasse.“ ⁷³ Die Grazer

68 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 297.

69 Ebd.

70 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 596. Zu den Vorarbeiten vgl. Nr. 88, Nr. 90, Nr. 107. Auch für einen möglichen Sanitätskordon in Richtung Süden, zum Herzogtum Krain, erstatteten das Kreisamt Cilli und die betroffenen Bezirksobrigkeiten Berichte und zeichneten Pläne: Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 508.

71 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1016.

72 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1083.

73 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1160.

Behörden fühlten sich zurückgesetzt, hatten sie doch stets die Anweisungen aus Wien befolgt, die nun plötzlich nicht mehr galten – und das ausgerechnet zu einem Zeitpunkt, an dem sie selbst Schutz bedurft hätten.

Dieser stets schwelende Konflikt zwischen den Wiener Zentralstellen und den Provinzregierungen, der hier zum Ausbruch kam, betraf im Übrigen nicht nur die Steiermark. Auch aus Laibach verlautete von der dortigen Provinzialsanitätskommission mehr als deutlich: „Man ist der Meinung, dass – nur weil Wien nicht abgesperrt werden kann – daraus nicht gefolgert werden kann, dass andere Ortschaften und Gegenden mit dem Übel angesteckt werden müssen.“⁷⁴ Von Graz aus versuchte man außerdem, in Triest und in Venedig Stimmung zu machen, indem man auf die von der Steiermark bereits gesetzten, aber von der Hofkanzlei letztendlich unterbundenen Maßnahmen verwies, die zum Wohle aller Provinzen gewesen wären.⁷⁵

Eine Ursache für das Unverständnis der Provinzialbehörden war auch die mangelnde Information, warum man plötzlich vom System der Kordonsziehung, auf das monatelang gesetzt worden war, abkehren sollte. In Graz versuchte man, die vorderhand vorgebrachten Argumente der Zentralstelle zu zerstreuen: Die Grenzen gegen Niederösterreich und Oberösterreich wären aus geographischen Gründen leicht zu sichern, wofür man bereits Zivilwächter gedungen hätte, deren Bezahlung sogar die steirischen Stände übernehmen wollten. Wie beunruhigt auch diese waren, zeigt die Tatsache, dass ihr Verordneter Ludwig Abt zu Rein unverzüglich nach Schönbrunn reiste, um in dieser Angelegenheit persönlich beim Kaiser vorzusprechen.⁷⁶ Der Widerstand in der Steiermark ging so weit, dass man hier entgegen der zentralen Weisung am Semmering nach wie vor Reisende und Transporte aus Niederösterreich zurückwies; erst auf mehrfache strenge Ermahnung der Hofkanzlei wurden diese Sperren Ende September abgebaut.⁷⁷

Erst allmählich wurde klar, dass hinter der Auffassung der Sanitätskordone ein generelles Überdenken der Kontagionslehre stand: „Die Erfahrung im In- und Ausland hat gelehrt, dass Cordone gegen das Eindringen der Cholera nicht schützen“,⁷⁸ hieß es nun aus Wien. Am 10. Oktober 1831 erging schließlich ein langes Kabinettschreiben, das erklären sollte, warum Sanitätskordone als wirkungslos, ja sogar schädlich erkannt worden waren.⁷⁹ Man war zur Erkenntnis gelangt, dass die Cholera nicht – wie seinerzeit die Pest – „von Mann zu Mann und durch Waren“ übertragbar wäre und dass damit Absperrungsmaßnahmen keinen Schutz bieten würden.⁸⁰ In diesem Sinne hatte auch die „Cernierung“ von Ortschaften, in denen sich die Krankheit zeigte, zu unterbleiben.⁸¹

74 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1182.

75 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1084, Nr. 1153, Nr. 1163.

76 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1160; Laa. A., Medium, Fasz. 147: A VIIc 6545/1831.

77 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1177, Nr. 1182, Nr. 1201, Nr. 1246, Nr. 1746.

78 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1307. Vgl. auch Nr. 1372. Zurückzuführen war das u. a. auf den am Hof einflussreichen k. k. Leibarzt Andreas Joseph Stifft, der als Nicht-Kontagionist alle Sperren und Quarantänemaßnahmen als nutzlos einstufte. Vgl. BIRKNER, Cholera in Wien, 76.

79 Dieses Schreiben wurde in der Folge auch in der „Grätzer Zeitung“ veröffentlicht: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1441.

80 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2430.

81 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1247, Nr. 1340.

In weiterer Folge ordnete die Hofkanzlei in der Steiermark auch die Aufhebung der bestehenden Sanitätskordone gegen Kroatien und gegen Ungarn an.⁸² In ihrem Gutachten schloss sich das Gubernium dieser Meinung zwar an, ließ dabei aber durchblicken, dass das nur deshalb geschehe, da eine Absperrung nach Niederösterreich fehle und damit kein Grund vorhanden sei, „warum auf der einen Seite eine Schutzwehr“ und auf der anderen Seite „dem Eintritte des bösen Geistes Tür und Angel geöffnet“.⁸³ Die Unsicherheit über die Übertragbarkeit der Cholera war noch zu groß, dass sich die aus Wien innerhalb kürzester Zeit verordnete Kehrtwende setzen konnte, dazu kam der Argwohn, in gewisser Weise von den Zentralstellen im Stich gelassen worden zu sein. Je näher die Gefahr rückte, desto größer schien das Bedürfnis, sich mit allen Mitteln dagegen abzuschließen. Das Verbot dazu, überdies genau aus dem Ort, woher das Übel seinen Ausgang nahm, musste wie ein Verrat erscheinen.

Der Umgang mit der Krankheit: Schuld, Scham und Verdrängung

Die Ungewissheit über die Ursachen und die Weiterverbreitung der Cholera führte dazu, dass man Schuldige suchte. Man wollte die Bedrohung besser fassbar machen, indem man sie gewissermaßen mit bestimmten Personengruppen verknüpfte. Allem voran standen die Fremden schlechthin. Schon bisher hatte der im Vormärz um absolute Kontrolle bemühte Staat das Passwesen ausgeweitet und verfeinert.⁸⁴ Nunmehr wurden die zuständigen Behörden angewiesen, verstärkt Reisende zu überprüfen, ob sie mit ausreichenden Dokumenten und Gesundheitsnachweisen versehen wären. Auf den Straßen, aber auch auf abgelegenen Wegen sollten spezielle Streifungen vorgenommen werden, um verdächtige Individuen zu stellen.⁸⁵

Besonderes Augenmerk lag auf vermeintlich bestimmungs- und erwerbslos herumziehenden Personen. Davon konnten bereits Handwerksgesellen betroffen sein: Mitte August 1831 erging ein temporäres Verbot des Eintrittes fremder Handwerksburschen und Gesellen in die österreichischen Provinzen.⁸⁶ Auch Hausierhändler galten als höchst verdächtig,⁸⁷ wie überhaupt „vagierendes Gesindel“ aller Art.⁸⁸ Solche „überflüssigen Leute“ sollten so rasch wie möglich „abgeschafft“ bzw. zur Weiterwanderung verhalten werden.⁸⁹ Mit der Berufung auf „Sanitätsrücksichten“ erhielten die Tätigkeiten der Fremdenpolizei und das strenge Vorgehen gegen gesellschaftliche Randgruppen eine weitere Legitimation, ja eine absolute Unverzichtbarkeit.⁹⁰

82 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1176, Nr. 1190, Nr. 1355, Nr. 1467. Nur an der Grenze zum lombardo-venetianischen Königreich und zu Tirol blieb der Sanitätskordon länger bestehen.

83 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1406.

84 Vgl. Hannelore BURGER, Paßwesen und Staatsbürgerschaft, in: Waltraud Heindl / Edith Saurer, Hg., Grenze und Staat. Paßwesen, Staatsbürgerschaft, Heimatrecht und Fremdenengesetzgebung in der österreichischen Monarchie 1750–1867 (Wien 2000), 3–87, hier 25–27.

85 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 75; Admontbühel, Herrschaft, K. 70, H. 219: Sanitäre Grenzwaiche in Obdach wegen der Cholera, 1831/32.

86 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 513.

87 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 183.

88 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1086. Vgl. Miscellen-Cholera-Akten, Nr. 1467.

89 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 557.

90 Allgemein vgl. Gerhard AMMERER, Heimat Straße. Vaganten im Österreich des Ancien Regime (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 29, Wien–München 2003).

Die Provinzialsanitätskommission warnte etwa davor, dass das „Cholera-Übel“ durch Tabakschwärzer auf Schleichwegen hereingeschleppt werden könnte,⁹¹ wie überhaupt „jeder Ungar oder Kroat oder solche Weibsbilder“ sofort angehalten werden müssten.⁹² Berühmte „Schlupfwinkel“, die den Behörden schon lange ein Dorn im Auge gewesen waren, sollten nun endgültig aufgehoben werden.⁹³

Dieser Generalverdacht in Richtung Fremde schloss auch die Juden mit ein. Die Zentral-sanitätskommission ordnete Anfang August 1831 an, auf alle „vorkommenden Juden“⁹⁴ und ihre Besitztümer genau zu achten. Als Argument diente der von ihnen praktizierte Handel mit Altkleidern, der ein gesundheitliches Risiko bilden würde.⁹⁵ Der Grazer Magistrat griff diese Warnung auf und schlug vor, die Juden vom Grazer Herbstmarkt 1831 überhaupt auszuschließen.⁹⁶ Das ging der Wiener Zentralstelle aber dann doch zu weit, und sie entschied, die Juden in ihrem Handelsverkehr hier nicht zu beschränken.⁹⁷ Die Diskussion sollte wenig später ohnehin obsolet werden, da der Grazer Herbstmarkt aufgrund der Cholera-Gefahr als Gesamtes abgesagt wurde.⁹⁸

Um „verdächtige Fremde“, die bereits in die Steiermark gelangt waren, abzusondern und eine gewisse Zeit in Quarantäne zu halten, mussten eilends Kontumazhäuser eingerichtet werden.⁹⁹ Vor allem in Graz bildete das ein Problem. Mitte August 1831 hatte man hier schon 13 Personen in Gewahrsam genommen, ihre Zahl erhöhte sich mit jedem Tag. Diese Personen wurden zunächst provisorisch in einer Abteilung des Siechenhauses untergebracht, bis man – nach mühevoller Suche nach Alternativobjekten und entsprechenden Verhandlungen mit dem Kameralamt – das ehemalige Linienamtsgebäude im Viertel Karlau im Süden der Stadt für diesen Zweck einrichtete. Hier verfügte man in fünf Abteilungen über Raum für 20 bis 30 „Kontumazisten“.¹⁰⁰ Die Männer und Frauen sollten hier für 20 Tage festgehalten und durch eigene Diener versorgt und über einen Speisetarif verköstigt werden, wobei bedürftigen Personen eine Unterstützung zugesichert wurde.¹⁰¹

Als sich im August 1831 in Fürstenfeld tatsächlich Spuren der Cholera zeigten, stellte sich auch die Frage nach ihrem vermuteten Ursprung. Der dortige Magistrat führte das Auftreten der Seuche überraschenderweise nicht auf Ansteckung aus Ungarn, sondern auf innere Verhältnisse zurück: „In Fürstenfeld wurde die Cholera nicht eingeschleppt, sie hat sich hier selbst entwickelt. Vorzüglichste Veranlassung war die stattgefundene Überschwemmung.“¹⁰² Anders beurteilte man die Situation im Jahr darauf in Mariazell. Die Bezirksobrigkeit wies darauf hin,

91 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 9.

92 StLA, Hartberg, Stadt und Herrschaft, K. 88, H. 797: Cholera, 1831.

93 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 104.

94 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 200.

95 Ebd.

96 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 343.

97 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 535.

98 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 497, Nr. 514.

99 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 74. Vgl. auch Nr. 13, Nr. 54, Nr. 70. Vgl. RANNEGGER, Cholera, 83.

100 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 191, Nr. 192, Nr. 373.

101 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 551: Ordnung für die k. k. Kontumazanstalten in Steiermark. Zu den Kosten vgl. Laa. A., Medium, Fasz. 147: A VIIc 6722/1831.

102 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 544. Diese Sichtweise verweist auf die Miasmentheorie.

dass die Krankheit mit Sicherheit durch vier Wallfahrerinnen aus Wien eingeschleppt worden wäre, welche bereits auf der Reise Symptome gezeigt, aber trotzdem ihre Reise fortgesetzt hätten. Erst später habe die Cholera auch auf Einheimische des Marktes übergegriffen.¹⁰³ Das Auftauchen der Krankheit im Murtal in Richtung Graz führte man ebenfalls auf rückwandernde Pilger aus Mariazell zurück.¹⁰⁴ In Graz wollte man sogar den Namen jener Frau kennen, von der die Cholera ihren Ausgang genommen hätte – ein Gerücht, dem die Behörden energisch entgegenzuwirken versuchten.¹⁰⁵

Der Fall Mariazell offenbart noch eine weitere Facette in Bezug auf Schuldzuweisungen. Die Gefahr ortete man hier insbesondere bei jenen Wallfahrerinnen und Wallfahrern, die „zu den ärmsten Klassen der Bevölkerung“ gehörten.¹⁰⁶ Diese würden über keine ausreichende Nahrung und Kleidung verfügen und in Mariazell irgendwo im Freien oder dicht aneinandergedrängt in Scheunen lagern. Auch jene vier Frauen, mit denen die Krankheit in den Wallfahrtsort gekommen wäre, hätten der unteren Volksklasse angehört.¹⁰⁷ Selbst als man im August 1831 wegen der Angst vor der Cholera die Prozessionen nach Mariazell vorübergehend eingestellt hatte, galt das nur für die armen Bevölkerungsschichten; „einzelne Personen der wohlhabenden Klasse“ durften weiterhin nach Mariazell reisen.¹⁰⁸

Menschen, die in Not und Entbehrung lebten, förderten nach der Sichtweise der verantwortlichen Stellen ganz klar die Verbreitung der Cholera. Dabei spielte unter anderem die Miasmentheorie eine Rolle, die als Ansteckungsgefahr Fäulnisprozesse im Boden oder im Wasser und die daraus resultierende Verpestung der Luft erkennen wollte.¹⁰⁹ Das führte nicht nur zur Forderung nach mehr Sauberkeit und Hygiene im öffentlichen sowie im privaten Bereich, sondern richtete die Aufmerksamkeit insbesondere auf die Wohn- und Lebensverhältnisse der Armen.¹¹⁰ Im Mittelpunkt der Kritik standen enge, finstere, feuchte und mit Menschen überfüllte Wohnungen, wie sie etwa in großer Zahl in den Grazer Vorstädten mit „Bettgehern und Afterparteien“ zu finden waren. Jedermann sollte derlei gesundheitswidrige Unterkünfte zur Anzeige bringen, um die Gefahr eines Seuchenausbruchs hintanzuhalten.¹¹¹ Die Zentralsanitätshofkommission hatte keinen Zweifel darüber, „dass die epidemische Brechruhr dort am heftigsten ist, wo die Menschen gedrängt wohnen, wo schädliche Ausdünstungen bestehen.“¹¹²

103 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2511, Nr. 2514.

104 Das behauptete unter anderem der Arzt Mathias Macher, der zu jener Zeit selbst Cholerakranke behandelte. Vgl. MACHER, Topografie, 150.

105 Dieses Gerücht erreichte sogar die Wiener Zentral-Sanitäts-Hofkommission: StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2606, Nr. 2680. Vgl. HAMMER-LUZA, Reinlichkeit, 108.

106 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 296. Vgl. auch Nr. 90.

107 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2511. Nach den Mariazeller Sterbematriken handelte es sich dabei allerdings – neben einer Tagelöhnerin, einer Köchin und einer Kindsmagd – auch um eine bürgerliche Gürtlersfrau: DAGS, Mariazell, Sterbebuch 2, 1784–1843, 628–629.

108 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 557.

109 Vgl. Wolfgang WEGNER, Miasma, in: Werner E. Gerabek u. a., Hg., Enzyklopädie Medizingeschichte (Berlin–New York 2005), 985–986.

110 Vgl. DORRMANN, Cholera, 207–208, 218; BIRKNER, Cholera, 112.

111 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 74, Nr. 318. Vgl. Weiz, Markt, K. 36, H. 165: Sanitätspolizei, 1825–1842.

112 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 1651.

Dabei ist nicht zu verkennen, dass man ein Übergreifen der Cholera von solchen Elendsquartieren auf die großzügig gebauten Wohnhäuser des wohlhabenden Bürgertums fürchtete.¹¹³ Wie eine Lösung dieses Problems erfolgen sollte, ließ man freilich offen. Mehr als halbherzig sprachen der Magistrat Graz und die Provinzialsanitätskommission der Steiermark zwar von der Wichtigkeit einer Unterstützung der Notleidenden,¹¹⁴ Aktionen wurden aber nicht gesetzt.

Als die Cholera in Graz Ende August 1832 ihre ersten Opfer forderte, stammten diese tatsächlich häufig aus sozial schwachen Schichten, unter ihnen befanden sich etwa viele Tagelöhner, Inwohner, Pfründner und kleine Gewerbetreibende. Damit einher ging ein lokaler Schwerpunkt in den Vorstädten. Mehrmals genannt werden etwa die Murvorstadt und der als besonders ärmlich bekannte Sigmundstadl.¹¹⁵ Auch zu Mürzzuschlag heißt es dezidiert, dass die Seuche vorzüglich Personen „aus der ärmeren Menschenklasse, Hammerweiber, Kleinhäusler in der tieferen Lage“ betroffen habe.¹¹⁶ Damit fand sich das Gubernium in seinen Befürchtungen bestätigt: „Ungünstiger war der Ausgang dort, wo mehrere alte in Dürftigkeit lebende Personen befallen wurden.“¹¹⁷ Nach Möglichkeit wurden diese Personen trotzdem zu Hause gepflegt, in Graz überstellte man sie sonst in das Allgemeine Krankenhaus in der Paulustorgasse, wo man eine separierte Abteilung schuf.¹¹⁸

Diese Aspekte berücksichtigend, stellt sich die Frage, inwieweit es – mit Bezug auf die Steiermark – als beschämend angesehen werden konnte, an Cholera zu erkranken und ob damit ein gewisses Stigma verbunden war. Leider lassen die spärlichen Quellen hier kaum Rückschlüsse zu; es gibt nur einige wenige Krankengeschichten, die sich erhalten haben. In Graz wurde medizinische Hilfe von manchen Patientinnen und Patienten bereits kurze Zeit nach dem Auftreten von Symptomen beigezogen, andere ließen hingegen ein bis zwei Tage vergehen, ohne sich einem Arzt anzuvertrauen.¹¹⁹ Bei einem Fall in Mürzzuschlag, der 58-jährigen Keuschlerin Magdalena Fink, zeigt sich jedoch, wie sehr die Frau ihre Krankheit selbst vor ihrem Mann verbergen wollte. Obwohl sie bereits an heftigem Durchfall litt und Stefan Fink unbedingt den Arzt holen wollte, „denn es gehe die Cholerakrankheit herum“, wollte sie das auf keinen Fall. Eineinhalb Tage später war sie tot.¹²⁰

113 Der Grazer Stadtphysikus und Armenarzt Stephan Benditsch (1760–1853) warnte schon 1808 vor solchen *verpestenden Schlupfwinkeln*, [...] *wo der böse Genius der Krankheiten meistens zuerst beginnt, und am spätesten endet*: St[ephan] BENDITSCH, *Topographische Kunde von der Hauptstadt Grätz, oder: Aufzählung der merkwürdigsten Gegenstände, welche auf das Leben, die Geistes-Cultur, und die Gesundheit der Einwohner dieser Stadt den nächsten Bezug haben* (Graz 1808), 146–147.

114 Auch die steirischen Stände wollten bei einem Choleraausbruch 4.000 Gulden zur Unterstützung der Armen beisteuern. Vgl. StLA, *Miszellen, Cholera-Akten*, Nr. 55, Nr. 70, Nr. 138, Nr. 1482, Nr. 1656.

115 Hier starben am 24.8.1832 die 73-jährige Katharina Blum und am 27.8. die 66-jährige Anna Mayer; beide waren Armenpfründnerinnen: DAGS, *Graz-Hl. Erlöser, Sterbebuch II, 1820–1834*, 280–282; StLA, *Miszellen, Cholera-Akten*, Nr. 2573, Nr. 2680, Nr. 2712. Noch in den 1840er Jahren galten der Sigmundstadl und die angrenzenden Gassen als eines der ärmsten Stadtquartiere. Vgl. Gustav SCHREINER, *Grätz. Ein naturhistorisch-statistisch-topographisches Gemälde dieser Stadt und ihrer Umgebungen* (Graz 1843), 118.

116 StLA, *Göth Georg, Nachlass*, K. 37, H. 753: Mürzzuschlag.

117 StLA, *Miszellen, Cholera-Akten*, Nr. 2786.

118 Die in der Stadt mit großem Aufwand errichteten drei Choleraspitäler wurden nicht genutzt. Vgl. StLA, *Miszellen, Cholera-Akten*, Nr. 2616, Nr. 2680.

119 StLA, *Miszellen, Cholera-Akten*, Nr. 2680, Nr. 2712.

120 StLA, *Mürzzuschlag, Stadt*, K. 148, H. 603: Choleraakten, Oktober 1831–1837.

Das Eingeständnis, von der Cholera betroffen zu sein, brachte viele Nachteile mit sich. Das galt nicht nur für Einzelpersonen, sondern für ein ganzes Gemeinwesen. Als sich die Seuche Ende August 1831 in Fürstenfeld zeigte und die Stadt abgesperrt wurde, herrschte unter den Bewohnern große Aufregung – allerdings auch über den dortigen Arzt, „dass er das Dasein der Cholera erklärte“.¹²¹ Man nahm ihm offenbar übel, dass er die Krankheit gemeldet und damit das Leben aller Stadtbewohnerinnen und -bewohner erheblich beeinträchtigt hatte.

Vom bewussten Schweigen bis hin zur regelrechten Verdrängung und Verleugnung der Cholerafähr war es kein großer Schritt. Im August 1832 wurde allen Ärzten und Wundärzten durch allerhöchsten Kabinettschreiben verboten, bei vorgefundenen Cholera-Patienten die Worte „Cholera, Brechdurchfall oder Brechruhr“ zu verwenden; stattdessen sollten sie die Krankheit mit einer anderen schicklichen Benennung umschreiben, um nicht „Furcht, Angst und Schrecken bei den nächsten Umgebungen“ auszulösen.¹²² Diese Bezeichnungen fanden in der Folge auch in die öffentlichen Blätter Eingang.¹²³ Gleichzeitig wurde vor voreiligen Diagnosen gewarnt.¹²⁴

Die öffentliche Berichterstattung über die Seuche erfolgte äußerst kontrolliert. Als Leitorgan galt grundsätzlich die „Wiener Zeitung“.¹²⁵ In der „Grätzer Zeitung“ gab es 1831 zwar zahlreiche Artikel über das Auftreten der Cholera im In- und Ausland (auch in Fürstenfeld),¹²⁶ wohl noch häufiger nutzte man das Medium aber, um laufende Gerüchte zu zerstreuen, etwa dass die Cholera bereits in Graz verbreitet sei.¹²⁷ Über den tatsächlichen Ausbruch der Krankheit im Sommer 1832 finden sich dann allerdings keine Nachrichten mehr.¹²⁸ Die der Seuche zum Opfer gefallenen Männer und Frauen scheinen in der „Grätzer Zeitung“ zwar in der Rubrik „Verstorbene“ auf, allerdings nicht mit ihrer wirklichen Todesursache, sondern in den meisten Fällen mit dem Vermerk „Durchfall“; vereinzelt finden sich auch „Gedärmland“ oder „Allgemeine Lähmung“ eingetragen.¹²⁹ In den Sterbematrizen der Pfarren bildet sich die Realität deutlicher ab, wenn auch hier nicht alle Cholerafälle als solche dokumentiert sind.¹³⁰ Im Hintergrund standen klare Anweisungen der Hofkanzlei: War in einer Region oder in einer Provinz die Cholera offiziell schon für beendet erklärt worden und ereigneten sich dem ungeachtet weitere Todesfälle, so durften diese nicht öffentlich ausgewiesen, sondern bloß den Behörden gemeldet werden.¹³¹

121 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 544

122 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2584.

123 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2713.

124 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2606.

125 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 10, Nr. 1502.

126 Vgl. z. B. Grätzer Zeitung (30. August 1831), 5; (1. September 1831), 5.

127 Grätzer Zeitung (26. Juli 1831), 9; StLA, Birkenstein, Herrschaft, K. 1, H. 3: Sanität: Cholera, 1831. Vgl. Petra FUCHS, Cholera und Öffentlichkeit. Untersuchung der öffentlichen Reaktion auf das Schreckensphänomen des 19. Jahrhunderts am Beispiel der Jahre 1831, 1832 und 1848, 1849 in der Steiermark, Diplomarbeit (Universität Graz 2003), 25–26.; 90–92; RANNEGGER, Cholera, 94.

128 Berichte gab es in dieser Zeit in der Grätzer Zeitung nur über die Cholera in anderen Ländern wie Großbritannien, Frankreich oder den Niederlanden.

129 Vgl. z. B. Grätzer Zeitung (28. August 1832), 16: Katharina Wagner, Georg Pfeiffer, Rosalia Luttenberger, *am Durchfalle*; Grätzer Zeitung (6. September 1832), 24: Andreas Macher, *Ruhr*; Mathias Müllner, *Gedärmland*; Grätzer Zeitung (10. September 1832), 14: Barbara Seiner, *an allgemeiner Lähmung*; Grätzer Zeitung (13. Oktober 1832), 16: Franz Sturm, *an allgemeiner Lähmung*.

130 In der Pfarre Müzzuschlag scheint im September 1832 in den Sterbematrizen kein einziges Mal als Todesursache „Cholera“ auf, stattdessen wurden durchwegs die Bezeichnungen „Brechdurchfall“ und „erschöpfender Durchfall“ verwendet: DAGS, Müzzuschlag, Sterbebuch 3, 1824–1852, 52.

131 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2263.

All diese Maßnahmen sollten dazu dienen, ein Grassieren der Seuche zu verschleiern und die Bevölkerung nicht weiter zu beunruhigen. Wie die Menschen nun tatsächlich auf Cholerafälle in ihrer Nähe reagierten, darüber gibt es nur punktuelle Nachrichten, die überdies ausschließlich aus amtlichen Korrespondenzen und Berichten stammen. Als sich die Krankheit im Wallfahrtsort Mariazell zeigte, reiste der Protomedikus Lorenz von Vest, zugleich Mitglied der Provinzialsanitätskommission, in die Obersteiermark, um sich ein Bild zu machen. Am 31. Juli 1832 kam er nach Mariazell, wo zu diesem Zeitpunkt schon mehrere Menschen an der Cholera gestorben waren. Seinen Worten nach zeigten sich die Einwohner darüber jedoch „ziemlich gleichgültig“.¹³² Die Todesfälle der Wallfahrer würden im Markt nicht für Beunruhigung sorgen, „da sie sich unter der Zahl von so vielen tausend Fremden ergaben“.¹³³ In weit höherem Maße zeigte sich die Bevölkerung hingegen bestürzt über das damit einhergehende Verbot der Prozessionen nach Mariazell, zog diese Sperre doch wirtschaftliche Ausfälle nach sich. Auch in der Umgebung des Wallfahrtsortes machte man offenbar kein Aufhebens von der Sache: „Unter den Leuten zeigt sich gar keine Besorgnis wegen der Cholera, und man scheint sich hier wenig um Mariazell, das doch nur 6 Meilen entfernt ist, zu bekümmern.“¹³⁴

Sehr ähnlich lauten die Beobachtungen über die Cholera in Graz. Das Gubernium berichtete Anfang September 1832 an die Wiener Hofkanzlei: „Außer einer größeren Vorsicht in der Wahl der Nahrung und Kleidung brachten die Krankheitsfälle keine besondere Furcht oder Aufregung unter den Grazern hervor.“¹³⁵ Die angesichts der rasch aufeinanderfolgenden Todesfälle in Gösting bei Graz „in Schreck gesetzten Gemüter wären wiederum durch den Kreisphysiker bald ganz zweckmäßig beruhigt“ worden.¹³⁶

Zumindest diesen Berichten nach herrschte beim tatsächlichen Auftreten der Cholera 1832 ein gewisser Pragmatismus vor. Es hat den Anschein, als ob die vage Bedrohung vor einer unbekanntem, unberechenbaren Seuche weit beklemmender auf die Menschen gewirkt hatte als die unmittelbare Konfrontation mit der Krankheit. Die konkrete Gefahr erwies sich als weit weniger katastrophal als die Schreckensbilder, die vermittelt worden waren. Es gab zwar Kranke und Tote, die man vielleicht sogar persönlich kannte, aber das befürchtete Massensterben blieb aus. Die Angst vor dem nicht Fassbaren wurde nun durch handfeste Alltagsorgen und wirtschaftliche Überlegungen überlagert.

132 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2514.

133 Ebd.

134 Ebd.

135 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2616.

136 StLA, Miscellen, Cholera-Akten, Nr. 2608.

Resümee

Gefühlen von Menschen in der Vergangenheit nachzuspüren, ist nur in Ansätzen möglich. Bei einem Versuch, sich der emotionalen Welt der Menschen vor und während der Choleraepidemie 1831/32 anzunähern, tun sich viele Unschärfen und Widersprüche auf. Je nach sozialer Verortung, regionaler Herkunft, Erfahrungsumfeld und wohl auch Individualität zeigen sich unterschiedliche Ausprägungen, sodass keine Verallgemeinerungen möglich sind. Feststellbar ist, dass die Krise oft eine Verstärkung von bereits vorhandenen Konflikten und Ablehnungen brachte, seien es nun Ausgrenzungen von Randgruppen und Minderheiten oder Gefühle der Zurücksetzung und Vernachlässigung. Nicht verkennen lässt sich auch ein gewisses Festhalten an althergebrachten Methoden, selbst wenn sich diese als wirkungslos erwiesen; diese Illusion der Beständigkeit vermittelte wohl eine gewisse Sicherheit. Die bestimmenden Gefühle im Umgang mit der Krankheit waren aber wohl Furcht und Sorge. Dabei erscheint der paradoxe Eindruck, dass man seitens der Behörden die Angst weckte, solange die Cholera noch nicht in das Land gelangt war. Als die Krankheit tatsächlich in Erscheinung trat, versuchte man im Gegenteil wieder zu beruhigen und zu beschwichtigen. Fazit bleibt, dass sich die Cholera 1831/32 kaum in das Gedächtnis der Steiermark eingebrannt hat und schon bald wieder in Vergessenheit geriet. Eine einzige kleine Kapelle erinnert an den glücklichen Ausgang einer angekündigten Katastrophe, die letztlich keine werden sollte.¹³⁷

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.

¹³⁷ Diese Cholera Kapelle wurde auf dem Ruinenberg in Gösting bei Graz errichtet. Vgl. SCHREINER, Grätz, 491.

Christian Promitzer

Vorwegnahme und Ernstfall: Emotionale Regime in den Jahren der zweiten Choleraepidemie am Beispiel Kärntens

English Title

Anticipation and Emergency: Emotional Regimes during the Second Cholera Pandemic in Carinthia

Summary

Contrary to other Austrian regions, the province of Carinthia was spared from cholera in the year of 1831; however, the epidemic would cost the lives of several hundred local inhabitants in 1836. The paper concentrates on the predominant emotions of the population and the emotional regimes deployed by the regional and local authorities who wanted to ensure optimal sanitary conditions and deter possible unruliness among the population. Between 1831 and 1836 the preventive policies against the pandemic changed from addressing cholera as a contagious disease towards its treatment as a miasmatic one. Instead of quarantines, cordons, and concomitant terrifying images of barren landscapes as of 1831, now dietetics, a healthy lifestyle, and a sound balance of emotions formed the focus of prevention, which in turn signified the – at the time not undisputed – access point for hygienic reform among the rural population, which is otherwise known by the term “medicalization”.

Keywords

Cholera, Carinthia, Vormärz, emotions, fear, charity

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Die Cholera erstmals im Klagenfurter und Villacher Kreis

Die zweite Cholerapandemie, die 1831 über weite Teile Europas und so auch über das Kaisertum Österreich hereinbrach, traf dessen Kronländer in unterschiedlichem Ausmaß. Im Rahmen eines generellen Zugs von Ost nach West stieß sie von Galizien nach Ungarn vor, wo sie hunderttausende Todesopfer forderte, ehe sie weiter nach Westen vordrang. Anton Drasche (1826–1904), einer der ersten österreichischen Epidemiologen, verfasste mehr als dreißig Jahre nach den Ereignissen eine Monografie über die Krankheit, die sein lebenslanges Forschungsinteresse als Mediziner definieren sollte. Darin hieß es unter anderem: „Von Ungarn aus verbreitete sich die Seuche über *Steiermark* und *Nieder-Oesterreich*. Bereits am 16. August überschritt sie die Grenzen von Steiermark, verschonte daselbst die Gebirgsgegenden, liess Tirol wie Kärnten gänzlich unberührt.“¹ Diese erste Welle verebte in den österreichischen Ländern erst gegen Ende 1832; sie hatte bis Ende 1831 – ohne das Königreich Ungarn miteinzuberechnen – zu über 800.000 Erkrankungsfällen geführt und über 320.000 Menschen das Leben gekostet.² Kärnten, das Drasche nur en passant erwähnte, existierte damals gar nicht als eigenes Kronland, sondern war in den Kreis Klagenfurt / Celovec und jenen von Villach / Beljak aufgeteilt, die jeweils dem Gouvernement zu Laibach / Ljubljana im Königreich Illyrien zugeordnet waren. Beide Kreise wurden 1831 jedenfalls von der Seuche verschont. Die Cholera sollte sie erst in einer zweiten Welle, die 1835 ihren Ausgang von der Pyrenäischen Halbinsel nahm, erfassen. Deren Haupttrichtung war jener der ersten Welle entgegengesetzt, indem sie von West nach Ost verlief. Über Südfrankreich und andererseits über die Po-Mündung erreichte die Seuche im Herbst 1835 das Königreich Lombardo-Venetien und damit wieder österreichisches Territorium. Im Sommer 1836 folgte eine weitere Ausdehnung der Seuche Richtung Norden und Osten. Drasche schreibt:

„Gegen Osten hin erstreckte sich der Zug der Seuche vom venetianischen Gebiete nach Illyrien (Triest), Kärnten und Krain. In der Hauptstadt Kärntens, zu *Klagenfurt* (46° N.B.) beschränkte sich die Cholera auf sehr wenige Erkrankungen und Todesfälle. Dagegen kam sie stärker auf dem flachen Lande im Klagenfurter und Villacher Kreise vor.“³

Drasche erwähnte allerdings nicht, dass die Cholera in der ersten Junihälfte in den Villacher Kreis durch das aus Venetien kommende und durch Tarvis / Tarvisio / Trbiž nach Kaiser-Ebersdorf durchziehende Hoch- und Deutschmeister Infanterieregiment Nr. 4 gebracht worden war.⁴ Darüber hinaus trat sie im Klagenfurter Kreis Anfang Juli auch im Bezirk Eberndorf / Dobrlava (auf dem rechten Ufer der Drau / Drava im Jauntal / Podjuna) auf, wobei der erste Todesfall

1 Anton DRASCHE, Die epidemische Cholera. Eine monographische Arbeit (Wien 1860), 25.

2 Gertraud KREBS, Die geographische Verbreitung der Cholera im ehemaligen Oesterreich-Ungarn in den Jahren 1831–1916 (=Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes 47, Berlin 1941), 12.

3 DRASCHE, Cholera, 37.

4 Raimund MELZER, Studien über die Asiatische Brechruhr. Nach amtlichen Quellen (Erlangen 1850), 10 und 58; Kärntner Landesarchiv (=AT-KLA), Laibach Gubernium, Sign. 185, Schachtel 606, Z. 14434/1836: Josef Bauer, Spitals-Wundarzt, Tarvis, 13.6.1836 „Kranken-Geschichte“.

am 4. Juli in der Pfarre Sittersdorf / Žitara vas auftrat.⁵ Man kann vermuten, dass das Cholera-bakterium von Tarvis aus durch die durch Kärnten durchmarschierenden Soldaten verbreitet wurde, denn tatsächlich beklagte sich der Stadtmagistrat von Klagenfurt im Juli über vorübergehend in Privathäusern durchmaschierende Hoch- und Deutschmeister, die am „Abweichen“ (= Durchfall) litten.⁶ Ein zweiter möglicher Verbreitungsweg des Cholera-bakteriums könnte durch dessen Wanderung entlang der fließenden Gewässer vor sich gegangen sein, d. h. längs der Gailitz / Ziljica, an deren Ufer sich Tarvis befand, von deren Mündung weiter in die Gail / Zilja und danach in die Drau, von wo es weiter flussabwärts reiste. Das am Fuße der Karawanken gelegene Sittersdorf war jedoch etwa zehn Kilometer vom Ufer der Drau entfernt. Da das erste Choleraopfer ein 44-jähriger Holzknecht bzw. „Sagmeister“⁷ war, ist nicht auszuschließen, dass er zuvor Holz zu den Drau-Flößern transportiert und sich dabei am Ufer des Flusses angesteckt hatte. Es gibt zwar auch die (fälschliche) Interpretation, dass ein Fuhrmann aus St. Paul im Lavanttal die Krankheit aus Marburg an der Drau / Maribor in den Klagenfurter Kreis verschleppt hätte.⁸ Diese geht jedoch auf eine missverständliche Äußerung des Laibacher Arztes Raimund Melzer (1808–1872) zurück. Tatsächlich ereignete sich der von ihm beschriebene Vorfall erst Ende Juli, also zu einem Zeitpunkt, als die Seuche bereits im Südosten des Klagenfurter Kreis verbreitet war.⁹

Im Villacher Kreis waren das Kanaltal / Val canale / Kanalska dolina, das Gailtal / Ziljska dolina von der Mündung bis Kötschach / Koče, die Kreisstadt Villach selbst, sowie die Bezirke Rosegg / Rožek, Landskron / Vajškra und Ossiach / Osoje betroffen. Im Klagenfurter Kreis traten Cholerafälle, abgesehen vom Jauntal / Podjuna, auch im unteren Rosental / Rožna dolina, mehreren Orten des Klagenfurter Beckens und des Zollfelds / Gosposvetsko polje, im unteren Teil des Gurktals / Krška dolina, im Görtschitztal / Krčička dolina, St. Paul im Lavanttal / Šentpavel und schließlich in Lavamünd / Labot auf. Am stärksten betroffen war das Gebiet rund um Völkermarkt / Velikovec. Verschont blieben vor allem der nordwestliche Teil des Klagenfurter Kreises, die Gegend um den Wörther See / Vrbsko jezero und der Mittelteil des Rosentals. Im Villacher Kreis blieben das westliche Gailtal, das obere Drautal und der gesamte Norden von der Epidemie frei. Insgesamt drang die Cholera in 21 der insgesamt 89 Bezirke des Klagenfurter und des Villacher Kreises ein, wobei ein Schwerpunkt in den damals mehr noch als heute slowenischsprachigen Gebieten Kärntens festzustellen ist.¹⁰

Nach wenigen Monaten gelangte die zweite Welle im Herbst 1836 in Kärnten an ihr Ende. Im Vergleich zu Ungarn und den übrigen Opfern der ersten Welle hatte Kärnten relativ wenige Erkrankungsfälle und Tote zu beklagen. Dies ist wohl auch der Grund, warum sich nur zwei kurze Abhandlungen in der Retrospektive mit dem Gang der Seuche in den zwei Kreisen von Klagenfurt und Villach gemeinsam mit jenem in Krain befassen. Die erste, die nur wenige

5 AT-KLA 185, Schachtel 615, Dr. Groessing, Z. 1078/1837, Völkermarkt, 17.12.1836, „Finalbericht Ueber die im Distrikte des Völkermarkter Physikates vom 4^{ten} Juli bis 4^{ten} December 836 geherrschte Brechruhr“.

6 AT-KLA Klagenfurt Stadt, Sign. 999-406 Su Jänner 1837, Teil 1: Zl. 1-61, hier Z. 1/52, Klagenfurt, 7.7.1836.

7 Sittersdorf / Žitara vas, Sterbbuch III, 4.7.1836, https://data.matricula-online.eu/de/oesterreich/gurk/sittersdorf-itarava/S11_015-1/?pg=159 (letzter Zugriff: 31.01.2023).

8 So Friedrich PFAFF, Untersuchungen über die Cholera. Mit besonderer Berücksichtigung der Berliner Epidemie (Erlangen 1849 [sic!]), 23–24.

9 Melzer, Studien, 11, 52 und 58.

10 Ebd., 15.

Seiten umfasst, stammt aus der Feder des damals als Protomedicus des Laibacher Guberniums agierenden Dr. Johann Schneditz (1765–1843). Dieser war im Oberkärntner Hermagor / Šmohor geboren und war während dieser Zeit der oberste Sanitätsbeamte in der Region, durch dessen Hände alle wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen gingen.¹¹ Der zweite Beitrag ist eine 1850 erschienene schmale Monografie über die asiatische Brechruhr im gesamten Gebiet des Laibacher Guberniums, also in Kärnten und in Krain, aus der Hand des erwähnten Arztes Raimund Melzer. Dieser hatte die Seuche von 1836 als Spitalsarzt in Laibach erlebt, sodass diese Stadt und ihre engere Krainer Umgebung im Mittelpunkt seiner Erörterungen stand. Es ist auch kaum anzunehmen, dass er während der Pandemie eigene Erfahrungen in Kärnten machen konnte. Laut Schneditz erkrankten in den Kreisen Klagenfurt und Villach insgesamt 1588 Personen, von denen 380 verstarben, was einer Letalität von 24 Prozent entsprach; die Zahlen von Melzer sind hingegen niedriger (1369 Erkrankungen und 304 Todesfälle).¹² Es ist anzunehmen, dass die Angaben von Schneditz näher an der Realität liegen, denn letztere beruhen auf den amtlichen Aufzeichnungen und Finalberichten der einzelnen Distriktsärzte. Diese wurden alle von Schneditz im laufenden Prozess kontrolliert, während anzunehmen ist, dass zur selben Zeit, als Melzer Zugriff zu den Aktenbeständen erhielt, die meisten der bislang in Laibach gelagerten Kärntner Betreffe der Guberniumsakten für die Übersiedlung nach Klagenfurt, in die Registratur der Statthalterei des nach 1848 wieder autonom gewordenen Kronlandes Kärnten, vorbereitet wurden.¹³

Handlungsmächtige Gefühlslagen

In jedem Fall blieben Cholera-Morbidität und -Mortalität in Kärnten weit hinter den ungleich höheren Zahlen zurück, die die Cholera 1831 und 1832 in Galizien, Ungarn, Wien und Niederösterreich zur Folge gehabt hatte. Diese quantitative „Geringfügigkeit“ und die Tatsache, dass Kärnten nicht gleich bei der ersten Welle der Pandemie im Jahr 1831 erfasst wurde, bilden wahrscheinlich die Ursache, warum der regionale Choleraeinbruch von 1836 noch keine moderne Abhandlung nach sich gezogen hat und auch in Gertraud Krebs' Überblick über die Choleraepidemien im Habsburger Reich nur mit einem Satz erwähnt wird.¹⁴

Aus der Perspektive der Emotionsgeschichte spielt die im Rückgriff erhobene tatsächliche bzw. objektive Infektionsepidemiologie jedoch eine geringere Rolle, denn im Rahmen eines solchen Zugangs geht es darum, subjektive Momente auszuloten, wobei selbst das Nicht-Ausbrechen einer befürchteten Pandemie vor Ort, d. h. die „Gefahr aus der Ferne“, handlungsmächtige Gefühlslagen auslösen kann, die einer historischen Betrachtung wert sind.¹⁵ Spätestens mit der Rückkehr der Cholera nach der ersten Welle von 1831/32 war es nämlich klar, dass die Cholera

11 Johann SCHNEDITZ, Die Cholera-Epidemie in Illyrien im Jahre 1836, in: Medicinische Jahrbücher des kaiserl. königl. Österreichischen Staates 29 (NF 20)/3 (1839), 339–342.

12 Ebd., 342; MELZER, Studien, 52.

13 Vgl. AT-KLA Katalog #147: Gubernium Laibach (Klagenfurt 1995), Vorwort.

14 KREBS, Verbreitung, 13; vgl. Andreas WEIGL, Choleraepidemien in den Städten der österreichischen Alpenländer in den 1830er Jahren, in: Opera Historica 21/2 (2020), 204–223, hier 212, 217.

15 Vgl. Michael STOLBERG, Die Cholera im Großherzogtum Toskana. Ängste, Deutungen und Reaktionen im Angesicht der tödlichen Seuche (Landsberg/Lech 1995), 10–11.

nicht länger als „ein vorübergehender epidemischer Schock“ betrachtet werden konnte, sondern „zu einer globalen Bedrohung“ wurde; damals wurde sie für Mitteleuropa zur einschneidendsten der „globalisierungstauglichen Krankheiten“ und sollte „eine langfristige wirksame Gefährdung von Lebensqualität“ darstellen, um es mit Jürgen Osterhammel zu formulieren.¹⁶

Zwar orientiert sich auch das Interesse an vergangenen Seuchen sehr stark an objektiven Opferzahlen, darüber hinaus ist man aber vor allem von dem allgemeinen Schrecken angezogen, den plötzlich und massiv grassierende Infektionskrankheiten unter der damaligen Bevölkerung ausgelöst haben. Insofern können die emotionalen Aspekte zusätzliches Licht auf Begleiterscheinungen einer Pandemie werfen, die bei Konzentration auf die harten epidemiologischen Fakten leicht verloren gehen könnten. Diese Aspekte sind jene

- der angstvollen Erwartung bzw. der „Qual der Vorwegnahme“¹⁷
- einer von der Obrigkeit eingeleiteten offiziellen „Barmherzigkeit“, die nicht mit der individuellen Empathie angesichts der von der Seuche Erfassten zu verwechseln ist,¹⁸
- des schieren Schreckens beim tatsächlichen Erscheinen der Seuche,
- des beruhigend wirken sollenden Schweigens über die Gefahr oder zumindest des Versuchs des Kleinredens, wie auch umgekehrt der Aspekt
- der „moralischen Panik“, d. h. einer bereits durch Mediatoren veränderten Form der Angst, die eine Verbindung mit Sündenböcken und / oder angeblichen Profiteuren der Seuche herstellt¹⁹, und schließlich der Aspekt
- von „emotionalen Regimen“, als jenen Formen des emotionalen Ausdrucks und Denkens, die einerseits für bestimmten Zeiträume und kulturellen Kontexte charakteristisch sind und andererseits das Produkt einer zielgerichteten bewussten Gestaltung von Emotionen sind.²⁰

Ein weiterer, mit mehreren dieser Aspekte zusammenhängender Umstand, ist die Tatsache, dass die Cholera – nicht zuletzt als Zumutung der Natur – die Rolle der Obrigkeit potentiell in Frage stellte. Letztere hatte sich seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in Mitteleuropa anheischig gemacht, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zunehmend zu überwachen. Wenn aber der Zustand der Seuche eintreten sollte, der Ausnahmefall der Natur sozusagen, dann war es angesagt, darauf mit dem Ausnahmezustand der betroffenen menschlichen Gemeinschaft zu reagieren.²¹ Für diesen Ausnahmezustand aber mussten Sicherungen und ein

16 Jürgen OSTERHAMMEL, *Die Verwandlung der Welt. Eine Geschichte des 19. Jahrhunderts* (München 2010), 283 und 289.

17 “[...] an ordeal of anticipation” – Christopher HAMLIN, *Cholera. The Biography* (Oxford 2009), 3.

18 Vgl. allgemein Ute FREVERT, *Emotions in History – Lost and Found* (Budapest–New York 2011), 149–204.

19 Das Konzept wurde in die Diskussion eingebracht von Stanley COHEN, *Folk Devils and Moral Panics* (London 1972) und anhand der Cholera erstmals ausgeführt von Rob WILSON, *The Disease of Fear and the Fear of Disease. Cholera and Yellow Fever in the Mississippi Valley*, Dissertation (Saint Louis University 2007), <https://www.proquest.com/pagepdf/304463961?accountid=26193>, (letzter Zugriff: 31.01.2023).

20 William M. REDDY, *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions* (Cambridge–New York 2004), 55, 61–62, 124–129, 323–324.

21 Richard J. EVANS, *Epidemics and Revolutions. Cholera in Nineteenth-Century Europe*, in: *Past & Present* 120 (1988), 123–146; Samuel K. COHN Jr., *Epidemics. Hate and Compassion from the Plague of Athens to Aids* (New York–Oxford 2018), 163–262; Malte THIESSEN, *Der Ausnahmezustand als Argument. Zum Zusammenhang von Seuchenangst, Immunität und Persönlichkeitsrechten im 19. und 20. Jahrhundert*, in: Hannah Ahlheim, Hg., *Gewalt, Zurichtung, Befreiung? Individuelle „Ausnahmezustände“ im 20. Jahrhundert* (Göttingen 2017), 93–116.

System der Ablegung von Rechenschaft von unten nach oben geschaffen werden – vom Untertan, über die Dorfrichter, Pfarrer, Bürgermeister, Bezirksobrigkeiten (BOs), die Wundärzte und Amtsärzte (Distrikts- und Kreisphysiker) hin zu den Kreisämtern und Kreisärzten – und von dort weiter zu den Gubernien und Protomedici, bis schließlich hin zur Hofkanzlei und zum Kaiserhof: „Less important than whether cholera was contagious or not was whether it could be brought within some plausible principle of order. Clarity, however contrived, was essential; confusion was disturbing as a sign of chaos, which was impermissible.”²²

Diese hier angeführten Fragestellungen werden auf den folgenden Seiten zuerst und hauptsächlich anhand der Vorbereitung auf die zu erwartende Cholera-Epidemie im Jahr 1831 und anschließend streiflichtartig während ihres Daseins im Villacher und Klagenfurter Kreis im Jahr 1836 behandelt. Soweit dies möglich ist, werden dabei das Verhalten und Agieren der Obrigkeit, des Guberniums in Laibach, der Kreisämter, der Kreis- und Distriktsärzte, der Diözesanverwaltung von Gurk und Lavant und, auf der untersten Verwaltungsebene, der BOs, Pfarrgeistlichkeit und Wundärzte skizziert, sowie – wenn es die Quellen hergeben – Reaktionen der Bevölkerung. Als Quellen dienen Druckschriften und Kurrenten, Akten des Kreisamts von Klagenfurt, sowie des Guberniums in Laibach, die sich allesamt im Kärntner Landesarchiv und im Archiv der Diözese Gurk, jeweils in Klagenfurt, befinden.

Vorwegnahme des Schreckens

Schon im Spätherbst des Jahres 1830 war das Klagenfurter Kreisamt durch eine kaiserliche Instruktion vor dem möglichen Einbruch der Cholera gewarnt und mit allgemeinen Verhaltensregeln versehen worden.²³ Nachdem die aus Russland in Galizien eingedrungene Cholera sich nach Ungarn ausgebreitet hatte, ließ der Kaiser mit Handschreiben vom 6. Juli 1831 einen Sanitätskordon gegenüber den ungarischen Ländern errichten und ordnete in den einzelnen Provinzen, so auch im Laibacher Gouvernement, die Errichtung von Provinzial-Sanitätskommissionen an, die einer Zentralen Sanitätskommission in Wien unterstanden.²⁴ Eine der ersten Aufgaben der Kommission in Laibach war ein sowohl in deutscher als auch slowenischer Sprache verfasstes Rundschreiben, das aus damaliger Sicht grundsätzliche Fakten zur Pandemie und zu ihrer Verhütung beinhaltete.²⁵ Durch die Umstände gezwungen, forderte sie wenige Tage später, am 17. Juli 1831, die Realisierung eines gewichtigen präventiven Maßnahmenbündels:

Unter Aufsicht des Kreisarztes in Klagenfurt, der dort und in der Umgebung der Stadt sein eigenes unmittelbares Arbeitsgebiet hatte, wurden die drei Amtsärzte in den Sanitätsdistrikten

22 HAMLIN, Cholera, 172.

23 AT-KLA, Klagenfurt, Kreisamt, Sign. 182, Fasz. 209, Instruction für die Sanitäts-Behörden und für das bei den Contumaz-Anstalten verwendete Personale zum Behufe die Gränzen der k. k. Oesterreichischen Staaten vor dem Einbruche der im kaiserlich Russischen Reiche herrschenden epidemischen Brechruhr (Cholera morbus) zu sichern und im möglichen Falle des Eindringens ihre Verbreitung zu hemmen. Auf allerhöchsten Befehl verfasst (Wien 1830). Siehe auch: <https://books.google.at/books?id=M9ZJAAAACAAJ> (letzter Zugriff: 31.01.2023).

24 Gubernial-Verlautbarungen. Z. 950 (2) Nr. 94 P.S.C., in: Amts-Blatt zur Laibacher Zeitung (21. Juli 1831), 661. Über die Aktivitäten der Provinzial-Sanitätskommission in Krain, d. h. im südlichen Teil des illyrischen Guberniums, vgl. Katarina KEBER, Čas kolere. Epidemije kolere na Kranjskem v 19. stoletju (= Thesaurus memoriae dissertationes 6, Ljubljana 2007), 28–36, sowie über den Kordon ebd., 36–42.

25 AT-KLA 182, Fasz. 209, Currende des k.k. illyrischen Landesguberniums in Laibach. Die Belehrung über die Cholera Morbus betreffend, 11.7.1831.

von St. Veit, Völkermarkt und Wolfsberg sowie die in diesen Gebieten angestellten Wundärzte in einen umfangreichen Einsatzplan eingebunden. Dieser beinhaltete tatsächlich Elemente eines Ausnahmezustandes: Unter der Leitung des Kreishauptmanns Johann Friedrich Freiherrn von Löhr (1771–1838) wurde eine Kreis-Sanitätskommission gegründet, die ihre erste Sitzung am 30. Juli abhielt und in der neben dem aus Kroatien stammenden Kreisarzt Mathias Georg Sporer (kroat. Juraj Matija Šporer, 1795–1884) auch Delegierte des Stadtmagistrats von Klagenfurt ständig vertreten waren.²⁶

Die Provinzial-Sanitätskommission gab der Kreis-Sanitätskommission einige Ratschläge mit auf den Weg: „Eine geräuschvolle, lärmende Art, die Verfügungen zu treffen gibt zu irrigen Vorstellungen Anlass, und erzeugt Furcht und Besorgnisse ohne hinreichenden Grund.“ Aber auch die ebenso besorgniserregende „Geheimnißkrämery“ sei zu vermeiden, denn „es kann in Angelegenheiten von öffentlicher allgemeiner Wichtigkeit, welche der Stoff der Tages-Neugier in dem selben Masse, als der Gegenstand sorgsamem Eifers sind, der Verschiedenheit der Meinungen nicht gewehrt werden“, selbst wenn irriige Meinungen durch Wissensmangel, Eigennutz oder Geschwätzigkeit begründet seien. Deshalb seien „Ruhe, Überlegung und Besonnenheit“ beim Handeln der Kreis-Sanitätskommission am Platz.²⁷

Nach oben hin unterstand die Kommission in Klagenfurt also der dirigierenden Kontrolle der Provinzial-Sanitätskommission in Laibach, welche der Zentralen Sanitätskommission in Wien verantwortlich war, die ihrerseits von den Beschlüssen des Monarchen abhängig war. Nach unten hin kontrollierte die Kreis-Sanitätskommission die lokalen Sanitätskommissionen, die in allen Städten und Märkten des Klagenfurter Kreises formiert wurden und vor Ort allein befugt waren, in Gesundheitsfragen und insbesondere hinsichtlich der drohenden Cholera Weisungen zu geben. Auf dem flachen Land hingegen hatten die BOs gemeinsam mit den Geistlichen in den Pfarren die Gesundheitsagenden unter Kontrolle des Kreisamtes wahrzunehmen.

Hier sind ein paar Worte über die BOs erforderlich: Seit der 1770 erfolgten Einrichtung der sogenannten Werbbezirke, die ursprünglich zum Zweck der Rekrutierung in einzelnen Grundherrschaften eingerichtet worden waren und deren Personal und Betrieb auch von diesen bezahlt wurde, wurden diesen „Bezirksobrigkeiten“ immer mehr Agenden der Staatsverwaltung übertragen – so mit dem Patent vom 5. November 1779 auch jene der sanitären Überwachung auf dem flachen Land und zwar auch insbesondere, was die obligatorische sanitäre Berichterstattung an die Kreisämter betraf, wie dies die „Normal-Vorschrift über das bei Epidemien zu beobachtende Verfahren“ von 1830 verlangte.²⁸ In dieser wurde auch auf die „Abneigung des Landvolkes gegen ärztliche Hülfe“ hingewiesen:

26 AT-KLA 182, Fasz. 209, Provinzials-Sanitätskommission Laibach, 17.7.1831, Kreisamt Klagenfurt, 26.7.1831 und zur personellen Zusammensetzung der Lokal-Sanitätskommissionen im Klagenfurter Kreis vgl. Archiv der Diözese Klagenfurt (=AT-ADG), Pfarrarchiv (=PA) Eberndorf, Karton 85, Choleraerlässe 1831, Kreisamt Klagenfurt, 3.8.1831, Z. 75/S.C. Zur staatlichen Gesundheitsverwaltung im lokalen Raum in epidemielosen Zeiten vgl. Lukas LANG, *Medizinische Policy in den habsburgischen Ländern der Sattelzeit. Ein Beitrag zu einer Kulturgeschichte der Verwaltung von Gesundheit und Krankheit* (= Kulturgeschichte Band 6, Wien 2021), 150–155.

27 AT-KLA 182, Fasz. 209, Provinzial-Sanitätskommission Laibach, 17.7.1831.

28 Johann TSCHINKOWITZ, *Darstellung des politischen Verhältnisses der verschiedenen Gattungen von Herrschaften zur Staatsverwaltung zur ihren Beamten und Unterthanen in den Provinzen Steyermark und Kärnten*, 1. Teil (Grätz 1824), 400–401; Mathias MACHER, *Handbuch der kaiserl. Königl. Sanität-Gesetze und Verordnungen mit besonderer Beziehung auf die innerösterreichischen Provinzen*, 2. Bd. (Graz 1847), 351–352; vgl. ausführlich Franz Joseph SCHOPF, *Die Bezirksobrigkeiten in den innerösterreichischen Provinzen*, 3. Bd. (Grätz 1844), 137–190.

„Als Ursachen derselben erscheinen: Unkenntniß der wohlthätigen Absichten, und Anstalten der Regierung, der geringe Grad von Achtung und Vertrauen, in dem nicht wenige von [den] Aerzten auf dem Lande zu stehen scheinen, endlich die Furcht des gemeinen Mannes vor den Kurkosten.“²⁹

Es sei in diesem Zusammenhang nur auf einen älteren, jedoch programmatischen Aufsatz von Ute Frevert verwiesen, in dem sie diese Haltung mit der unterschiedlichen soziokulturellen Herkunft der zumeist bürgerlichen und urbanen Ärzte und der Landbevölkerung erklärt, wobei die Menschen Laienheiler bevorzugten, „da sie aus der gleichen geographischen und sozialen Umgebung stammten und Lebens- und Naturauffassungen teilten.“³⁰

Für den Staat spielte die Geistlichkeit in den Pfarren, vermittelt durch den jeweils zuständigen Bischof, eine für die Überwachung des Gesundheitszustandes eine mindestens ebenso wichtige Rolle wie die BOs. In der Verordnung vom 17. Juli 1831 wird auf den Respekt verwiesen, den die Seelsorger unter den Pfarrmitgliedern genießen würden, zumal sie sich durch höhere intellektuelle und moralische Eigenschaften, aber auch durch genaue Kenntnis aller Pfarrmitglieder auszeichneten. So sei es

„gerade der Seelsorger, mehr als irgend eine Obrigkeit oder Behörde, oder sonst ein öffentliches Organ der Staatsverwaltung, der auf dem flachen Lande beynahe ausschliessend geeignet ist, um die Bevölkerung in ihrem Gesundheitszustand und in dem, was diesem zuwider oder zuträglich ist, fortwährend zu überwachen, besondern dem Landmann auf den Weg eines der Gesundheit und der Bewahrung von Ansteckung zusagenden Verhaltens zu leiten, ausbrechende Krankheiten schnell zu entdecken, ihren näheren oder entfernteren Zusammenhang mit dem gefürchteten pestartigen Uibel zu beurtheilen, nachtheiligen Folgen, die der Ausbruch einer so fürchterlichen Krankheit gewöhnlich auf den Leidenden und seine Umgebung durch Schrecken äussert, mit Geistesgegenwart und Ruhe zu begegnen, bis die dazu berufenen, und aufgestellten Behörden einschreiten können [...]“.³¹

Schon die Normal-Vorschrift von 1830 hatte die Wirksamkeit der Seelsorger erkannt, bei der Bevölkerung angesichts der „mannigfaltigen Vorurteile des gemeinen Mannes“ den Reinlichkeitssinn, die tätige Mithilfe bei Krankheitsfällen, und die Bereitschaft ärztliche Hilfe anzunehmen, zu befördern.³² An diesem Idealbild der Seelsorge orientiert, forderte die Provinzial-Sanitätskommission die Ärzte in ihrem Amtsbereich auf, für die Bevölkerung rasch einen kurzgefassten Text zu verfassen, „vielleicht am besten in catechetischer Form,“ der die Symptome und Verlauf der Cholera, Vorsichtsmaßnahmen und Therapieformen in einfacher Sprache beschrieb. Als Preis wurden 5 Golddukatn für die beste Schrift ausgesetzt.³³ Es ist nicht bekannt, ob dieser Preis an einen der acht Ärzte und zwei der akademisch ausgebildeten Chirurgen im Klagenfurter Kreis ging. Zwei reichten jedenfalls eine Schrift ein, darunter der bereits

29 SCHOPF, Bezirksobrigkeiten, 139; MACHER, Handbuch, 347.

30 Ute FREVERT, Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert. Professionsinteressen – Zivildienstmission – Sozialpolitik, in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung 4 (1987), 41–59, hier 53.

31 AT-KLA 182, Fasz. 209, Provinzial-Sanitätskommission Laibach, 17.7.1831.

32 MACHER, Handbuch, 347.

33 AT-KLA 182, Fasz. 209, Provinzial-Sanitätskommission Laibach, 17.7.1831; Kreisamt Klagenfurt, 26.7.1831.

erwähnte Kreisarzt Sporer und der von den Kärntner Ständen bezahlte Stadtarzt von Klagenfurt, Johann Gottfried Kumpf (1781–1862), der seine „Volksschrift“ mit der Widmung „Civibus Servandis“ als Broschüre im Klagenfurter Verlag des Ferdinand von Kleinmayr herausbrachte und auf sie in einem vierseitigen Text in der zweiten Augustnummer der Zeitschrift „Carinthia“ hinwies.³⁴ Der Text von Sporer, eine „Volksrede“, erschien auf Wunsch der Provinzial-Sanitätskommission in der übernächsten Nummer der Carinthia. In seiner an die Bevölkerung gerichteten Ansprache stigmatisiert Sporer einerseits gesundheitsschädliche Verhaltensweisen als Gefahr für den Zusammenhalt der Gemeinschaft und beschwört andererseits die schrecklichen Folgen der Krankheit auf eindringliche Weise:

„Wer vermag das schauerhafte Bild darzustellen, welches jene Unglücksszenen schaffen, die diese Krankheit überall mit sich geführt. Herd und Haus und die schon Früchte tragenden Felder hat ihre unheilbringende Kraft verödet und verlassen gemacht, jedes Familienglück auf ewig durch den schnellen Raub der oft schätzbarsten und meisten Glieder derselben zerstört, ja ihr giftiger Hauch hat solche Kraft geäußert, daß durch denselben selbst die Haustiere aller Art davon nach kurzem Leiden plötzlich dahin gesunken sind.“³⁵

Gleich einem Landprediger rief Sporer der Bevölkerung die göttlich gesetzte Ordnung ins Gewissen, zu der eben auch die Prüfung durch die Cholera gehörte. Gott habe den Untertanen im Kaiser jedoch auch einen Vater gegeben, der auch jetzt für das Wohl und die Rettung seiner Völker wirke, der sich mit „unbegrenzter Umsicht und Aufopferung dem Andrang dieser verheerenden Krankheit [...] den mächtigsten Damm entgegensetzt“ und auch eine Kommission ernannt habe, deren strenge Maßregeln die Untertanen mit Dankbarkeit und Pflichteifer erfüllen müssten.³⁶

Dass diese „Volksrede“ Eindruck machte, geht aus einer Empfehlung des Bezirkskommissärs von Eberndorf hervor, der den dortigen Dechanten auf diese aufmerksam machte und in diesem Sinne eine engere Zusammenarbeit zwischen der BO und der Ortsgeistlichkeit im Hinblick auf die Erziehung der Bevölkerung zu mehr Reinlichkeit und einem geregelten Lebenswandel forderte.³⁷

Wie sehr die religiöse Sphäre angesichts der Gefahr eine Rolle spielte, geht aus einem Ansinnen des Kaisers an die Bischöfe hervor, in dem er allgemeine Andachtsübungen gegen die Cholera auf dem gesamten Gebiet der Monarchie forderte. Von den Seelsorgern wurden weiters bei jedem Gottesdienst Messopfer zur Vermeidung der Sterblichkeit bzw. der Seuchengefahr (*Collecta ex missa pro vitanda mortalitate vel tempore pestilentiae*) und die Abhaltung von Betstunden und Bußtagen gefordert, in die eine eigene, vom Monarchen angeordnete Gebetsformel gegen die Cholera eingebaut werden sollte.³⁸ Im Gebet wurde die Cholera „als eine

34 Johann Gottfried KUMPF, Ueber die asiatische Cholera und über die Schutzmittel dagegen. Eine Volksschrift (Klagenfurt 1831); Dr. KUMPF, Mittheilungen über die asiatische Cholera, in: Carinthia (13. August 1831), 133–136; vgl. Karl FRICK, Dr.med. Johann Gottfried Kumpf (1781–1862) und die ägyptische Augenkrankheit in Kärnten, in: Carinthia I 156/4 (1966), 679–712, hier 710.

35 Georg SPORER, Schilderung des Cholera-Uebels. Eine Volksrede, in: Carinthia (13. August 1831), 141–146, hier 142.
36 Ebd., 141.

37 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Eberndorf, 31.8.1831, N. 919.

38 AT-ADG PA Tainach Karton 48, Fürstbischöfliches Ordinariat zu Gurk 3. Mayer, Georg Fürstbischof zu Gurk 1827-1840, Ordinariat, Klagenfurt, 11.7.1831, Z. 1044.

gerechte Strafe für unsere begangenen Sünden und Missethaten“ anerkannt. Da Gott jedoch nicht den Tod, sondern die Bekehrung der sündhaften Menschen wünsche, sollten diese ihre Fehler bekennen und Gott bitten, die Gefahr abzuwenden, wenngleich sein und nicht ihr Wille geschehe. Dem Gebet, das von der Lavanter Diözese an den Dechanten von Eberndorf übermittelt wurde, war auch eine slowenische Version beigelegt, die wohl aus dem Umfeld des Bischofs Ignaz Franz Sales Zimmermann (1777–1843) stammte, der sich damals für die zweite Landessprache einsetzte.³⁹

Abgrenzungen, Gehorsam und inszenierte Barmherzigkeit

Die medizinische Theorie, der man 1831 beim ersten Ausbruch der Cholera im Kaisertum Österreich folgte, beruhte auf der Idee, dass die Cholera als kontagiöse Krankheit mit denselben Mitteln zu bekämpfen sei wie die Pest, d. h. mit Quarantänen, Sperrkordons und anderen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, die das Ausbreiten des „Cholera-Contagium“ verhindern sollten. Mit der erwähnten Verordnung der Provinzial-Sanitätskommission vom 17. Juli 1831 erhielt das Kreisamt in je 50 Exemplaren u. a. das rigide Pestreglement aus dem Jahr 1770, das noch aus der Zeit vor der Quarantänereform von Adam Chenot (1722–1789) stammte, das Peststrafpatent aus dem Jahre 1805, sowie einen Auszug aus dem neuen Entwurf einer Pest-Polizey-Ordnung des Hofkriegssekretärs Karl Bernhard von Hietzinger (1786–1864) zur Verteilung an die lokalen Sanitätskommissionen.⁴⁰

Die Tatsache eines gegenüber Ungarn und Kroatien in aller Kürze errichteten, für Personen ohne (rasch ablaufende) Gesundheitspässe undurchdringlichen Sanitätskordons wurde schon am 12. Juli vom Kreisamt Klagenfurt in einem Rundschreiben verlautbart, zugleich wurden auch die Grenzbezirke des Kreises in Alarmbereitschaft versetzt.⁴¹ Wenige Tage später verkündete das Kreisamt, dass die Lokalbehörden ermächtigt seien, Reisenden oder Kaufleuten, die das Gebiet des Klagenfurter Kreises verlassen wollten, Zertifikate über den zur Zeit vor Ort guten Gesundheitszustand auszustellen. Dies galt vor allem für Personen, die nach Bayern, Preußen oder Hamburg ausreisen wollten.⁴²

Da die Cholera Mitte August die östliche Steiermark erreichte, wurde die Überwachung der Reisenden in den Bezirken an den nördlichen und östlichen Kreisgrenzen verschärft. Einreisende aus der Steiermark durften nur mehr die Hauptverbindungsstraßen benutzen, und hatten den bewaffneten Grenzwächtern, die von den BOs an der Grenze zur Steiermark aufzustellen waren, Legitimationen bzw. Gesundheitspässe vorzuweisen. Auch für die Drau-Schiffahrt aus der Steiermark galt ein ähnliches Regime.⁴³ Auf Anordnung der Zentral-Sanitätshof-

39 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Lavanter Ordinariat, St. Andrä, 13.7.1831, Z. 855. Zum Zusammenhang zwischen Cholera, Amtskirche und Volksfrömmigkeit vgl. STOLBERG, Cholera, 117–121.

40 AT-KLA 182, Fasz. 209, Laibach, 17.7.1831, 78/P.S.C.

41 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Kreisamt Klagenfurt, 12.7.1831, Nr. 8748 und 23.7.1831, Nr. 26/S.C.

42 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Zirkulare B 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt Klagenfurt, 16.7.1831, Nro 7/S.C. und 26.7.1831, Nr. 30/P.S.C.; Staat V, Kreisämter 9 Kurrenden A 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt.

43 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 183, Kreisamt Klagenfurt, 24.8.1831, Nr. 381/S.C.

kommission wurde hierauf auch ein temporäres Verbot des Eintritts fremder Handwerksburschen und -gesellen in das gesamte Laibacher Gouvernementsgebiet ausgesprochen.⁴⁴

Die Wallfahrt nach Maria Zell in der Steiermark zur Zeit von Mariä Himmelfahrt (15. August) wurde verboten, und ebenso der von Mitgliedern mehrerer Pfarren im Jauntal vorgetragene Wunsch, eine Bittprozession gegen die Cholera am Rosalientag (4. September) zur Wallfahrtskirche Hl. Hemma / sv. Hema und Hl. Dorothea /sv. Doroteja in der Pfarre Globasnitz / Globasnica zu veranstalten. Nach der Legende hatte die Überführung des Leichnams der heiligen Rosalia im Jahr 1624 in Palermo die dort wütende Pest zum Erlöschen gebracht. Dessen ungeachtet verwies das Ordinariat der Lavanter Diözese auf die Notwendigkeit, „Zusammenflüsse von mehreren Menschen, besonders aus verschiedenen Gegenden möglichst zu verhüten, und allgemein abzubiethen [...]“.⁴⁵

Neben dem Fremden, der die Seuche einschleppen konnte, war jedoch auch der innere Feind zu gewärtigen: Am 17. August verkündete das Kreisamt den BOs und Pfarrern, dass der Kaiser die Behörden schon am 7. Juli strengstens verpflichtet hatte, „bei vorfallenden Excessen, daher auch bei solchen gegen das Militär, die daran Schuldigbefundenen nach den Gesetzen zu bestrafen, da Ich Unordnungen, besonders Vergehungen gegen das Militär nicht geduldet wissen will.“⁴⁶ Diese Warnung bezog sich wohl auf die Vorfälle im Zusammenhang mit der Cholera, die im Juli in Ungarn vor sich gegangen waren – einerseits ein Bauernaufstand in der heutigen östlichen Slowakei und Studentenunruhen in der Stadt Pest.⁴⁷ So war es nicht von ungefähr, wenn Johann Gottfried Kumpf in seiner erwähnten „Volksschrift“ die Kärntner Öffentlichkeit beschwor:

„Möge uns Alle Gehorsam, strenge Folgsamkeit, Eintracht, Gemeingeist, Muth und Vorsicht beleben und durchdringen, denn nur durch den Verband dieser Bürger Tugenden kann und wird das Vordringen dieser menschenwürgenden Seuche über unsere Grenzen und Wohnungen abgehalten und verhindert werden.“⁴⁸

Im Vergleich dazu war der Kreisarzt Sporer in seiner Warnung gegenüber der Bevölkerung weit aus direkter:

„Eure beschränkten Kenntnisse über solche weitumfassende Krankheitserscheinungen, und über die Nothwendigkeit der so vielfachen schweren Mittel zur Ausrottung derselben, sind zu sehr bemessen, als das ihr eure Urtheil und eure Ansichten nach jenen richten würdet, die manche stets, und mit allem unzufriedene und unruhige, an wahrer Vernunft so arme Köpfe sich erfrechen zu

44 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Kreisamt Klagenfurt, 28.8.1831, Nr. 453 S.C.

45 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Zirkulare B 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt Klagenfurt, 4.8.1831, Nro 98 S.C.; AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, F.B. Lavanter Ordinariat zu St. Andrä, 10.8.1831, Z. 1018 und Dekanat Eberndorf, 28.8.1831.

46 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Zirkulare B 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt Klagenfurt, 17.8.1831, Nr. 10239.

47 Loránt TILKOVSKY, Adelige Opposition und Bauernaufstand in Ungarn und der Wiener Hof 1831–1832, in: Ferenc Glatz / Ralph Melville, Hg., Gesellschaft, Politik und Verwaltung in der Habsburgermonarchie 1830–1918 (= Veröffentlichungen des Instituts für Europäische Geschichte Mainz, Abteilung Universalgeschichte, Beiheft 15, Wiesbaden 1987), 23–40, hier 29–32; Alice FREIFELD, Nationalism and the Crowd in Liberal Hungary, 1848–1914 (Washington, D.C. 2000), 35–36.

48 KUMPF, Cholera, 15.

äußern; doch wehe diesen Zerstörern alles Guten und ordnungsgemäßen Wirkens, des Himmels und der Gesetze Zorn wird sie erreichen, den[n] so böse als ihre Herzen sind, dem allgemein anerkannten Guten entgegen zu arbeiten, so böse für sie werden die Richter seyn, welche ohne Mitleid auf ihren verirren Geist nur den bösen Willen, der sie beseelt, zu ahnden wissen werden.“⁴⁹

Neben öffentlicher Zurückweisung von Ansichten wider die gesetzte (Wissens-)Ordnung versuchte die Obrigkeit auch, Informationen zurückzuhalten, etwa, wenn es darum ging, die bestehenden Friedhöfe für mögliche Cholera-Leichen zu erweitern. Hier wies das Kreisamt die Dechanten und BOs an, diesbezüglich aus Vorsicht jegliches Aufsehen und allfällige Verlautbarungen zu vermeiden.⁵⁰ Tatsächlich hatten die Bauernunruhen in Oberungarn wenige Wochen zuvor damit begonnen, dass dort die Grundherrn Massengräber schon im Voraus hatten ausheben lassen, so dass die Bauern glaubten, die Medikamente, die zudem insgeheim den Getränken in den Schenken und dem Brunnenwasser beigegeben worden waren, dienten dazu, sie zu vergiften.⁵¹

Zur Aufweichung potentieller Widerspenstigkeit der Bevölkerung hatte die Provinzial-Sanitätskommission auch noch ein anderes Mittel: die Inszenierung von sozialem Zusammenhalt, durch die Anforderung an die Bevölkerung, sich durch mildtätige Gaben moralisch auszuzeichnen – eine Handlung, die von der Intention her sowohl den Ärmsten der Gesellschaft zugutekommen, als auch mittelbar das Staatsbudget erleichtern sollte. Sowohl in der Psychologie als auch in der Emotionsgeschichte wird zwischen Empathie und Barmherzigkeit (compassion) unterscheiden. Während erstere für das umfassende Mitfühlen mit leidenden Personen und das Verstehen von deren inneren Zuständen steht, ist zweitere als sozial ausgerichtete emotionale Handlung zu verstehen, um die Situation der leidenden Person zu verbessern, was aber nicht unbedingt bedeutet, dasselbe zu fühlen wie die leidende Person.⁵² Genau in diesem Sinne war das Rundschreiben des Kreisamtes vom 17. August verfasst, indem es auf „menschfreundliche Beiträge an Geld, Naturalien und Utensilien, Einrichtungstücke und Bettfornituren für Lazarethe und die Armen“, wie sie in Wien und Niederösterreich gesammelt worden waren, hinwies und forderte, dass „derselbe christliche und wohlthätige Sinn, und eben dieselben nationellen [sic!] Gefühle, sich gegenseitig zu unterstützen, auch hierlands auf das reichlichste sich aussprechen werden [...]“. Deshalb hätten die Lokal-Sanitätskommissionen und BOs dahingehend Aufrufe an die Bevölkerung zu erlassen.⁵³

Georg Mayer (1768–1840), damals Bischof von Lavant, erklärte den Dechanten seiner Diözese, dass die unermüdlichen Aktivitäten des Staates zur Bekämpfung geeignet seien, „Trost und Beruhigung in bestürzten Gemüthern zu erwecken“, jedoch deren Ausführung „die Staatskassen erschöpfen muss, wenn denselben nicht durch die edle Mildthätigkeit und aufopfernde

49 SPORER, Schilderung, 142.

50 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Kreisamt Klagenfurt, 2.9.1831, Z. 493/S.C.

51 TILKOVSKY, Opposition, 29–30.

52 FREVERT, Emotions, 150; vgl. auf die jüngste Pandemie hin gerichtete Gedanken, die den Ansatz von compassion gegenüber einem von Empathie getragenen Zugang bevorzugen: Sandro GALEA, Compassion in a time of COVID-19, in: *The Lancet* 395/10241 (2020), 1897–1898, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31202-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31202-2).

53 AT-ADG PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Kreisamt Klagenfurt, 17.8.1831, Nr. 290/S.C.

Menschenliebe der wohlhabenden Klasse der Staatsbürger so schnell als möglich beigesprungen werde [...].“ Auf ähnliche Weise propagierte auch die Diözese Lavant die angeordneten Sammlungen.⁵⁴

Das Scheitern kontagionistisch orientierter Seuchenbekämpfung

Inmitten all dieser Vorbereitungen im Klagenfurter Kreis hatte die Cholera Wien erreicht. Um Ärgeres für die italienischen Provinzen zu verhindern, verhängte der Kaiser am 21. September noch einmal eine Absperrung durch einen Militärkordon, die das Lombardisch-Venetianische Königreich vor der in den übrigen österreichischen Provinzen wütenden Seuche schützen sollte.⁵⁵ Doch damit war die bisher dominante Lehrmeinung, dass die Cholera mit Mitteln gegen kontagiöse Krankheiten, wie auch die Pest eine war – also durch die Errichtung von Kordons und massenhafte Praktizierung von Quarantäne – zu bekämpfen sei, an ihr Ende geraten. Mitte Oktober leitete das Klagenfurter Kreisamt ein Dekret des Laibacher Guberniums an die BOs und Pfarren weiter, das die Cholera zwar nicht direkt ansprach, aber sich darüber äußerte, dass „Verhältnisse verschiedener Art“, wozu zweifellos die Absperrungen infolge der Cholera-Pandemie gehörten, eine Handelsstockung und mithin Erwerbslosigkeit und Armut hervorgerufen hätten. Man kann annehmen, dass dadurch die infolge des Bevölkerungswachstums im Vormärz ohnehin um sich greifende Massenarmut („Pauperismus“) weiter verschärft wurde. Das Dekret forderte einerseits die „Hindanhaltung vermögens- und erwerbsloser Fremden“, andererseits jedoch auch ein Arbeitsbeschaffungsprogramm im Straßen-, Kanal- und Gebäudebau.⁵⁶ Zwar ist zu vermuten, dass dieses in Kärnten nicht zur Ausführung kam, sehr wohl geschah dies jedoch in Wien, wo es schon seit 1817 Erfahrungen mit derartigen Maßnahmen gab.⁵⁷

Am 4. Oktober, nach einigen weiteren Wochen des Leidens und Sterbens im österreichischen Kaiserstaat, die den Klagenfurter und Villacher Kreis glücklicherweise verschonten, sah sich der Monarch schließlich veranlasst festzustellen, dass die Bekämpfung der Krankheit mit dem Pestreglement gescheitert war. In der Folge wurden alle außerordentlichen Sanitätskommissionen – von der lokalen Ebene bis hin zur Zentral-Sanitätshofkommission – aufgelöst und deren Agenden wieder den Gubernien, Kreisämtern und den übrigen Obrigkeiten übertragen. Das Klagenfurter Kreisamt verbreitete diesen kaiserlichen Beschluss am 2. November, wobei es bemerkte, dass die Cholera nun „nach den für epidemische und ansteckende Krankheiten bestehenden Vorschriften“ zu behandeln sei.⁵⁸ In einer Belehrung für die Bevölkerung wurde

54 AT-ADG AT-ADG PA Tainach Karton 48, Fürstbischöfliches Ordinariat zu Gurk 3. Mayer, Georg Fürstbischof zu Gurk 1827–1840, Ordinariat Gurk, Klagenfurt, 18.8.1831, Z. 1285; PA Eberndorf Karton 85, Choleraerlässe 1831, Lavanter Ordinariat, St. Andrä, 24.8.1831, Z. 1106

55 AT-ADG PA Tainach Karton 48, Fürstbischöfliches Ordinariat zu Gurk 3. Mayer, Georg Fürstbischof zu Gurk 1827–1840, Ordinariat Gurk, Klagenfurt, 13.10.1831, Z. 1608.

56 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Kurrenten A 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt, 14.10.1831, Z. 12996.

57 Wolfgang HÄUSLER, Von der Massenarmut zur Arbeiterbewegung. Demokratie und soziale Frage in der Wiener Revolution von 1848 (Wien–München 1979), 93.

58 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Kurrenten A 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt Klagenfurt, 2.11.1831, Nr. 14177 S.C.

bereits eine von der Miasma-Theorie geprägte Herleitung der Krankheit von klimatisch-geografischen Einflüssen präsentiert, wiewohl deren kontagiöser Charakter noch nicht völlig negiert wurde:

„Die nun über den größten Theil von Europa mehr oder weniger verbreitete Krankheit hat ihren vorzüglichsten Grund in der so lange anhaltenden feuchten, nassen und selbst während des Winters nur wenig kalten Witterung. Die Ereignisse des Kriegs [gemeint ist wohl die russische militärische Operation gegen die Aufständischen in Polen] trugen natürlich zu derselben leichtern Entwicklung und schnellerem Verbreitung vieles bei.“⁵⁹

Am 11. November verlautbarte das Kreisamt eine von der Direktion der medizinisch-chirurgischen Josephs-Akademie in Wien verfasste Anleitung für Krankenwärter, in der die Kontagiosität der Cholera bereits bestritten wurde.⁶⁰ Olaf Briese nennt diese auch in Preußen vollzogene Abkehr von der Kontagionstheorie, die einige Jahrzehnte bis zur Dritten Internationalen Sanitätskonferenz von 1866 in Konstantinopel andauern sollte, einen Perspektivenwechsel der Regierenden und der Ärzte, der es ermögliche, die eigene „kulturelle Niederlage“ gegenüber der Naturgewalt der Seuche angesichts des Versagens der Sanitätskordons zu verarbeiten: Ab nun repräsentiere die Pandemie einen Gesamtkomplex „unheilvoller naturhafter Konstellationen. Eine Gegenwehr sei zwecklos. Man hätte die Seuche, ihre unfassliche Gestalt und ihren ungreifbaren Charakter schlichtweg hinzunehmen.“⁶¹ Auch Michael Stolberg, der die Cholera in der Toskana untersucht hat, spricht von einer Erniedrigung der Ärzte angesichts ihres vielfältigen Scheiterns, der Cholera therapeutisch beizukommen.⁶²

Dem Diktum der „kulturellen Niederlage“ sind jedoch zwei Ergänzungen hinzuzufügen: Der Ast, entlang dessen die Bekämpfung der Cholera mit dem Pestreglement verfolgt worden war, wurde im Herbst 1831 wegen Erfolglosigkeit in der Tat abgebrochen. Infolgedessen wechselten Ärzte und Behörden auf einen Nebenast, der auch schon zu Beginn der Pandemie in Europa vorhanden, aber bis zum Herbst 1831 nicht dominant gewesen war – gemeint ist die Bezugnahme auf die Miasmatheorie, die über den Weg der Diätetik, wie noch zu zeigen sein wird, einen neuen Raum für hygienische Reformen eröffnen sollte.⁶³ Es soll hier allerdings auch festgehalten werden, dass die in der Theorie ursprünglich fein säuberliche Separierung in die einander opponierenden Kontagions- und Miasmatheorien zur Erklärung von Krankheitsursachen in der Verwaltungspraxis nicht immer eingehalten wurde, da das Illyrische Gubernium schon in seiner deutsch- und slowenischsprachigen Cholera-Kurrende vom 11. Juli 1831 auf das explizit am Kontagionismus orientierte Pestreglement just unter dem Titel „Zerstörung des Miasma“ (!) hingewiesen hatte.⁶⁴

59 Ebd.

60 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Kurrenten A 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt Klagenfurt, 11.11.1831, Z. 14430.

61 Olaf BRIESE, Angst in den Zeiten der Cholera. Über kulturelle Ursprünge des Bakteriums. Seuchen-Cordon I (Berlin 2003), 131; vgl. ebd., 159.

62 STOLBERG, Cholera, 83–84.

63 Vgl. Philipp SARASIN, Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914 (Frankfurt am Main 2001), 32–50.

64 AT-KLA 182, Fasz. 209, Currende des k.k. illyrischen Landesguberniums in Laibach. Die Belehrung über die Cholera Morbus betreffend. 11.7.1831.

Die zweite Ergänzung betrifft die seitens der Bevölkerung durchweg abgelehnten behördlichen Maßnahmen, die vom Pestreglement abgeleitet worden waren, indem letztere „mit der dem gemeinen Manne eigenen Ungläubigkeit belächelt, und als unnütz verworfen“ wurden, wie die BO von Gmünd im Villacher Kreis, wo ähnliche Maßnahmen wie im Klagenfurter Kreis, durchgeführt worden waren, im Rückblick festhielt.⁶⁵ Auch der Bezirkskommissär von Paternion, ebenfalls im Villacher Kreis, konnte nur den Widerwillen der Bevölkerung über die Maßnahmen des Jahres 1831 dokumentieren.⁶⁶

In Erwartung der nächsten Seuchenwelle

In den folgenden Jahren lebte die Bevölkerung weiter in einem ahnungslosen „glücklichen Gemüthszustand“, wie ihn der Bezirkskommissär von Rosegg am oberen Ende des Rosentals im Spätherbst 1835 charakterisierte, denn:

„So wie bey der vorübergegangenen Gefahr der Cholera, leben die Insassen ganz unbefangen und furchtlos, ungeachtet ihnen das Vorhandenseyn dieser epidemischen Krankheit im anstossenden Venezianischen nicht unbekannt ist, mit welchen die vielen Fuhrleute und Getreidehändler vielfältig in Berührung kommen.“⁶⁷

Diese Aussage war eine von vielen Antworten auf ein Dekret des Laibacher Guberniums, das Ende Oktober 1835 die BOs in seinem Bereich befragte, wie sie zu allfälligen Vorsichtsmaßnahmen angesichts der in diesem Jahr nunmehr aus dem Süden drohenden Seuche stünden, ob es möglich wäre ein zentrales Lokal im Bezirk als Notspital für arme Cholerakranke einzurichten, wie die Tätigkeit von Sanitätspersonal und Ortsgeistlichen koordiniert werden könne und inwiefern diese Aktivitäten seitens des wohlhabenderen Teils der Bevölkerung mitgetragen werden könnten. Dabei stellte sich heraus, dass die meisten ländlich geprägten Bezirke die Errichtung von Notspitälern ablehnten, höchstens dazu tendierten, die in den zerstreuten Siedlungen häufig vorhandenen Badestuben dafür zu adaptieren (BO Arnoldstein, BO Ossiach). Die 1831 vorsorglich eingerichteten Lokale seien längst in anderweitiger Verwendung (BO Paternion, BO Spittal). Außerdem seien derartige Maßnahmen unter der Bevölkerung erst recht angstausslösend (BO Rosegg), bzw. sei kein Verständnis für diese da, da die Seuche 1831 ausgeblieben sei, und es auch diesmal so sein würde (BO Greifenburg). Auch kam der Vorschlag, von der Existenz der Cholera bis zu ihrer Anzeige durch die Ortsseelsorger oder Wundärzte nicht zu sprechen, um die Bevölkerung nicht zu beunruhigen (BO Spittal). In seiner Antwort an das Gubernium verwies das Villacher Kreisamt schließlich auch auf den im Kreis herrschenden Ärztemangel und auf die Tatsache, dass angesichts des unter der Landbevölkerung

65 AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 29437, hier BO Gmünd, 24.11.1835, Zl. 1616.

66 Ebd., hier BO Paternion, 23.11.1835, Zl. 1478.

67 Ebd., hier BO Rosegg, 22.11.1835, Zl. 1827.

verbreiteten Widerstandes gegen Notspitäler, diese nur in den wenigen größeren Ortschaften zu errichten seien.⁶⁸

Im Gegensatz zum Villacher Kreis war der Widerstand im Klagenfurter Kreis geringer.⁶⁹ Tatsächlich beschränkten sich auch hier die Vorsichtsmaßnahmen der Behörden auf die bezirksweise Zusicherung von Gerätschaften, Einrichtungsgegenständen, Geld und Lebensmitteln für den Ernstfall.⁷⁰

Eine „Herabstimmung des Gemüths“

In diesem Abschnitt soll auf die emotionalen Antworten auf das Auftreten der Cholera eingegangen werden, als sie im Frühsommer 1836 in Kärnten erschien. Der Schwerpunkt und der notwendigerweise beschränkte Umfang dieses Beitrags erlauben es allerdings nicht, dass auf die angewandten Therapien, die sich auf Erwärmung des Körpers und Brechmittel konzentrierten,⁷¹ oder auch nur auf den tatsächlichen regionalen Verlauf der Seuche eingegangen wird – es können vielmehr nur Schlaglichter auf besonders ins Auge springende Erscheinungen geworfen werden. Auch der offenkundige Mangel an Ärzten kann hier nur erwähnt werden.

Vorhin war von einem Nebenast die Rede, der neben dem Hauptast kontagionistischer Zugänge von Anfang eine gewisse Rolle spielte: Damit war eine Haltung gemeint, die der Lebensführung einen großen Einfluss bei der Empfänglichkeit für die Krankheit einräumte, wobei diese Haltung eine stärkere Affinität mit den Postulaten der Miasmtheorie aufweisen sollte. Die Miasmtheorie ging nämlich davon aus, dass sich Krankheitserreger in schlecht riechender Luft befänden (das altgriechische Wort „miasma“ hieß so viel wie „übler Dunst, Verunreinigung“) und von dort über die Haut und die Atemwege auf den Menschen übertragen würden. Gegen eine miasmatische Krankheit, als die die Cholera nun – nach dem Scheitern von Quarantänen und Kordons – angesehen wurde, wurde damals die Einführung hygienischer Maßnahmen wie das Trockenlegen von Sümpfen und das Fernhalten anderer Quellen von Miasmen wie Abwassergräben u. ä. von Orten menschlichen Zusammenwohnens vorgeschlagen.⁷² Tatsächlich ist darüber in den Aufrufen der Laibacher Regierung und in den Kreisregierungen von Klagenfurt und Villach jedoch kaum etwas zu lesen, sondern es wird mehrfach dahingehend

68 Es können hier nur summarische Hinweise gegeben werden: AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 29437, hier BO Arnoldstein, 22.11.1835, Z. 1695; BO Ossiach, 24.11.1835, Zl. 66/1738; BO Paternion, 23.11.1835, Zl. 1478; BO Spital, 24.11.1835, Zl. 1633; BO Rosegg, 22.11.1835, Zl. 1827; BO Greifenburg, Amtmann Kaunig, 3.12.1835, Zl. 1708; Kreisamt Villach, 7.12.1835, Z. 10453, 10509, 10594.

69 Ebd., 606 (Fasc. 35 Cholera 6), 1835: Z. 29045, 29201, 29202, 29504–29509, 29844, 29847, 30530, 30531, Z. 30830; 1836: Z. 153–155, 339, 650, 724.

70 Ebd., 1835: Z. 29045, 29201, 29202, 29437, 29505, 29507, 29508, 30531, 30830; 1836: Z. 153–155, 329, 724; 1836 (Fasc. 35, Cholera 7): Z. 20530; 1836 (Fasc. 35 Cholera 4): Z. 20311, 20581, 21831, 27054, 28418, 29575.

71 Georg Mathias SPORER, Vorträge eines alten Landarztes zur Belehrung des Landvolkes, über Erkenntniß der möglichen Menschenkrankheiten, und über die zweckmäßigste Behandlung derselben, vor der ärztlichen Hilfsleistung (Klagenfurt 1840), 43–45.

72 Zum generellen Zusammenhang vgl. Erwin H. ACKERKNECHT, Antikontagionismus zwischen 1821 und 1867, in: Philipp Sarasin u. a., Hg., Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920 (Frankfurt am Main 2007), 71–110; Peter BALDWIN, Contagion and the State in Europe 1830–1930 (Cambridge u. a. 2005), 37–122.

appelliert, dass die Menschen auf eine gesunde eigene Lebensführung achten und sich so vor der Cholera schützen sollten.

Was hat dies nun aber mit der Miasmatheorie zu tun, deren Anhänger ja letztlich die allgemeine Einführung präventiver hygienischer Maßnahmen auf breiter Ebene forderten? An dieser Stelle kann diesbezüglich nur darauf hingewiesen werden, dass der hygienische Diskurs des 19. Jahrhunderts ja von einem sehr elementaren Niveau ausging. Daher konnten die Obrigkeiten langfristige hygienische Großprojekte, zumal als Sofortmaßnahmen im Angesicht einer Pandemie, schon aus Kostengründen kaum vorschlagen, sondern konzentrierten sich statt dessen auf den aus ihrer Sicht weitaus erschwinglicheren Gesundheitsschutz von Einzelpersonen durch Eigenvorsorge. So wurde vorerst eine Lebensweise nach den Prinzipien der klassischen Diätetik propagiert. Diese Vorgangsweise deckt sich übrigens mit der These von Philipp Sarasin, der in der Rezeption der klassischen Diätetik seit dem späten 18. Jahrhundert eine der Grundschienen für die Entwicklung der modernen Hygiene offenlegt.⁷³ Nach dem Scheitern kontagionistisch orientierter Präventionsmaßnahmen lässt sich seine These anhand der weiteren Versuche zur Bekämpfung der Cholera in Kärnten, wie in der Folge zu zeigen sein wird, empirisch nachweisen.

Zu den individuellen Dispositionen, an der Cholera zu erkranken, wurde schon 1830 in einer auf kaiserlichen Befehl verfassten Unterweisung auf die „Herabstimmung des Gemüths“ hingewiesen, während demgegenüber durch Religiosität eine gesundheitsfördernde „Gemüthsruhe“ zu erreichen sei.⁷⁴ Auch der erwähnte Klagenfurter Stadtarzt Kumpf appellierte nicht nur an eine geregelte Lebensführung, sondern auch an die präventive Kraft des Trostes und der inneren Festigkeit; er riet, die Nähe von Menschen zu suchen, die unterschiedliche Lebenslagen heiter, fröhlich und gleichmütig aufnehmen könnten, und lobte ebenfalls die Vorzüge der Religion. Dagegen warnte er vor Übermaß und nächtlichen Gelagen.⁷⁵ Entsprechend wurde damals in einer Kurrende des Klagenfurter Kreisamts vor dem intensiven Missbrauch geistiger Getränke gewarnt, während deren mäßiger Genuss als vorteilhaft für die Gesundheit angesehen wurde.⁷⁶

Die Oberhand gegenüber kontagionistisch orientierten Präventionsmaßnahmen sollte die auf eine gesunde Lebensführung abzielende Haltung jedoch erst nach der Preisgabe des Kontagionismus erlangen, als im November 1831, von allerhöchster Stelle unter den Vorsichtsmaßnahmen gegenüber der Cholera folgende Belehrung verlautbart wurde:

„Man sey frohen Muthes und habe festes Vertrauen auf Gott; führe aber dabei einen ordentlichen Lebenwandel, arbeite an seinen Berufsgeschäften, vermeide Unmässigkeit in Essen und Trinken und Ausschweifungen jeder Art, man beobachte die genaueste Reinlichkeit in seinen Wohnstuben, in seiner Kleidung, man wechse öfters die Wäsche, man öffne täglich wenigstens einmal, besser 2 Mal am Tage die Fenster [...]. Man vermeide den Genuß ungesunder und verdorbener Nahrungsmittel.“⁷⁷

73 SARASIN, Maschinen, 32–50.

74 Instruction für die Sanitäts-Behörden, 7 und 17.

75 KUMPF, Cholera, 24–29.

76 AT-KLA 182, Fasz. 209, Currende des k.k. illyrischen Landesguberniums in Laibach. Die Belehrung über die Cholera Morbus betreffend. 11.7.1831.

77 AT-ADG PA Tainach Karton 136, Staat V, Kreisämter 9 Kurrenden A 1) Löhr Kreishauptmann 1831–1835, Kreisamt Klagenfurt, 2.11.1831, Nr. 14177 S.C..

In dieselbe Richtung ging damals ein Dispens des Bischofs von Gurk, der erstmals erlaubte, das traditionelle Adventsfasten, das nach dem 11. November begann, nicht einhalten zu müssen, da von den Ärzten „eine gesunde leicht verdauliche Nahrung angeraten wird.“⁷⁸

Entsprechend heißt es 1835 in einer Beschreibung der Vorsichtsmaßnahmen der BO Stall im Mölltal, dass die Bevölkerung bei Annäherung der Cholera belehrt würde, „sich der strengsten Diät in jeder Beziehung zu befeißeln [...]“.⁷⁹ Dies deckte sich mit einem von vielen ähnlich lautenden ärztlichen Ratschlägen, den der im Spätsommer des Jahres 1836 wegen der Cholera nach Tarvis gerufene damalige Distriktsarzt von Hermagor, Dr. Andreas Fritz (1897–1876), erteilte: „Als cura prophylactica dient besonders Aufheiterung des Gemüths, Bemehung der Furcht vor Ansteckung, eine geregelte Diaet und so viel wie möglich Verbleiben bey der gewohnten Lebensweise.“⁸⁰

Derartige Vorstellungen gingen auf antike medizinische Vorstellungen von einer gesunden Lebensführung (= Diätetik) zurück. Sie wurden in der Aufklärung wieder aufgegriffen, wobei die Diätetik als Lehre vom Gleichgewicht und der Mäßigung zu einem zentralen Punkt des sich entwickelnden hygienischen Diskurses des Bürgertums wurde. Zu den Faktoren, die für die Gesundheit des Individuums entscheidend waren, rückten die galenischen *res sex non naturales* erneut in den Mittelpunkt. Unter diesen wurden Licht und Luft an erster Stelle genannt, die anderen fünf waren Essen und Trinken, Bewegung und Ruhe, Wachen und Schlafen, Ausscheidungen und, schließlich Sinneseindrücke und Gemütsbewegungen.⁸¹ Tatsächlich wurde schlechte Luft als Ursache und Verbreitungsmedium des Cholera-Miasmas angesehen.⁸²

Emotionen waren nicht nur Teil der Diätetik, sondern spielten auch eine Rolle als Vorboten der Erkrankung. Die Kurrende von 1831 beschreibt, dass jemand, der im Begriffe sei, von der Cholera erfasst zu werden, unter anderem „Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Herzklopfen“ als Anzeichen für einen aus dem Gleichgewicht geratenen Körper verspüre. Auch nach ihrem Ausbruch seien die schwerwiegenden körperlichen Erscheinungen der Krankheit „mit großer Ängstlichkeit, Beklommenheit und Gefühl von Zusammenschnürung in der Herzgegend verbunden, von Seufzen oft unterbrochen.“ – „Die Unruhe steigt in Kurzem auf jenen Grad, daß die Kranken keinen Augenblick in derselben Lage verbleiben können.“⁸³

Die erste realistische lokale Beschreibung der Cholera aus Kärnten stammt aus dem Jahr 1836. Ihr ist anzumerken, welchen Schrecken diese Krankheit beim beobachtenden Arzt – es war der lebenserfahrene Villacher Kreisphysiker Joseph Wayand (1769–1843) – ausgelöst hat, indem er beschreibt, „gewaltig ergriffen“ zu sein:

78 AT-ADG PA Tainach Karton 48, Fürstbischöfliches Ordinariat zu Gurk 3. Mayer, Georg Fürstbischof zu Gurk 1827–1840, Klagenfurt, 14.10.1831, Z. 1638.

79 AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 29437, hier BO Stall, 26.11.1835.

80 AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 18995, hier Pontafel, 5.8.1836, II. Sanitäts-Rapport vom 10.7–4.8.1836.

81 SARASIN, Maschinen, 36; vgl. STOLBERG, Cholera, 95.

82 SPORER, Vorträge, 40.

83 AT-KLA 182, Fasz. 209, Currende des k.k. illyrischen Landesguberniums in Laibach. Die Belehrung über die Cholera Morbus betreffend. 11.7.1831.

„Diese tief eingefallenen Augen, diese Marmorkälte der Extremitäten, diese Zuckungen und heftigen Krämpfe in den Händen und Füßen, dieß beständige Ausflüssen einer grünlich weißen Flüssigkeit aus den Mundwinkeln, die Unruhe, das beständige Herumwerfen im Bette geben einen fürchterlichen Anblick.“⁸⁴

Schweigen, Sündenböcke, *Querdenken*

Die Bekämpfung der Cholera im Villacher und Klagenfurter Kreis geschah damals unter dem behördlichen Diktum von 1835, das die „vorsichtige Vermeidung alles Aufsehens, wodurch zwecklose und schädliche Besorgnisse erregt werden könnten“ verlangte.⁸⁵ Dennoch war das Gubernium gezwungen, am 2. Juli 1836 eine Verlautbarung in den regionalen Zeitungen abzu drucken, die sich bezüglich der Vorsichtsmaßnahmen seitens der Bevölkerung an der Diätetik orientierte.⁸⁶ Doch weder die damals in Kärnten vorkommenden Krankheitsfälle noch die Todesopfer durch die Seuche wurden – dies wohl eine Folge der Zensur – in der „Carinthia“ oder in der „Klagenfurter Zeitung“ dokumentiert. Als die Pandemie Mitte September in der Pfarre St. Martin, unmittelbar vor den Toren Villachs, ausbrach, ist eines der wenigen Dokumente ein interner Bericht des Villacher Kreisamts an das Gubernium in Laibach, aus dem hervorgeht, dass die Krankheit dort am 11. September ausgebrochen sei und dass unter der 740 Personen zählenden Bevölkerung der dortigen Gemeinde innerhalb zweier Wochen über 140 Menschen erkrankt seien, wovon 34 verstorben seien. Die Erkrankten seien zumeist Hammerarbeiter und Nagelschmiede, zumal sich die Seuche vor allem unter der armen und arbeitenden Menschenklasse, die in prekären Wohnverhältnissen lebten, verbreitet habe.⁸⁷ Die Seuche drang anschließend auch nach Villach vor, ehe sie nach einigen Wochen erlosch.

Was den amtlichen Verkehr zwischen den BOs und denn Kreisämtern schon seit 1835 zudem beschäftigte, war die Eindämmung der umherziehenden Bettler, die – wenn schon nicht als direkte Ursache der Krankheit angesprochen – doch immer im Zusammenhang mit ihr genannt wurden. Die Antwort auf diese durch die vormärzliche Massenarmut hervorgerufene soziale Frage auf dem Land wurde in einer strikten Anwendung der Armenpolizei und des Einliegerwesens (der temporären Unterbringung erwerbsloser Personen) auf den Bauernhöfen gesehen.⁸⁸ So hätte gerade die Unterlassung derartiger Maßnahmen seitens der betroffenen BOs – so das Klagenfurter Kreisamt – zum Ausbruch der Cholera im Raum Völkermarkt geführt.⁸⁹

Ein weiterer Umstand, der mehrmals debattiert wurde, war die „Vernachlässigung des Hilfsanrufes von Seite der Landleute“, indem diese die angebotene (wund-)ärztliche Hilfe ausschlugen und sich mit Hausmitteln behelfen.⁹⁰ Überhaupt wurde festgestellt, dass manche

84 AT-KLA 185, Schachtel 607 (Fasc. 35 Cholera 7), Z. 24661, hier Villach, 19.7.1836.

85 AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 29437, hier BO Villach, 24.11.1835, Z. 2173.

86 Nr. 15394, Currende des kaiserl. königl. Illyrischen Guberniums, in: Intelligenzblatt zur Klagenfurter-Zeitung (10. Juli 1836), 325–326.

87 AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 23058, hier Kreisamt Villach, 24.9.1836, Z. 8168.

88 Ebd., Z. 29437, hier BO Gmünd, 24.11.1835, Zl. 1616. In der Toskana waren es vor allem die Juden, die die Rolle von Sündenböcken übernehmen mussten – vgl. STOLBERG, Cholera, 65.

89 Ebd., Schachtel 607 (Fasc. 35 Cholera 7), Z. 24171, hier Kreisamt Klagenfurt, 4.10.1836, Z. 12629

90 Ebd., 1836: Z. 22992 und 23657.

Kranke starben, weil sie im Krankheitsfall von den Verwandten aus einer „überspannten Furcht vor der Ansteckung“ im Stich gelassen wurden. Die Behörden sahen sich darin auch selbst mitschuldig, da sie 1831 die Seuche als äußerst ansteckend beschrieben und damit zur „Verbreitung dieser Furcht unter dem Volk viel beigetragen“ hatten.⁹¹ Deshalb sollten „eine oder mehrere geeignete weibliche Individuen“ bis zur Ankunft des Arztes fachgerechte Hilfe leisten.⁹² Umgekehrt konnte aber „unzeitiges Mitleiden“ gefährlich werden, wenn es zu unklugem Handeln führte und so zur weiteren Verbreitung der Krankheit beitrug.⁹³

Der behördliche Wunsch, die Ärzte möglichst nahe an die Bevölkerung heranzubringen und zugleich mögliche Konkurrenz auf dem Feld der Heilberufe auszuschließen, zeigt sich auch daran, dass man den Geistlichen, die man gerne dazu verwendete, jeden Krankheitsfall anzuzeigen und die ärztliche Hilfe zu propagieren, selbst strikt verbot, sich selbst als heilkundige Personen ins eigentliche medizinische Geschäft einzumischen.⁹⁴

Gegen all diese von staatlicher Seite aktiv geförderten Maßnahmen regte sich nicht nur unter der Landbevölkerung Widerstand, sondern dieser wurde auch vom Bezirkskommissär von Weißenegg bei Griffen, Josef Anton Naredi (1777–1856), in Worte gefasst. Dieser verteidigte sich angesichts der Tatsache, dass er es vorschriftswidrig unterlassen hatte, mehrere in seinem Amtsbereich vorgekommene Cholerafälle dem Kreisamt zu melden, folgendermaßen:

„Wenn man aber weiß, und der gemeinste Bauer weiß es schon, daß die so übel berüchtigte Cholera nicht den Character anderer Epidemien hat, so hat man auch weniger Schrecken vor ihr, und ist beruhiget, [...] sich mit [...] Heilmitteln ohne Arzt behelfen zu können. Darum also machte kein Gemeinderichter, kein Pfarrer Anzeige, wie bei andern epidemischen Fällen. [...] Würde [...] das Interesse der mit solchen Epidemien employirten Medizinal=Personalitäten weniger auf reichlichen Ertrag für dasselbe zu hoffen haben; so würden wir seltener von solchen Krankheiten hören; nun aber, da die Aussicht gegeben ist, bei derlei Gelegenheiten dem Apotheker, dem Arzte und andern große Gewinne zu verschaffen, wird jeder einzeln erscheinende Fall einer als epidemisch erklärten Krankheit, gleich als herrschende Epidemie getauft.“⁹⁵

Um die damalige Durchschlagskraft eines solchen Diskurses zu verstehen, sei erinnert, dass sowohl in Frankreich als auch in der Toskana damals Ärzte, deren Heilkunst angesichts der Cholera versagte, beschuldigt wurden, gemeinsam mit der Obrigkeit gegen die Bevölkerung vorzugehen.⁹⁶ Der Bezirkskommissär erhielt zwar vom Laibacher Gubernium eine amtliche

91 AT-ADG PA Tainach Karton 48, Fürstbischöfliches Ordinariat zu Gurk 3. Mayer, Georg Fürstbischof zu Gurk 1827–1840, Klagenfurt, 30.7.1836, Z. 1316. Zur unterlassenen Hilfeleistung in der Toskana vgl. STOLBERG, Cholera, 25–26.

92 AT-KLA Sign. 228, Herrschaft Ehrenerg, Schachtel 76, Signatur C-280.2 Ak, Kreisamt Klagenfurt, 14.9.1836, Z. 11654.

93 AT-KLA 185, Schachtel 606 (Fasc. 35 Cholera 6), Z. 17515, hier Pontafel, 18.7.1836.

94 AT-KLA 182, HS N31, Kreisamt Klagenfurt, 21.9.1836, Z. 12116. Zur Ausschaltung der Laienexpertise in der Toskana vgl. STOLBERG, Cholera, 57–58.

95 AT-KLA 185, Schachtel 607 (Fasc. 35 Cholera 7), Z. 22711, hier BO Weißenegg zu Ehrenerg, 17.9.1836, Z. 865; vgl. ähnliche Argumente, wiedergegeben bei 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), 130.

96 Olivier FAURE, Der Arzt, in: Ute Frevert / Heinz-Gerhard Haupt, Hg., Der Mensch des 19. Jahrhunderts (Frankfurt am Main–New York 1999), 86–119 hier 89–90; STOLBERG, Cholera, 32, 67–68, 90–92.

Rüge, versuchte jedoch noch weiterhin eine Zeitlang die auf Grund der Seuche erlassenen Maßnahmen des Klagenfurter Kreisamts zu hintertreiben.⁹⁷

Fazit

Anfang 1837 war die zweite Welle der zweiten Choleraepidemie auch in den beiden Kärntner Kreisen ausgelaufen. Die dabei gemachten Erfahrungen und Beobachtungen lassen sich in vier Komplexen zusammenfassen.

1. Gleichsam nebenbei hat die Gefahr der Cholera schon seit den frühen 1830er Jahren den Blick der Behörden auf den wachsenden **Pauperismus** unter der Bevölkerung geschärft, zumal „beide, Massenarmut und Massenkrankheit, als genuin gesellschaftsbedrohende Phänomene interpretiert wurden.“⁹⁸
2. Damals weit wichtiger für die staatliche Bürokratie war jedoch der Umstand, dass der Einsatz der wenigen vorhandenen Ärzte zur Bekämpfung der Seuche nicht selten auf den Widerstand der Landbevölkerung stieß. Diese war zwar seit etwa drei Jahrzehnten (nicht ohne auch dagegen immer wieder Gegenwehr zu leisten) durch die periodischen Pockenschutzimpfungen mit der Amtsgewalt der Ärzte konfrontiert, sie war dadurch jedoch noch lange nicht so weit konditioniert, den ärztlichen Rat auch im Fall der Cholera anzunehmen. Aus ihrer Sicht wurden die eigenen traditionellen medizinischen Kulturen nun auch bei dieser Massenkrankheit in Frage gestellt und dem bürokratisch gelenkten Monopolisierungsanspruch der westlichen Medizin unterworfen. Diese Maßnahmen und Reaktionen können mit dem in der Medizingeschichte bekannten Begriff der „Medikalisierung“ in Zusammenhang gebracht werden. Dieser beschreibt die historische Unterwerfung allgemeiner gesellschaftlicher Bereiche unter die Kontrolle und Perspektive medizinischer Kategorien, wird jedoch in den letzten Jahrzehnten zunehmend kritisch diskutiert.⁹⁹
3. Aus **emotionsgeschichtlicher Perspektive** zeigt das Kärntner Beispiel, dass es zu einfach wäre, die Cholera allein unter dem Eindruck des allgemein herrschenden Paradigmas der Angst zu betrachten, das zweifellos auch im Jahr 1831 vorhanden war, als die Seuche Kärnten verschonte. Angst durchzieht zwar alle möglichen klinischen und sozialen Aspekte der Krankheit und rückt andere Emotionen in den Hintergrund. Umso intensiver war demgegenüber der staatlich gelenkte Versuch, das individuelle Mitleiden in eine einförmige, amtlich geförderte Barmherzigkeit umzugießen. Dieser Versuch, die Gefühle der Bevölkerung zu manipulieren, könnte als rudimentäre Form eines **emotionalen Regimes** bezeichnet werden, zumal dieses auch durch die hintergründige Erzeugung moralischer Panik abgesichert wurde, indem umherziehende Bettler in einen Zusammenhang mit der Verbreitung der Seuche

97 Vgl. den Schriftverkehr in AT-KLA Sign. 228, Herrschaft Ehrenegg, Schachtel 76, Signatur C-280.2 Ak.

98 FREVERT, Krankheit, 127.

99 Vgl. Wolfgang Uwe ECKART / Robert JÜTTE, Medizingeschichte. Eine Einführung (Köln–Weimar–Wien ²2014), 347–354.

gestellt wurden. Das Ziel solcher Manipulationen war klar: die größtmögliche Gesundheit der Bevölkerung durch unbedingten Gehorsam unter Vermeidung von Unruhen, wie sie im Sommer 1831 in Ungarn kurz vor Ausbruch der Pandemie aufgekommen waren. Dass ein derartiges emotionales Regime selbst unter den BOs nicht auf ein ungeteiltes Verständnis stieß, ist ein erster Hinweis darauf, dass das autoritäre Regime des Vormärz an seine Grenzen stieß.

4. Darüber hinaus ist ein weiterer wesentlicher Gedanke festzuhalten: Im Übergang vom Scheitern der Cholera-Maßnahmen von 1831 zur Bekämpfung der Seuche im Jahr 1836 wird eine paradigmatische Schwelle überschritten, die weit über den von Erwin Ackerknecht postulierten und von Peter Baldwin variierten temporären Übergang vom Kontagionismus zur Miasmatheorie hinausgeht.¹⁰⁰ Philipp Sarasin hat den Versuch unternommen nachzuweisen, dass die Neuinterpretation der klassischen Diätetik, insbesondere die galenischen *sex res non naturales*, den theoretischen Ausgangspunkt für den hygienischen Diskurs des späten 18. und des frühen 19. Jahrhunderts bildeten. Die dabei an erster Stelle genannte Luft wurde so zum zentralen Verbindungselement der *sex res* und der Miasmatheorie, da die Luft das Trägermedium für das Cholera-Miasma war. Sarasin führt weiter aus, dass diese Erkenntnisse der Diätetik vorerst nur einer kleinen Schicht von reichen Bürgern und Adligen vorbehalten blieben.¹⁰¹ Durch die Niederlage der Kontagionstheorie im Jahr 1831 in der Bekämpfung der Cholera und den Rückzug auf die Miasmatheorie, wurde der **auf alle Bevölkerungsschichten angewandten, versuchten Durchsetzung der Diätetik** als Mittel der Prävention erstmals das Wort geredet. Diese könnte somit als eine Leitmarke im Rahmen der Diskussion des Medikalisationstheorems betrachtet werden.¹⁰² Dieser Bezugspunkt kam in Kärnten und auch in Krain deshalb klarer zum Vorschein, weil diese Länder 1831 von der Cholera verschont wurden, und, als sie 1836 auch hier ausbrach, ein von Anfang an mit der Miasmatheorie über die klassische Diätetik gekoppeltes modernes Verständnis von Hygiene propagiert wurde.

Informationen zum Autor

Christian Promitzer, Mag. Dr., Vertragsassistent am Institut für Geschichte (Fachbereich Südosteuropäische Geschichte und Anthropologie) an der Karl-Franzens-Universität Graz, Mozartgasse 3, 8010 Graz, E-Mail: christian.promitzer@uni-graz.at

¹⁰⁰ ACKERKNECHT, Antikontagionismus; BALDWIN, Contagion, 37–122.

¹⁰¹ SARASIN, Maschinen, 37–38.

¹⁰² Demgegenüber bewertete Ute Frevert den Rückgriff „auf die altbewährten diätetischen Lebensregeln“ in den 1980er Jahren noch weitaus weniger tiefgreifend – vgl. FREVERT, Krankheit, 219–220.

Elisabeth Dietrich-Daum / Maria Heidegger

„Nirgends sieht man Beistand“.¹
Sinnlich-emotionale Herausforderungen in der Pflege
von Cholerakranken in den 1830er Jahren

English Title

“No help to be found.” Sensory-Emotional Challenges in the Care of Cholera Patients in the 1830s

Summary

Cholera reached the gates of Vienna in August 1831 and continued to afflict the east and south of the Austrian monarchy with varying intensity until 1837. The first advisory books were published in the fall of 1831 and addressed the emotions triggered by the new epidemic and, in the centuries-old tradition of dietetics for body and soul, problematized the dangerous effects of fear and terror for the healthy and the sick. Against this backdrop, this article explores the role and significance attributed to emotions in the nursing and treatment of cholera patients during the first wave. How, for example, were fear, repulsion, and disgust thematized and evaluated in the course of the perception of crisis and disaster? How was it possible to lay hands on the sick (or dead) body, and how were feelings of fear or disgust suppressed in the process of care? In order to explore such questions, the article connects with new research that argues for a combination of sensory and emotional-historical approaches. The findings may also contribute to a discussion of perceived emotionalities and sensory experiences in the face of ordered/overwhelming caregiving relationships during the current pandemic.

Keywords

Cholera, Austria, history of nursing, history of emotions, fear, disgust, sensory history, 1830s

1 Palais Mamma Museum Meran, Inv.-Nr. 8751: Joh[ann] Anton JORDAN, Die Cholera in Meran und Gegend im Jahre 1836 [Manuskript, Original 19 Blätter], nicht paginiert, hier [8].

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Einleitung

„In keiner Hinsicht Aufmunterung, Anweisung, oder Aushilfe! Traurige Lage!“² notierte Johann Anton Jordan, Lehrer und Meraner Stadtbaumeister,³ am 12. August 1836 in seiner atemlos erzählten Chronik des Ausbruchs der Cholera im Südtiroler Meran. Selbst Augenzeuge des hereinbrechenden Ereignisses benannte er das, woran es nach Tagen der Furcht und Sorge den Bewohner*innen am meisten zu mangeln schien: sorgende Mitmenschen, die den Kranken und Sterbenden Zuversicht gaben, die sie in ihrem Verhalten anleiteten und die aller Furcht und Abscheu zum Trotz, unverdrossen und verlässlich Hand an ihre Körper legten. Diesem Krisenphänomen und der Frage nach dem Platz und der Rolle von Emotionen und sinnlichen Wahrnehmungen im Kontext der Pflege von Cholerakranken soll im folgenden Beitrag nachgegangen werden. Wir fragen danach, wie nach Ansicht der damaligen Mediziner und Sanitätsbeamten das „Hand anlegen“⁴ an den kranken oder toten Körper angesichts der dabei aufkommenden Gefühle und (Miss-)Empfindungen gelingen sollte und an welche Eigenschaften und Werthaltungen der Pflegenden im Zuge der ärztlicherseits vorgeschlagenen Bewältigungsstrategien appelliert wurde. Auf der Suche nach der emotionalen und sinnlichen Alltagsdimension der Krankenpflege während der frühen Choleraepidemien werden die von Zeitgenossen in verschiedenen Textsorten formulierten Anforderungen und Qualifikationen von Pflegepersonen an unterschiedlichen Schauplätzen verfolgt. Mit unserem Beitrag versuchen wir, an einer Emotions- und Sinnesgeschichte der Pflege mit- bzw. weiterzuschreiben, die die Kultivierung, Unterdrückung und Instrumentalisierung von Emotionen und Sinneseindrücken für den Zweck der Krankenpflege offenlegt und die auch deren Tabuisierung, z. B. den Umgang mit Ekel, anspricht. Wir orientieren uns dabei erstens an den Überlegungen und Konzepten der Emotions- und Sinnesgeschichtsschreibung,⁵ die Emotionen und Sinneswahrnehmungen als

2 Ebd., [9].

3 Johann Anton Jordan wird im Schematismus von Tirol und Vorarlberg als provisorischer „Zeichnungslehrer“ in der k.k. Hauptschule zu Meran geführt; vgl. Schematismus von Tirol und Vorarlberg für das Jahr 1827, 275. Jordan verfasste 1868 eine 90 Manuskriptseiten umfassende Autobiografie. Siehe hierzu: Richard STAFFLER, Aus dem Leben des Meraner Sonderlings Johann Anton Jordan, in: Meraner Jahrbuch (1934), 20–32.

4 So notierte ein k.k. Kreisgerichtsarzt in Bozen, dass zum großen Wärtermangel in der Choleraepidemie von 1855 im Trentino sich zudem viele Verwandte weigerten, „Hand anzulegen“ und ihren kranken Angehörigen zu helfen: Anton FLORA, Erzählungen aus der Cholera-Epidemie in Südtirol 1855, nebst einer Studie über die krankhaften Vorgänge in der Cholera und über zweckmässige und unzweckmässige Heilverfahren (Wien 1857), 18. Ähnlich die Formulierung in einer Beschreibung der 1836er Epidemie in Südtirol, als ein Bauer und ein Tagelöhner die Choleratoten begraben mussten, weil niemand „Hand anlegen“ wollte: Francesco ROSANI, „Furcht und Schrecken wird immer heftiger“. Die Choleraepidemie von 1836 im heutigen Südtirol (Diplomarbeit, Innsbruck 2012), 181.

5 Vgl. u. a. Ute FREVERT, Was haben Gefühle in der Geschichte suchen?, in: Geschichte und Gesellschaft 35/2 (2009), 183–208; DIES., Emotions in History: Lost and Found (Budapest 2011); DIES., Learning How to Feel. Children’s Literature and Emotional Socialization, 1870–1970 (Oxford 2014); DIES., Mächtige Gefühle. Von A wie Angst bis Z wie Zuneigung – Deutsche Geschichte seit 1900 (Frankfurt am Main 2020); DIES., Nähe und Distanz, in: Geschichte und Gesellschaft 46/3 (2020), 379–390; Jan PLAMPER, Geschichte und Gefühl. Grundlagen der Emotionsgeschichte (München 2012); Bettina HITZER, Krebs fühlen. Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts (Stuttgart 2020); DIES., The Odor of Disgust. Contemplating the Dark Side of 20th-Century Cancer History, in: Emotion Review 12 (2020), 156–167; Barbara H. ROSENWEIN / Riccardo CRISTIANI, What is the History of Emotions? (Cambridge 2018); Rob BODDICE / Mark SMITH, Emotion, Sense, Experience (= Elements in Histories of Emotions and the Senses, Cambridge 2020); Lilijana RADENOVIC / Il AKKAD, History of Emotional Suffering. From Emotions to Needs in the History of Emotions, in: History and Theory 61/1 (2022), 96–123; Thomas DIXON, From Passions to Emotions. The Creation of a Secular Psychological Category (Cambridge 2003); William REDDY,

sozial erlernte, kulturell erzeugte resp. überformte Phänomene betrachten und die – wie Ute Frevert es formuliert hat – gleichermaßen geschichtsmächtig wie geschichtsträchtig sind.⁶ Zweitens betrachten wir Gefühle und die Sinne im Sinne von Rob Boddice und Mark M. Smith als Facetten des Gesamtbildes affektiver und moralischer Erfahrungen. Diese entstehen, so Boddice und Smith, „out of situated feelings, admixtures of situated historical affective categories that do not make sense considered simply as ‘emotion’ or ‘sense’“⁷. Gefühle wie Angst und Ekel sind an Sinneswahrnehmungen geknüpft und beides, Emotionen und Sinne, spielen, so unser Argument, eine wesentliche, jedoch nach wie vor unterbeleuchtete Rolle in der Geschichte der Pflege.

Als Quellenbasis für eine an den Gefühlen und den Sinneswahrnehmungen der Akteur*innen ausgerichteten Pflegegeschichte der Cholera dient uns eine Auswahl von überlieferten Ratgeberbüchern und Belehrungsschriften,⁸ ferner einzelne Artikel aus der 1830 gegründeten „Populäre[n] Oesterreichische[n] Gesundheitszeitung“⁹ des Wiener Arztes und Redakteurs Anton Dominik Bastler (1802–1886), der sich u. a. auch dem Unterricht der Wärtersleute für den Cholerapflegedienst in Wien widmete.¹⁰ Weiters bietet das in erstaunlicher Dichte überlieferte behördliche Schriftgut wie Kundmachungen und Circular-Schreiben und auch anderes Archivmaterial der mittleren Sanitätsbehörden grundlegende Informationen.¹¹ Aufschlussreich in Bezug auf die zeitgenössische Bewertung der Pflege sind auch die noch vor dem Ausbruch der Cholera angelegten regionalen Verzeichnisse und Namenslisten von Bewerber*innen für den Wartdienst in den zu errichtenden Choleraspitälern, wie auch die nach dem Abklingen der ersten Epidemiewelle erstellten „Verzeichnisse der verdienstvollen Individuen“¹², die von den Kreisbehörden für die Belobigungen wegen besonderer Leistungen während der Choleraepidemie an das Gubernium geschickt wurden und die auch vereinzelt Krankenwärter*innen anführen. Berücksichtigt werden zur Frühgeschichte der Cholerapflege auch Quellen der

The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions (Cambridge 2001). Zur Sinnesgeschichte vgl. Mark M. SMITH, A Sensory History Manifesto (Pennsylvania 2021).

6 FREVERT, Gefühle, 202.

7 BODDICE / SMITH, Emotion, 1.

8 Einige dieser Belehrungsschriften befinden sich im Tiroler Landesarchiv (TLA), Jüngerer Gubernium, Sanität, Chol. Komm., 1831, Faszikel 2459, im Stadtarchiv Innsbruck (StAI) unter der Signatur Cholera 1831/1 sowie in der Bibliothek des Tiroler Landesmuseums Ferdinandeum (TLMF). Hinweise auf weitere regionale Schriften und gedruckte Gebetstexte, die im Laufe der Sommer- und Herbstmonate 1831 erschienen sind, gibt der Anzeigenteil des Bothen für Tirol und Vorarlberg, Intelligenzblatt (28. Juli 1831), 383 oder (22. Dezember 1831), 619.

9 Ab Herbst 1831 publizierte Anton Dominik Bastler zahlreiche Artikel zur Cholera und zu deren Prävention und Behandlung in der von ihm selbst herausgegebenen und redigierten „Populären Oesterreichischen Gesundheits-Zeitung“, <https://anno.onb.ac.at/cgi-content/anno?aid=pog> (letzter Zugriff: 22.4.2023). Eine Sammlung dieser Artikel gab Bastler 1832 als Buch heraus: Anton Dominik BASTLER, Die Cholera in Wien (Wien 1832).

10 Am 23. Januar 1831 wurde Bastler für Vorlesungen an der Universität Wien bestellt, die unter dem Titel „Gesundheitspflege und Diätetik“ stattfanden. Vgl. dazu Raimund TRIML, Die erste Cholera-Epidemie in Wien in den Jahren 1831 und 1832 (Dissertation, Wien 1992), 211. Vgl. dazu auch Joseph Johann KNOLZ, Darstellung der Brechruhr-Epidemie in der k.k. Haupt- und Residenzstadt Wien, wie auf dem flachen Lande in Österreich unter der Enns, in den Jahren 1831 und 1832, nebst den dagegen getroffenen Sanitäts-polizeylichen Vorkehrungen (Wien 1834), 238.

11 Eine Sammlung solcher Schreiben befindet sich unter anderem im StAI, Cholera 1831/1, Karton (Kt.) 1582.

12 TLA, Jüngerer Gubernium, Sanität, Chol. Komm., 1832–36, Faszikel (Fasz.) 2460, Zahl (Zl.) 5321/571: Kreisamt Bozen an Gubernium „Verzeichnis der verdienstvollen Individuen“ (22. Februar 1838), und unter Zl. 3633/392: Kreisamt Imst an Gubernium „Verzeichnis der verdienstvollen Individuen“ (9. Februar 1838).

Ordenshäuser sowie auf die bei der Hofkanzlei in Wien eingegangene und von dort aus verbreitete Zusammenstellung von Notizen über die „auf Erfahrung gegründete zweckmäßige Pflege von Cholera-kranken“ des Reichspalatin von Ungarn vom 31. Oktober 1831. Nicht zuletzt basiert der Beitrag auf autobiografischem Material und lokal verorteten Berichten, wie Jordans eingangs zitierte Chronik des Choleraausbruchs von 1836 in der Umgebung von Meran. Berücksichtigt wurde auch die 1857 erschienene Publikation des Kreisarztes Anton Flora (1814–1883), der im Trentino als freiwilliger Arzt während der Choleraepidemie von 1855 stationiert war, da diese sich an vielen Stellen konkret dem Thema der Pflege der Cholera-kranken widmete.

Mit Blick auf die überlieferten Quellen kann die Cholera als ein publizistisches Phänomen bezeichnet werden. Die Quellenlage ist nicht nur sehr dicht (wenn auch oft redundant), sondern auch äußerst heterogen. Das hat zum einen mit der großen öffentlichen Aufmerksamkeit zu tun, die dem Auftreten der Cholera zu Teil wurde und die das behördliche Schriftgut vermehrte, sie resultierte zum anderen aus einer inflationären Beschäftigung der Mediziner mit dem unbekanntem und „unheimlichen Gast“¹³. Die publizistische Geschäftigkeit der Ärzte,¹⁴ die sich in den teils eiligst publizierten Druckwerken als Experten in der Bewältigung der Krise zu profilieren suchten, ist, verglichen mit weiter zurückliegenden Seuchenereignissen beachtlich und verdankt sich nicht zuletzt der Einführung von leistungsfähigeren Druckerpressen. Ob der Vertrieb gedruckter Ratgeber oder der Verkauf von Heilmitteln wie Bastlers „Cholera-tropfen“ – das „Epidemiegeschäft“ versprach einträgliche Gewinne.¹⁵ So stieg die Zahl der vertriebenen Druckschriften noch während der ersten Cholera-epidemie rasch an, der Katalog der Leipziger Buchmesse soll im Herbst 1831 bereits eine eigene Rubrik mit 160 „Choleraschriften“ aufgewiesen haben.¹⁶ Auch erschienen in Berlin bereits Ende August 1831 mehrmals wöchentlich zwei Journale, die sich ausschließlich dem Cholera-geschehen widmeten.¹⁷

Doch was lässt sich aus diesem Quellenmaterial aus einer an den Pflegenden orientierten Alltagsperspektive über historische Repräsentationen von Emotionen während der Cholera-epidemie entnehmen?¹⁸ In welchen Zusammenhängen wurde Pflege thematisiert? Um diese Fragen zu beantworten, wird sich der Beitrag nach kurzen Bemerkungen zu den in den Quellen und in der historischen Pflegeforschung referierten Narrativen zur Bedeutung der Cholera für die Professionalisierung der Pflege, auf zwei in den Texten sprachlich repräsentierte Emotionen resp. Sinneswahrnehmungen konzentrieren. Die erste und wichtigste Emotion im Kontext der Cholera wurde in der Forschungsliteratur regelmäßig thematisiert – die Angst.¹⁹ Die „Angst“

13 Elisabeth MÜHLAUER, *Welch' ein unheimlicher Gast. Die Cholera-Epidemie 1854 in München* (= Münchener Universitätsschriften 17, Münster u. a. 1996), im Titel und 114.

14 ROSANI, „Furcht“, 34.

15 MÜHLAUER, *Gast*, 119–128.

16 Vgl. Michael DORRMANN, „Das asiatische Ungeheuer“. Die Cholera im 19. Jahrhundert, in: Hans Wilderotter / Michael Dormann, Hg., *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Katalog zur Ausstellung im Deutschen Hygiene Museum Dresden* (Berlin 1995), 204–275, hier 215.

17 Vgl. DORRMANN, „Ungeheuer“, 213.

18 Vgl. Michael STOLBERG, *Gottesstrafe oder Diätsünde. Zur Mentalitätsgeschichte der Cholera*, in: *Medizin in Gesellschaft und Geschichte* 8 (1989), 9–25.

19 Vgl. für eine emotionshistorische Angstgeschichte in einer *longue durée* mit wichtigen Anregungen und Anknüpfungspunkten: Joanna BOURKE, *Fear. A Cultural History* (London 2005).

füllt Kapitel und sie ist Namensgeberin²⁰ geschichts- und kulturwissenschaftlicher Publikationen zur Cholera: „Much of cholera’s story is a story of fear“²¹, meinte dazu treffend etwa Christopher Hamlin in seiner biografischen Annäherung an das Phänomen Cholera. Die zweite thematisierte Expression in unserem Beitrag ist der Ekel. Beide Äußerungen wurden von Zeitgenoss*innen als gefährlich und hinderlich angesehen, vor allem dann, wenn es um die Vermeidung der Ansteckung und die Organisation der häuslichen und hospitalen Pflege von Cholera-kranken ging.

Die Cholera in der Historiografie der Pflege

Sowohl in Selbstzeugnissen wie in Gründungserzählungen von Spitälern aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wird der Cholera eine wichtige Rolle zugeschrieben, vor allem mit Blick auf die einsetzende Ausgestaltung eines funktionierenden Krankenhauswesens und noch mehr hinsichtlich der Professionalisierung der Pfl egetätigkeit. Tatsächlich lassen sich einzelne Spitalgründungen in einen direkten Zusammenhang mit den Choleraausbrüchen der 1830er-Jahre stellen. Als ein Beispiel kann die 1832 erfolgte Gründung des Cholera-Spitals in Wien-Gumpendorf durch die zur Wartung herbeigerufenen Barmherzigen Schwestern aus dem Mutterhaus in Zams genannt werden.²² Sie eröffneten unter schwierigsten Bedingungen ein Spital, das sich auf Grund der Behandlungserfolge rasch einen hervorragenden Ruf nicht nur unter den zeitgenössischen Homöopathen erarbeiten konnte.²³ Ebenfalls unter dem Eindruck der Epidemie eröffnete 1836 das erste homöopathische Cholera-Spital auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland in München, in der damaligen St. Anna Vorstadt.²⁴ Die Choleraepidemie

20 Das wohl bekannteste Beispiel dafür ist die in vier Bänden erschienene Habilitationsschrift von Olaf BRIESE, *Angst in Zeiten der Cholera* (Berlin 2003).

21 Christopher HAMLIN, *Cholera. The Biography* (= *Biographies of Diseases*, Oxford 2009), 3.

22 Archiv der Barmherzigen Schwestern in Zams, *Geschichte der Gründung und des Fortbestandes des Mutterhauses d. Barmherz. Schwestern zu Zams* [undatiert, nach 1900, nicht paginiert]. Vgl. Franz HLAWATI, *Die Barmherzigen Schwestern von Wien-Gumpendorf 1832–1932* (Wien 1932), 43; TRIML, *Cholera-Epidemie*, 290; Joseph Johann KNOLZ, *Darstellung der Humanitäts- und Heilanstalten im Erzherzogthume Oesterreich unter der Enns, als Staatsanstalten und Privatwerke, nach ihrer dermaligen Verfassung und Einrichtung* (Wien 1840), 248. Bei Knolz wird außerdem die Aufnahme von 134 weiblichen Cholera-kranken im Wiener Spital der Elisabethinen auf der Landstraße, wenige Jahre später, im Sommer 1836, erwähnt, die seitens der Ordensfrauen „in Folge einer wetteifernden Bereitwilligkeit, so wie der, nie eines Impulses bedürfenden, Thätigkeit sämmtlicher Klosterfrauen in weniger als vier und zwanzig Stunden ins Werk gesetzt war“. Ebd., 223–224. Vgl. zum Engagement der Barmherzigen Schwestern in der Krankenpflege und für weitere Literaturhinweise nun auch: Maria HEIDEGGER, *Tracing Care Relationships in Psychiatry. The Tyrolean Sisters of Charity in the Nineteenth- and Early Twentieth-Century*, in: *Kirchliche Zeitgeschichte* 1 (2023), im Druck.

23 TRIML, *Cholera-Epidemie*, 150–151. Das Spital beschäftigte namhafte Homöopathen des Kaisertums: Karl Wilhelm Mayrhofer (1806–1853), Johann Emanuel Veith (1787–1876), Domprediger von St. Stephan und Direktor des Wiener Tierarznei-Instituts, Matthias Marenzeller (1765–1854) und Wilhelm Fleischmann (1799–1868), die beiden letzteren leiteten das Spital und die Apotheke und richteten diese konsequent homöopathisch aus. Vgl. dazu auch Gabriele DORFFNER, *Versuche einer Institutionalisierung der homöopathischen Lehre im 19. Jahrhundert*, in: Sonia Horn, Hg., *Homöopathische Spuren. Beiträge zur Geschichte der Homöopathie in Österreich* (Wien 2003), 55–70, hier 59–61.

24 Siehe dazu Heinz EPPENICH, *Geschichte der deutschen homöopathischen Krankenhäuser* (= *Quellen und Studien zur Homöopathieggeschichte* 1, Heidelberg 1995), 91–92.

spielt auch im Gründungsnarrativ der Kaiserswerther Diakonissen eine tragende Rolle. Demnach soll die Hamburgerin Amalie Sieveking (1794–1859) die Not der Cholerakranken zum Anlass genommen haben, einen „Weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege“²⁵ ins Leben zu rufen, um Abhilfe zu schaffen.²⁶ Sieveking's Arbeit habe dann, so Annett Büttner, den Kaiserswerther Gemeindepfarrer Theodor Fliedner (1800–1864) zur Gründung des weltweit ersten evangelischen Diakonissenmutterhauses im Jahr 1836 inspiriert, an dem „mit der Einführung eines theoretischen Krankenpflegeunterrichts wesentlich zu einer Professionalisierung der Krankenpflege beigetragen“ wurde.²⁷ Ein weiteres Beispiel für den konstatierten Professionalisierungsschub wird in Carl Emil Gedikes (1797–1867) „Handbuch der Krankenwartung“²⁸ angeführt, nämlich die 1832 erfolgte Eröffnung einer von Johann Friedrich Dieffenbach (1792–1847) gegründeten und bis 1844 von diesem auch geleiteten „Krankenwärterschule“²⁸ an der Charité in Berlin. Gedike stellte die Gründung der Schule mit der beklagten „Unzulänglichkeit und geringen Brauchbarkeit der besonders in der Stadt beschäftigten Krankenwärter und Krankenwärterinnen, eine Überzeugung, welche beim ersten Erscheinen der Cholera besonders hervor[getreten]“²⁹ sei in Zusammenhang.³⁰ Hinweise auf die Forderung und Absicht, die für den Cholera-Krankendienst vorgesehenen Personen systematisch zu schulen und dazu eigene „Lehr-Institute“ zu installieren, kamen 1831 auch aus Ungarn. Diese Einrichtungen sollten den akuten Mangel an Pflegepersonal beheben helfen, vor allem in den Städten Pest und Ofen, so der Bericht des ungarischen Reichspalatin.³¹

Mehr oder weniger stark legen diese Beispiele einen Zusammenhang zwischen dem erstmaligen Auftreten der Cholera in Westeuropa und der Professionalisierung der Krankenpflege nahe. Doch plädieren wir dafür, wie Annett Büttner auch,³² die innovative Wirkung der Cholera auf die Entwicklung der professionellen Krankenpflege nicht zu überschätzen. So stellte Büttner

-
- 25 Annett BÜTTNER, *Konfessionelle Schwestern in der Cholerapflege*, in: Jörg Vögele / Stefanie Knöll / Thorsten Noack, Hg., *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive / Epidemics and Pandemics in Historical Perspective* (Wiesbaden 2016), 149–161, hier 152.
- 26 Die Gründungsgeschichte wird auch bei Meiwes mit der Cholera in Verbindung gebracht: Relinde MEIWES, *„Arbeiterinnen des Herrn“*. Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert (Frankfurt am Main–New York 2000), 89–90.
- 27 Ebd.
- 28 H[orst] P[eter] WOLFF / J[utta] WOLFF, *The History of Medical Nursing Schools at the Vienna University (1812 to 1846) and at the Royal Charité Hospital in Berlin since 1832*, in: *Pflege* 8/3 (1995), 265–272.
- 29 Dr. C[arl] E[mil] GEDIKE's, *Handbuch der Krankenwartung*. Zum Gebrauch für die Krankenwart-Schule der k. Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum Selbstunterricht, fünfte verbesserte Auflage, neu bearbeitet von Dr. [Friedrich] Ravoth (Berlin 1874), 9 [Erstauflage Berlin 1837]. Gedike konnte Dieffenbachs Lehrbuch mit dem Titel „Anleitung zur Krankenwartung“, das im Jahr 1837 in Druck gegangen war, überarbeiten und in der Folge weiter publizieren. Der Titel des einflussreichen Lehrbuches wurde als 3. Auflage 1854 auf „Handbuch der Krankenwartung“ geändert.
- 30 Diese Gründungsgeschichte wird von der Pflegehistorikerin Karen Nolte aufgegriffen: Karen NOLTE, *Pandemie- und Seuchengeschichte als Pflegegeschichte?*, in: *Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin (NTM)* 28 (2020), 203–210, hier 206, doi: 10.1007/s00048-020-00252-w. Die Autorin bezieht sich hier auf Horst-Peter WOLFF u. a., Hg., *Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege* (Frankfurt am Main 2002), 61–69 und die Arbeit von BÜTTNER, *Schwwestern*.
- 31 TLA, *Jüngerer Gubernium, Sanität, Chol. Komm.*, 1831, Fasz. 2459, Zl. 22547: *Notizen über die auf Erfahrung gegründete zweckmäßige Pflege von Cholerakranken des Reichspalatin von Ungarn*, 31. Oktober 1831.
- 32 BÜTTNER, *Schwwestern*, 151.

konkret für die Diakonissen fest, dass die Innovation primär im Akt der Hinwendung zum Krankendienst bestanden habe und nicht auf der Ebene einer erarbeiteten Pflegekompetenz und -qualität erfolgt sei. Die Krankenpflege und -ausbildung der Diakonissen sei vielmehr während des ganzen 19. Jahrhunderts weit hinter den Standards in den USA und Großbritannien zurückgeblieben.³³

Ähnliche skeptisch sind wir gegenüber der These, die Professionalisierung der Pflege durch Gründungen von Krankenwärterschulen sei ein Ergebnis der Choleraerfahrung gewesen: denn nicht erst mit der Ankunft der Cholera in Europa wurde die Notwendigkeit der systematischen Schulung des Wartpersonals gefordert oder konkret versucht. Das war bereits vorher der Fall, etwa bei den Barmherzigen Schwestern in Frankreich oder Straßburg, wo die Genossenschaften mehrere Krankenhäuser leiteten und die Schwestern in der Wartung schulten³⁴ oder auch in Wien. Dort konnte sich der österreichische Arzt Maximilian Florian Schmidt (1784–1846) in seinem im November 1830 abgeschlossenen Lehrbuch „Unterricht für Krankenwärter“ bereits als „öffentl[icher] und außerordentl[icher] Professor der Krankenwärterlehre der Wiener Universität“³⁵ bezeichnen und auf seine schon 1812 erfolgte Grundsteinlegung zu einer weltlichen Krankenwärterschule in Wien verweisen, die sich aber nicht etablieren konnte.³⁶

Angst und Schrecken

Die Rolle der Cholera, sei es die einer Lehrmeisterin oder die eines Motors in einer sich ohnehin anbahnenden Entwicklung, lässt sich also nicht eindeutig bestimmen. Fraglos aber ist, dass schon ihr Herannahen Panik auslöste und den Problemdruck auf die Sanitätsbehörden schlagartig anwachsen ließ. Noch vor der Ankunft der ersten Cholera-Welle im Kaisertum Österreich verfügten behördliche Rundschreiben, dass neben den in der Pestpolizey-Ordnung aufgezählten Abwehrmaßnahmen (samt der Androhung des Standrechtes bei Übertretung der Vorschriften)³⁷ die medizinische Behandlung durch bestellte Cholera-Ärzte und die Pflege der Erkrankten von den Sanitätsbehörden zu organisieren seien.³⁸ Diese Erwähnung des Wartpersonals ist allerdings nicht überraschend, wiederholte die Wiener Regierung damit doch nur das, was bereits 1806 im „Normativ für die Länderstellen bey epidemisch-ansteckenden Krankheiten“

33 Ebd., 152. Die Cholera und der von ihr ausgelöste Professionalisierungsschub wird auch bei Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, Hg., Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren (Frankfurt am Main 2008), 305–313 thematisiert, allerdings nimmt die Kommentatorin, Annett Büttner, hier auf die späteren Cholera-Wellen, insbesondere jene in Hamburg 1892, Bezug.

34 Vgl. dazu Erwin GATZ, Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den Preussischen Provinzen Rheinland und Westfalen (München–Paderborn–Wien 1971), 276–277 und 323–347.

35 Maximilian Flor. SCHMIDT, Unterricht für Krankenwärter (Wien 1831), VII. Zu Schmidt siehe auch Gabriele DORFFNER, „... ein edler und hoher Beruf“. Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege (= Schriftenreihe des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin, o.O. 2000), 40–41.

36 Ebd., 41.

37 Andreas WEIGL, Choleraepidemien in den Städten der österreichischen Alpenländer in den 1830er-Jahren, in: Opera Historica 21/2 (2020), 204–223, 207, doi: 10.32725/oph.2020.024.

38 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1581: „Circularre die Maßregeln gegen die Verbreitung der asiatischen Cholera nach Tirol und Vorarlberg betreffend“, k.k. Landes-Präsidium von Tirol und Vorarlberg, 13. August 1831.

angeordnet worden war.³⁹ Mit zunehmender Bedrohung wurde die Frage der Krankenwartung dann aber immer konkreter angesprochen. So führte die mit 7. September 1831 datierte Belehrung der k.k. Böhmisches Provinzial-Sanitäts-Commission⁴⁰ wie auch das textlich fast idente und mit 7. Oktober 1831 datierte Rundschreiben des k.k. Guberniums für Tirol und Vorarlberg die Rekrutierung der Pflegekräfte und deren Rolle in mehreren Paragraphen aus.⁴¹ Zum Krankendienst geeignete Personen sollten demnach besonders in größeren und „volkreicheren“ Ortschaften bereit gehalten und von Ärzten und Wundärzten „gehörig unterrichtet werden“, hieß es da etwa in Paragraf 13 – und in Paragraf 27 wurde bestimmt: „An einer zureichenden Zahl von Wärtersleuten darf es durchaus nicht gebrechen. Wenigstens auf fünf mit der Cholera wirklich behaftete Kranke müssen zwei Wärtersleute gerechnet werden.“⁴² Freilich wurde nicht vergessen, auf den Rang der Pflegenden im Gefüge der beteiligten Sanitätsgruppen zu erinnern, der klar unter dem ärztlichen Personal (Ärzte/Wundärzte) angesetzt war. Angesprochen wurden in der Regel schon tätige Wärtersleute, aber auch Dienstboten und alle Angehörigen eines Haushaltes, doch dürfen „[f]urchtsame, kränkliche, schwache, zu junge oder sehr alte Menschen [...] hiezu nicht verwendet [...], noch weniger aber zu dem Wartdienste bei den Kranken gezwungen werden. Vielmehr sind hiefür besonders jene vorzuzählen, welche sich selbst freiwillig dazu melden“, so eine Anweisung des Landesguberniums für Tirol und Vorarlberg vom 7. Oktober 1831.⁴³ Die Anwerbung und Bestellung des für die Pflege in den Cholera-Spitälern notwendigen Wartpersonals oblag den im Juli 1831 per Handschreiben des Kaisers befohlenen Provinzial-Sanitätskommissionen,⁴⁴ für Innsbruck sollte diese Aufgabe die am 24. August konstituierte „Local-Sanitäts-Commission“ übernehmen.⁴⁵ Dort hatten sich zwischen dem 19. und 27. September 1831 insgesamt 58 Personen für den Krankendienst in den einzurichtenden Cholera-Spitälern gemeldet.⁴⁶ Die Commission sortierte die Bewerber*innen nach den Kategorien „brauchbar“ oder „nicht brauchbar“. Eine Reihe von Bewerber*innen erschien der Commission mit 20 Jahren als zu jung oder mit 50 als zu alt, mehrfach wurde „Trunksucht“ oder mangelnde „Sittlichkeit“ beanstandet oder eine große Kinderzahl als Ablehnungsgrund festgehalten. Berufserfahrung wies bis auf zwei schon im Stadtspital angestellten Wärter*innen niemand auf, einige konnten ihre Angaben nur mit Kreuzen signieren.⁴⁷ Im Ernst-

39 Ebd., „Kundmachung“, k.k. Landesgubernium für Tirol und Vorarlberg, 11. November 1831.

40 TLMF, „Belehrung, betreffend die Sicherstellung einer zweckmäßigen Krankenpflege im Falle des Vordringens der morgenländischen Brechruhr“, k.k. Böhmisches Provinzial-Sanitäts-Commission, 7. September 1831.

41 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1582: „Anweisung und Belehrung hinsichtlich einer zweckmäßigen Krankenpflege zu Hause als in Spitälern im Falle des Eindringens der morgenländischen Cholera“, k.k. Landesgubernium für Tirol und Vorarlberg, 7. Oktober 1831.

42 Ebd., § 27.

43 StAI, Cholera, 1831/1, Kt. 1582, Anweisung.

44 TRIML, Cholera-Epidemie, 165.

45 Diese Kommission wurde infolge des hohen Präsidial-Dekrets vom 18. August 1831 eingerichtet. Vgl. dazu: StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1582: „Protocoll über die erste Sitzung der Local-Sanitäts-Commission, vorgegangen Innsbruck am 24^{ten} August 1831, unter dem Vorsitz des k.k. hohen Gubernial-Rathes v. Voglsanger“.

46 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1582: „Verzeichnis jener Individuen, welche sich um Wärtersdienste bei den Cholera-Spitälern gemeldet haben“, 27. September 1831. Vgl. auch Susanne GROHS, Innsbruck in Zeiten der Cholera. Eine Aufarbeitung der Innsbrucker Choleraabwehr im Jahr 1831, inklusive eines fächerübergreifenden Unterrichtskonzepts (Diplomarbeit, Innsbruck 2018).

47 Ähnliches berichtet Triml zu Wien, wo wie allgemein die Zahl der zur Verfügung stehenden Wartpersonen etwa im Allgemeinen Krankenhaus viel zu gering war. Daher genehmigte der Kaiser per Handbillet vom 13. Juli 1831 die Verdoppelung dieser Zahl und verfügte die Ausbildung des für den Krankendienst unerfahrenen Personals mittel Vorlesungen. Vgl. TRIML, Cholera-Epidemie, 211.

fall hätte die unbefriedigende Bewerberlage die Verantwortlichen wohl vor größere Probleme gestellt; dieser trat in Tirol und Vorarlberg jedoch nicht ein, zumindest 1831/32 blieb das Land verschont. Erst ab 1833 erreichte die Cholera auch Tirol mit besonders hohen Opferzahlen im Jahr 1836, als rund 7.000 Menschen im Oberinntal, im Raum Meran und vor allem im Süden verstarben.⁴⁸ Ganz anders war die Lage 1831/32 im Osten, in Galizien, in Ungarn, in Schlesien und in den Erzherzogtümern Österreich unter und ober der Enns sowie in der Steiermark, wo hohe Opferzahlen überliefert sind.⁴⁹ Die mährisch-österreichische Schriftstellerin Marie von Ebner-Eschenbach (1830–1916) erinnerte sich an die Cholera, die sie 1836 als Kind erlebt hatte: „Die Seuche raffte Tag für Tag neue Opfer mit grauenhafter Plötzlichkeit hinweg. Sie überfiel die Menschen und ließ nicht mehr ab von ihrer Beute.“⁵⁰ War es diese vielgeschilderte Plötzlichkeit des Todes, die anschwellenden Opferzahlen oder, wie Bastler klagte, das herrschende „Wirrwar [sic] von Ansichten und Hypothesen“⁵¹ über den Charakter der neuen Seuche, das die Menschen so verstörte und Angehörige wie Krankenschwestern*innen davon abhielt, „Hand anzulegen“? Oder hinderte sie der abstoßende Geruch und der elende Anblick der Kranken und Sterbenden daran, ihnen beizustehen? Selbst für Bastler war die Cholera eine abstoßende und die Sinne quälende Krankheit: „Alle bisher bekannten Contagien gehen auf Zersetzung und Fäulung der Säfte los; wie die Entleerungen solcher Kranker es hinlänglich zeigen, die ihnen unterliegen, da sie oft schon bey lebendigem Leibe aashaft stinken [...]“.⁵² War der Umgang mit den Cholera-kranken emotional und sensorisch schon eine Herausforderung, umso mehr musste dies für den Kontakt mit Sterbenden und Cholera-Leichen gelten. Die „Cadaver“ der Cholera-kranken würden nicht wie bei den Leichen der an „einheimischen Krankheiten Verstorbenen“ in „allgemeine pestilenzialische Fäulniß“ übergehen, „sondern gerinnen, und nach häufigen fast geruchlosen Entleerungen den Cadaver vielmehr Mumienartig [sic] einschrumpfen machen, weßwegen die Choleraleichen in der Regel weit später in Fäulung übergehen“.⁵³

Der ebenfalls in Wien praktizierende Arzt Nikolaus Theodor Mühlbach warnte schon vor dem „bloßen Anblick“⁵⁴ eines an Cholera verstorbenen Menschen, weil allein dieser durch Erschrecken die Ansteckung befördern und so den Tod herbeilocken könne.⁵⁵ Diese Erzählung Mühlbachs ist nicht singulär, ähnliche Beispiele lassen sich in anderen Belehrungsschriften dieser Zeit zahlreich finden.⁵⁶ Sie sind im medizinischen Kontext der Zeit zu verstehen und basierten wesentlich auf der frühneuzeitlichen Lehre der den Körper und die Seele beeinflussenden Affekte. Als besonders gefährlich galt etwa das Erschrecken durch einen entsetzlichen,

48 WEIGL, Choleraepidemien, 215 und Tafeln zur Statistik der österreichischen Monarchie, 3. Jg. (Wien 1831), Tafel 3.

49 Zum Verbreitungsmuster der Cholera in der ersten Welle von 1831/32 vgl. WEIGL, Choleraepidemien, 212–215.

50 Marie von Ebner-Eschenbach, *Meine Kinderjahre*. Biographische Skizzen (Berlin 1907), 119, zit. in: Norman ASELMAYER, Cholera und Tod. Epidemieverfahren und Todesanschauungen in autobiografischen Texten von Arbeiterinnen und Arbeitern, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 55 (2015), 77–106, hier 87.

51 BASTLER, Cholera, 18.

52 Ebd., 132.

53 Ebd., 132–133.

54 N[ikolaus] T[heodor] MÜHLBACH, Fragmente aus meinem Tagebuche der Jahre 1831 und 1832 als Beitrag zur Epidemiographie (Wien 1835), 30, zit. in: TRIML, Cholera-Epidemie, 26. Vgl. zur Theorie der visuellen Ansteckung – ebenfalls mit Verweis auf Mühlbachs Schrift – BRIESE, Angst, 81, Anm. 188.

55 TRIML, Cholera-Epidemie, 209.

56 Siehe dazu einige Beispiele bei TRIML, Cholera-Epidemie, 28. Siehe auch Karl PFEUFER, *Zum Schutze wider die Cholera* (Heidelberg 1854), 35.

Abscheu erregenden Anblick.⁵⁷ Um das gefährliche Erschrecken der Menschen durch den Anblick der Toten zu vermeiden, wurde etwa den „Siechknechten“ bzw. Krankenwärter*innen zur Pflicht gemacht, im Spital die Leichen sofort zu bedecken oder hinter Bettschirmen zu verbergen, sobald der Tod eingetreten war.⁵⁸ Das Grauen wurde zusätzlich befördert, weil die „Cholera-Leichen [...] den Cholera-Kranken so ähnlich [waren], daß man jene für lebende Tote, diese für todtete Lebende halten“⁵⁹ konnte. Nach dem Versterben hatten die Wärtersleute die Pflicht, bei Abwesenheit eines Arztes bis zum Eintreten „unzweideutiger Zeichen der beginnenden Fäulnis“ die „nöthigen Wiederbelebungsversuche anzustellen“.⁶⁰ Damit sollte zumindest einer anderen quälenden Emotion, nämlich der weitverbreiteten Angst, lebendig begraben zu werden, abgeholfen werden.⁶¹

Angst und Furcht galten aus medizinischer Sicht nicht nur im Zusammenhang mit der Cholera als krankheitsauslösend – jedoch wurde in Cholera-Schriften mit besonderer Vehemenz vor „psychischer Ansteckung“⁶² gewarnt. Insbesondere sollten Pflegepersonen vor diesen Emotionen bewahrt werden, hielten sie diese doch davon ab, sich um die Kranken zu kümmern.⁶³ Unterlassene Hilfestellung wurde auch von Behörden und Medizinem für die hohe Cholera-sterblichkeit verantwortlich gemacht. Der bereits mehrfach erwähnte Bastler, beispielsweise, identifizierte in der „übertriebenen Furcht den vornehmsten Grund der so großen Sterblichkeit und Gefährlichkeit der Krankheit“⁶⁴.

Dass nicht nur die Cholera selbst Angst und Panik auslöste und die Wohlhabenden zur Flucht bewegte, sondern es zudem die sanitätspolizeilich verordneten Abwehrmaßnahmen waren, die gefürchtet wurden und das Pflegeproblem verschärften, wurde schon im Herbst 1831 an verschiedenen Stellen festgestellt.⁶⁵ Die Wiener Zeitung vom 24. September 1831 titelte nach Überschreiten des Höhepunkts der ersten Cholera-Welle beispielsweise auf ihrer ersten Seite, „dass so mancher Kranker nicht so sehr ein Opfer der Seuche [sei], als sträflicher Verheimlichung, des gänzlichen Mangels an rettender Hilfe. Aus Besorgniß, vom Hauche des Kranken

57 Vgl. Carlos WATZKA, Seelenheil und Seelenleid. Die Diätetik der Emotionen im frühneuzeitlichen Katholizismus in Bayern und Österreich (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 78, Stuttgart 2021), 125–126.

58 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1582: Anweisung, § 32.

59 BRIESE, Angst, Bd. 1, 184.

60 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1582: Anweisung, § 33.

61 Vgl. Martina KESSEL, Die Angst vor dem Scheintod im 18. Jahrhundert. Körper und Seele zwischen Religion, Magie und Wissenschaft, in: Thomas Schlich / Claudia Wiesemann, Hg., Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung (Frankfurt am Main 2001), 133–166.

62 Michael LENHOSSEK, Bemerkungen über die Behandlung der orientalischen Brechruhr (Cholera orientalis) und einiger anderer gegenwärtiger im Königreiche Ungarn herrschenden epidemischen Krankheiten, nach den bisher gesammelten Beobachtungen entworfen. Aus dem Lateinischen übersetzt (Innsbruck 1831), 41 [Original: Ofen 1831]. 1836 schrieb der Tiroler Landesprotomedikus im Hauptbericht über die Epidemie: „[...] die Furcht wirkte gleich einen psychischen Contagion, wie z. B. [es] manchmal beim Anblicke eines Epilektischen der Fall“ ist. TLA, Jüngerer Gubernium, Sanität, Chol. Komm., 1832–36, Fasz. 2460, Hauptbericht Cholera.

63 Das Problem der Kontaktvermeidung aus Angst war nicht nur in dieser ersten Welle allgegenwärtig. Auch für die Choleraepidemie 1855 hielt der Südtiroler Arzt Anton Flora fest: „Die Furcht vor Ansteckung durch Contagium war so allgemein, dass ausser den allernächsten Anverwandten sich Niemand herbeilassen wollte, einem Cholera-Kranken etwas anzuthun, und dass keine Familie sich entschliessen konnte, dem Arzte eine Wohnung zu geben.“ FLORA, Erzählungen, 4–5.

64 BASTLER, Cholera, 58.

65 Zum Beispiel in einer Zuschrift des J. J. Herz aus Pottenstein vom 5. September 1831 in der Populäre[n] Oesterreichischen Gesundheits-Zeitung (14. September 1831), 295.

vergiftet, [...] wurde der Kranke von Allen geflohen, mußte selbst auf jede Pflege verzichten.“⁶⁶ Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist ein am 10. Oktober 1831 von Kaiser Franz verfasstes und an den Obersten Kanzler der vereinigten Hofkanzlei Anton Friedrich Graf von Mittrowsky (1770–1842) gerichtetes Schreiben, in welchem er die Gründe der Rücknahme der befohlenen Vorschriften (gemeint sind vor allem die Absperrmaßnahmen) erläuterte: „Die Furcht vor der Ansteckungsgefahr, welche all diese Maßregeln hervorriefen und nährten, raubte vielen Kranken die nöthige Wartung und Pflege, und hinderte den wechselseitigen Beistand, die rettende Hülfe“.⁶⁷ Damit war die Kunde von der Verängstigung der Bevölkerung und vom Mangel an Pflegepersonal bis zum Thron vorgedrungen und als Problem erkannt worden. Doch wie konnte es gelöst werden?

Bereits vor dem Erreichen des Höhepunkts der ersten Cholera-Welle, den Tagen zwischen dem 14. und 19. September, setzten der Hof und die Behörden auf Beruhigung. In diesem Sinne hatte die Wiener Sanitäts-Kommission am 15. September 1831 den Magistrat aufgefordert,

„die Wörter ‚Cholera‘, ‚Cholera-Spital‘ und dergleichen‘ [...] zur Beruhigung des Publikums [...] nicht mehr in die Totenverzeichnisse, Totenzettel, etc. aufzunehmen, und stattdessen ‚Brechdurchfall‘ als Todesursache und nur die Hausnummer des jeweiligen Cholera-Spitals anzuführen“.⁶⁸

Die Wiener Zeitung unterließ es fortan, „Berichte oder Bemerkungen über die Cholera abzu drucken“.⁶⁹ Ähnlich in Südtirol, auch dort wurden die Ärzte während der Cholera-Epidemie von 1835/36 zu strenger Zurückhaltung bei der Diagnosestellung aufgefordert. Sie sollten bis das Ergebnis sicher und eindeutig sei, die Krankheit Cholera verheimlichen, um die Bevölkerung nicht zu beunruhigen.⁷⁰ Diese Versuche der Tabuisierung waren kein rein österreichisches Phänomen. Beispiele aus Deutschland führen sowohl Olaf Briese als auch Elisabeth Mühlauer in ihren Studien an.⁷¹ Doch welche spezifischen Maßnahmen wurden neben der Verbannung des Namens „Cholera“ aus dem öffentlichen Diskurs, der Verharmlosung ihrer Ansteckungsgefahr und der Abhaltung von Wartkursen gewählt, um den Problemen in der Krankenpflege entgegenzuwirken?

Gleichermaßen an Wartpersonen wie an das Publikum gerichtet waren die von Ärzten und Sanitätsbehörden ausgegebenen Appelle und Tipps zur Angstvermeidung. So widmete Bastler dem „allseitig verderblichen Einfluss der Furcht“ und den ihr „feinselig zugewandte[n] Gemüthszustände[n]“ – der Hoffnung und dem Mut – mehrere Artikel in der Populären Österrei-

66 Wiener Zeitung (24. September 1831), 1.

67 StA, Cholera 1831/1, Kt. 1582: Kabinettschreiben vom 10. Oktober 1831 des Kaisers Franz I. Bereits am 9. Juli 1831 hatte ein kaiserlicher Befehl verfügt, alles zu vermeiden, was zur Beunruhigung und Verwirrung, zu Angst und Schrecken führe. TRIML, Cholera-Epidemie, 173.

68 Wiener Stadt- und Landesarchiv, Hauptregister Q-556/1830-35334/1831: Schreiben der Sanitäts-Komm. vom 15.9.1831, zit. in: TRIML, Cholera-Epidemie, 173.

69 Ebd.

70 Staatsarchiv Bozen, Kreisamt Bozen, Faszikel 616, 235 pr, 7. August 1836, zit. in: ROSANI, „Furcht“, 139.

71 BRIESE, Angst, Bd. 1, 31–34 und MÜHLAUER, Gast, 117–118. Die Empfehlung zur Tabuisierung der Cholera wurde auch noch zwanzig Jahre später gegeben, etwa bei K. PFEUFER: „Die Umgebungen des Kranken müssen Ruhe und Besonnenheit bewahren, das Wort Cholera muß man in seiner Nähe nicht aussprechen und überhaupt bedenken, daß die meisten bis zum letzten Augenblicke alles sehen und verstehen, was um sie herum vorgeht.“ PFEUFER, Zum Schutze, 34.

chischen Gesundheitszeitung.⁷² Als Vorbild für alle empfahl er den Kaiser, ein „erhabenes und unvergeßliches Beyspiel von Furchtlosigkeit und Unerschrockenheit, – [der] Muth und Entschlossenheit in alle Gemüther zauberte“⁷³ aber auch Ärzte, die „in wahren Heroismus“ mit der „größten Selbstaufopferung“ ihren schweren Dienst am Kranken leisteten.⁷⁴ Auch Bastler selbst habe sich, um ein gutes Beispiel zu geben, stets „ohne Scheu und ohne alle Vorsicht dem Kranken“ genähert und so den sorgenden Angehörigen die Angst vor der Ansteckung genommen.⁷⁵ Als Beweis für die Richtigkeit seiner furchtlosen Herangehensweise prahlte er schon am Titelblatt seines Buches damit, in den „Tagen größter Gefahr“ von 143 Cholera-kranken 139 „gerettet und vollkommen wieder hergestellt“ zu haben.⁷⁶ Am 14. September 1831 publizierte er in der Populären Oesterreichischen Gesundheitszeitung eine Zuschrift, in welcher der Einsender darauf hinwies, dass in einem Cholera-Spital in Jassy (Iași / Rumänien) von den dort angestellten zwölf Wärtern des Cholera-Spitals „nicht einer erkrankt“⁷⁷ sei. „Auf der größten Höhe der Seuche erkrankten die Krankenwärter und Wärterinnen so gut wie Andere, [...] nachher aber ist, ob gleich ein Einziger oft 100 Kranke wartete, keiner von ihnen befallen worden.“⁷⁸ Damit sollte letztendlich auch kommuniziert werden, dass der Wartdienst weniger gefährlich sei als allgemein angenommen werde. Das sollte überzeugen, Mut für die Arbeit am Krankenbett machen und den schädlichen und hinderlichen Gefühlen etwas entgegensetzen. In Franz von Wochers (1787–1880)⁷⁹ Anleitung zur Cholera-Wartung zählen das „Vertrauen auf Gott und Furchtlosigkeit“ seitens der Pflegenden zu deren ersten „Sicherungsmitteln“, um die eigene Gesundheit zu bewahren.⁸⁰ Dies entsprach ganz den in behördlichen Schriften verlaublichen Ratschlägen, etwa im Circular-Schreiben vom 13. August 1831, wo neben der Vermeidung der Furcht eine „geordnete Lebensweise“ und ein durch „stetes Vertrauen auf Gott“ gestärktes Gemüth anempfohlen wurde.⁸¹ Neben moralischen Appellen gab Woche aber auch praktische Tipps zur Vermeidung einer Ansteckung. Im Speziellen sollte sich das Wartpersonal in Mäßigung üben und alkoholische Getränke vermeiden.⁸² Auch riet er den Wärtersleuten, ihre Mahl-

72 Populäre Oesterreichische Gesundheits-Zeitung (14. September 1831), 294.

73 BASTLER, Cholera, 9.

74 Ebd., VI, 10, 15 und 35. Das Narrativ des aufopfernden Arztes findet sich wieder in der Beschreibung der Cholera-Epidemie von Meran. Vgl. JORDAN, Cholera, ohne Seitenangabe.

75 Ebd., 58.

76 Ebd., Titelblatt.

77 Populäre Oesterreichische Gesundheits-Zeitung (14. September 1831), 295.

78 Ebd., (1. Oktober 1831), 319.

79 Franz von Woche war wie Bastler in Wien im Unterricht der Wärtersleute für den Cholera-krankendienst erfolgreich tätig. Im „Bothen aus und für Tirol und Vorarlberg“ wurde am 7. November 1831 berichtet, dass in Innsbruck über 100 Individuen aller „Stände“ an den unentgeltlichen Wartungsunterricht teilnahmen: „Ursprünglich für die Spitalswärter, dann für die Dienstboten gedacht, wurden sie jedes Mal von mehr Individuen besucht, so dass sie schließlich täglich stattfanden“. Bothe für Tirol und Vorarlberg (17. Oktober 1831), 331 und (7. November 1831), 356.

80 [Franz] von WOCHER, Anleitung zu einer zweckmäßigen Wartung Cholera-Kranker (Innsbruck 1831), 11. Franz von Woche war Dr. der Medizin und Chirurgie, Geburtshelfer und Primar-Spitalsarzt sowie Innsbrucker Stadtphysikus. Seine Schrift mit einer Auflage von 500 Exemplaren wurde laut Bothe für Tirol und Vorarlberg vom 10. Oktober 1831 mit Unterstützung eines Wohlfahrtsvereins gedruckt und verbreitet.

81 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1581: Circularre die Maßregeln gegen die Verbreitung der asiatischen Cholera in Tirol und Vorarlberg betreffend, Innsbruck 13. August 1831, nicht paginiert.

82 WOCHER, Anleitung, 11.

zeiten nicht im Zimmer der Kranken zu sich nehmen, weil durch den höheren Speichelfluss auch gleich der Krankheitsstoff zugeführt werde. Auch dürfe sich der Wärter mit seinem Gesicht den Kranken nicht nähern, damit sich ihre Atemluft nicht vermische. Anzuraten sei zudem, so Woher, Wacholderbeeren zu kauen oder „ein Stück Alant-Wurzel, ein Stück Ingwer, Gewürznelken, oder Zimtrinde, wodurch der Zufluß des Speichels unterhalten wird, welcher fleißig auszuspucken ist.“⁸³ Als hilfreich wurde laut einem Schreiben des Leiters der Innsbrucker Sanitätskommission, Gubernialrat Joseph Voglsanger (1783–1862), die Anwendung von Chlorkalkdämpfen erwähnt, womit sich die Pflegenden nach jeder Berührung mit den Kranken, des Bettes, der Kleidung oder der „ausgeworfenen Flüssigkeit“ sogleich waschen sollten. Wärterleute und Angehörige sollten sich „vorzüglich vom Munde und dem Atem“ der Kranken entfernt halten und auch den Mund nach jedem Kontakt mit Essigwasser ausspülen.⁸⁴ Diese praktischen Tipps konnten auch dabei helfen, unangenehme Emotionen zu unterdrücken, wie den Ekel. Und die Cholerapflege – so wird aus den Quellen ersichtlich – war gerade in Bezug auf den Ekel – vor den Ausleerungen, dem Gestank, der Totenfäule – eine besondere sinnlich-emotionale Herausforderung.

Ekel

Angesichts ‚negativer‘ Emotionen, der Angst vor emotionaler Ansteckung und den von entsetzlichen und ekelerregenden Anblicken, Ausdünstungen und Gerüchen geprägten Sinneserfahrungen erschien für das Praxisfeld der Pflege die Ausbildung professioneller Gefühlsregeln⁸⁵ notwendig. Tugenden wie Gelassenheit, Festigkeit und Gottvertrauen sollten die Pflege der Cholerakranken ermöglichen und gleichzeitig das Pflegepersonal vor krankmachenden Gefühlen schützen. Die Herausbildung von Gefühlsregeln war und ist notwendige emotionale Arbeit, um als Pflegenden* angemessen fühlen zu können und sich eine bestimmte „emotionale Gestimmtheit“⁸⁶ anzueignen, um angesichts von Epidemie-Erfahrungen anspruchsvolle Arbeit leisten zu können. Gefordert wurde und als förderlich galt, den Quellentexten zufolge, die Fähigkeit, ein ‚aktives‘ Mitgefühl zu entwickeln, um sich der aufopfernden Pflicht zur „schönste[n]

83 Ebd., 12.

84 StAI, Cholera 1831/1, Kt. 1582, Nr. 32: Anleitung, wie sich gegen die morgenländische Brechruhr zu verhalten und wie dieselbe zu erkennen sei. Diese Anleitung wurde vom Gubernium an die Lokal-Sanitäts-Commission am 25. September 1831 übermittelt.

85 Vgl. zu den Begriffen ‚Gefühlsarbeit‘, ‚Gefühlsnormen‘ und ‚Gefühlsmanagement‘ die nach wie vor inspirierenden und wichtigen Arbeiten der Soziologin Arlie Russel Hochschild: Arlie Russell HOCHSCHILD, *Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure*, in: *American Journal of Sociology* 85/3 (1979), 551–575; DIES., *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle* (= *Theorie und Gesellschaft* 13, Frankfurt am Main–New York 1990).

86 Nina VERHEYEN, *Geschichte der Gefühle*, Version: 1.0, in: *Docupedia Zeitschichte*, 18.6.2010, https://zeitgeschichte-digital.de/doks/frontdoor/deliver/index/docId/320/file/docupedia_verheyen_gefuehle_v1_de_2010.pdf (letzter Zugriff: 22.4.2023). Vgl. speziell zur Kritik geschlechterstereotyper Zuordnungen in der historischen Emotionsforschung mit zahlreichen wertvollen Literaturverweisen: Manuel BORUTTA / Nina VERHEYEN, *Vulkanier und Choleraiker? Männlichkeit und Emotion in der deutschen Geschichte 1800–2000*, in: Manuel Borutta / Nina Verheyen, Hg., *Die Präsenz der Gefühle. Männlichkeit und Emotion in der Moderne* (Bielefeld 2010), 11–39.

thätige[n] Nächstenliebe“ hingeben zu können.⁸⁷ Da vielen Cholera-Opfern medizinisch nicht geholfen werden konnte, bestand diese „Pflicht der Menschlichkeit“ oftmals aus dem „Liebesdienst“, „dem Sterbenden die letzten Augenblicke zu erleichtern“:⁸⁸

„[...] der Wärter wird also seinem Sterbenden den größten Liebesdienst erweisen, wenn er ihn von Zeit zu Zeit mittelst einem Kaffeelöffel, einen schleimigen Saft, wie z. B. Eybisch- oder Bockshornsaft in den Mund flößt. [...] Der sorgsame Wärter wird auch bedacht seyn, daß während des Hinscheidens seiner Kranken im Zimmer die höchste Ruhe herrsche, und jedes unnöthige Geräusch vermieden werde.“⁸⁹

Die ‚emotionale Arbeit‘ wurde durch die in der Professionalisierungsgeschichte und in der Pflegeausbildung lange Zeit tabuisierten Ekelgefühle erschwert, die untrennbar mit sinnlichen Erfahrungen verknüpft sind. Affekte, Sinneserfahrungen und Reaktionen im Zusammenhang mit Ekel sind historisch und kulturell variabel und werden individuell unterschiedlich intensiv erlebt.⁹⁰ Ekel ist keine „starre Emotion“, sondern „ein veränderliches, immer wieder neu bewertetes soziokulturelles leibliches Phänomen“, wie Gudrun Silberzahn-Jandt ausführt,⁹¹ und gerade in der Krankenpflege seien Strategien im Umgang mit dieser „gewaltigen Emotion“⁹² und den eigenen Körper geradezu überwältigenden Ekelgefühlen erforderlich. In den von uns eingesehenen Quellen werden diese Gefühle im Kontext der Pflege von Cholerakranken erstens als kulturelle Praktiken des Verdrängens, professionalisierten Negierens oder Akzeptierens oder der heroischen und selbstaufopfernden Überschreitungen der eigenen Ekelgrenzen greifbar. Zweitens werden Ekelgefühle darin an soziale und moralische Zuschreibungen gekoppelt.⁹³

87 Die Auszeichnung „schönste thätige Nächstenliebe“ findet sich in diversen „Verzeichnissen der verdienstvollen Individuen“, die während der Cholera Krankenpflege geleistet hatten: TLA, Jüngeres Gubernium, Chol. Komm. 1832–36, Faszikel 2460, Zl. 5321/571: Kreisamt Bozen an das Gubernium, Verzeichnis der verdienstvollen Individuen, 22.2.1838 sowie ebd., Zl. 3633/392: Kreisamt Imst an das Gubernium, Verzeichnis der verdienstvollen Individuen, 9.2.1838.

88 WOCHER, Anleitung, 10.

89 Ebd., 11.

90 Max RYYNÄNEN / Heidi S. KOSONEN / Susanne C. YLÖNEN, From Visceral to the Aesthetic. Tracing Disgust in Contemporary Culture, in: Max Rynänen / Heidi S. Kosonen / Susanne C. Ylönen, Hg., Cultural Approaches to Disgust and the Visceral (New York–London 2023), 3–15, hier 3. Vgl. für einen ersten Überblick zu kulturwissenschaftlichen Perspektiven und für weitere Literaturhinweise: Timo HEIMERDINGER, Igitt. Ekel als Kultur – zur Einführung, in: Timo Heimerdinger, Hg., Igitt. Ekel als Kultur (= bricolage. Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie 8, Innsbruck 2015), 9–25.

91 Gudrun SILBERZAHN-JANDT, Zur Leiblichkeit eines Gefühls. Ekelerfahrungen in Beziehungen zwischen Krankenpflegepersonal und PatientInnen, in: Katharina Eisch / Marion Hamm, Hg., Die Poesie des Feldes. Beiträge zur ethnographischen Kulturanalyse (= Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen 93, Tübingen 2001), 48–59; DIES., Vom Ekel in Krankheits- und Heilungsprozessen, in: Michael Simon / Monika Kania-Schütz, Hg., Auf der Suche nach Heil und Heilung. Religiöse Aspekte der medialen Alltagskultur (Dresden 2001), 187–196. Die Überlegungen Silberzahn-Jandts werden aufgegriffen in Alexandra HANGL, Ekel in der Krankenpflege. Orte, Praktiken und Funktionen, in: Heimerdinger, Hg., Igitt, 83–104; vgl. auch Christine PERNLOCHNER-KÜGLER, Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle (Münster 2004).

92 Vgl. Dorothee RINGEL, Ekel in der Pflege – eine „gewaltige“ Emotion (Frankfurt am Main 2000).

93 Zu Ekel als „moral emotion“ siehe grundlegend die zuerst 1929 publizierte Abhandlung über den Ekel von Aurel Kolnai: Aurel KOLNAI, Disgust, in: Barry Smith / Carolyn Korsmeyer, Hg., On Disgust (Chicago–La Salle 2004), 29–91. Siehe auch den von Kolnais Überlegungen ausgehenden Blog von Heidi Kosonen, der die Herausbildung des Ekels vor chinesischem Essen in westlichen Diskursen während der COVID-19-Pandemie thematisiert: Heidi KOSONEN, Thinking Counter-hegemonic Disgust, in: The Monster Network, 26.6.2020: <https://themonsternetwork.com/2020/06/26/in-thinking-counter-hegemonic-disgust/> (letzter Zugriff: 22.4.2023).

Weniger sensible – oder kultivierte – Personen, so wurde gemutmaßt, seien ekelrobuster, daran gewöhnt, die ekelhaft stinkenden Substanzen anderer Menschen wie Stuhl oder Erbrochenes zu entsorgen, weshalb sich als Wartpersonen Individuen aus sozialen Randgruppen bzw. der Dienerschaft besser eigneten als solche Personen, die „verfeinerte“ und empfindlichere Sinne ausgebildet hätten. Dies allerdings bedeutet, dass dem Dienstpersonal, welches wie selbstverständlich das Ekelhafte ihrer Herrschaft beseitigte (in der Überschreitung ihrer Ekelgrenzen beseitigen konnte), nicht unbedingt eine besondere gesellschaftliche Wertschätzung entgegengebracht wurde.⁹⁴

Bettina Hitzer verknüpft ihre Überlegungen zur Ekelemotion bei der Erfahrung von Krebserkrankungen mit der Frage nach politischen und moralischen Zuschreibungen – ein Zugang, der uns auch für die individuellen wie auch gesellschaftlichen Erfahrungen der Cholera anwendbar erscheint.⁹⁵ Angst und Schrecken, das Grauen und das damit verbundene Grausen – die in den Quellen mehr noch als die Trauer thematisiert werden, galten einem auch synästhetisch wahrnehmbaren Phänomen, vor dem man sich flüchtete, und dem sich pflegerisch konkret zuzuwenden, Überwindung kostete.⁹⁶ Cholera wurde, so Christopher Hamlin, nicht nur von ihren Opfern erfahren „but by their communities“ und diese Sozial- und Politikgeschichte angstvoller Reaktionen und Resonanzen habe zu schwerwiegenden sozialen Verwerfungen und Distanzierungen geführt.⁹⁷ Gerade Praktiken des Umgangs mit Ekelgefühlen, die mit zeitgenössischen medizinisch-anthropologischen Ekeltheorien interferieren, wie sie im 18. Jahrhundert, also bereits vor den großen Choleraepidemien des 19. Jahrhunderts, formuliert worden waren, sind unübersehbar sozial aufgeladen. Demnach würde die Atmosphäre gerade in den Quartieren der Armen durch die „Ausdünstungen ihrer Entleerungen verunreinigt“, wodurch für „die Patienten sowohl als auch für die Umgebung das dringendste Bedürfnis einer Luftreinigung entstand“ – die Kranken seien von einem „unerträglichem Gestank“ umhüllt, beschrieb der mehrfach erwähnte Cholera-Arzt und Publizist Anton Dominik Bastler die Erfahrung am Krankenbett⁹⁸ und pries auch gleich ein Mittel gegen die gefährliche Geruchsbelästigung an: ein „Luftreinigungspulver“, um den „unwiderstehlichen Ekel und Grausen“ hintanzuhalten.⁹⁹ Hierdurch sollte nicht nur die peinigende Angst vor Ansteckung in Schach gehalten, sondern dem aufdringlichen Ekel begegnet werden, der – wir zitieren noch einmal Bastler – in den „meistens schmutzigen Wohnungen der ärmern Leute“ „zurückscheuchend genug“ wirkte, so dass den Betroffenen die dringend benötigte Hilfe versagt wurde.¹⁰⁰

Bei der Choleraerfahrung in den hier angesprochenen sozial und kulturell differenten Settings waren verschiedene Sinne zugleich involviert. Die Cholera wurde gleichzeitig gesehen, gerochen, gehört, gefühlt und geschmeckt. Man erkannte sie an den sinnlich wahrnehmbaren Zeichen und Symptomen: durch ein

94 Vgl. hingegen zur Wertschätzung und Bewunderung bereitwilliger Dienstbarkeit unter dem Motto: „Das könnt ich nie“: HANGL, Ekel, 104.

95 HITZER, Odor. Vgl. die grundlegend politische Lesart von Emotionen bei Sara Ahmed in Bezug zum Beispiel der Zuschreibung von Ekelhaftigkeit: Sara AHMED, *The Cultural Politics of Emotion* (New York 2014).

96 Es brauche allerdings eine besondere Sensibilität für die Sprache, mit der Sinne und Emotionen beschrieben wurden, um die Quellen entsprechend zu entziffern, so BODDICE / SMITH, *Emotion*, 9.

97 HAMLIN, *Cholera*, 3 und 6.

98 BASTLER, *Cholera*, 129.

99 Ebd., 131.

100 *Populäre Oesterreichische Gesundheits-Zeitung* (14. September 1831), 295.

„[...] plötzliches Erbrechen von einer süßlichen oder säuerlichen, farblosen, schleimigen Flüssigkeit mit gleichzeitigem vorangehenden, oder nachfolgenden Durchfalle von weißlicher, molkenartiger oder auch kreidenähnlicher, schleimiger Materie, der Anfangs Darmunrath vorausging.“¹⁰¹

Im dritten und höchsten Grad der Krankheit, so Bastler, erschien „die Haut oft dunkelblau gefleckt“, die Extremitäten fühlten „sich eiskalt“ an, „das Antlitz“ entstellte „sich zum Entsetzen“, die Augen versanken „tief in ihre Höhle“. Anschaulich dargestellt wurde diese visuell-diagnostische Wahrnehmung in den bekannten Kupferstichen des deutschen Pathologen Robert Froriep (1804–1861) – ihm zufolge zeigte sich der „Ausdruck der Mienen“ in der schlimmsten Form der Cholera als „hoffnungslos leidend, oder wie bei einem seligen Märtyrer“ und die Ringe um die Augen färbten sich in einer Skala von „röthlichblau oder violett“ bis „dunkelblaugrau“.¹⁰²

Die Cholera konnte man hören, sie verursachte Klänge, ein schweres Atmen, eine klanglose oder verlorene Stimme, ein ängstliches Kreischen und Stöhnen nach Luft.¹⁰³ Sie ließ sich ertasten, man „fühlt und hört viel Flüssigkeit“ im Unterleib, schrieb etwa Froriep¹⁰⁴; Cholerakranke hatten einen gerade noch wahrnehmbaren schwachen Puls, einen „kalten, klebrigen Schweiß“¹⁰⁵, die Hauttemperatur wurde als „eiskalt“ oder „marmorkalt“ an Händen, Füßen oder Zunge gefühlt.¹⁰⁶ In vielen Texten von Ärzten wird der Körper des Cholerakranken mit einer ähnlich emotionalen Sprache des Schreckens und des Ekels beschrieben, wie in der Schauerliteratur, so etwa in Edgar Allan Poe's „Maske des roten Todes“ (1842). Die Romantik inszenierte die Ästhetisierung des Ekels als „gemischtes Gefühl“ – zum Zweck der Anreizung der Sinne. Der hier beschriebene Zusammenhang zwischen dem Ekel und der körperlich erfahrenen Angst findet eine Entsprechung in der von den zeitgenössischen Philosophen und Ärzten geteilten Theorie der heftigen Gemütsbewegungen. Diese sollen die Seelenkräfte gemäß der Theorie der gemischten Gefühle maximal anregen; Gefühle, die Moses Mendelssohn (1729–1786) zufolge, ihre Wirkung durch „eine Vermischung von Lust und Unlust“, „reizender, als das lauterste Vergnügen“ erzielen.¹⁰⁷ Die negative Emotion Ekel eröffnet, in anderen Worten, auch Einsichten.¹⁰⁸

Was im Fall der Cholera speziell Entsetzen und Abscheu auslöste, war nicht etwa eine eiternde Wunde, sondern die Plötzlichkeit, in der ein gesunder Körper zum Zerrbild verfiel. Davor graute auch Franz Grillparzer, als er sich angesteckt fühlte. In sein Tagebuch schrieb er

101 Anton ZHUBER, *Ermahnungs-Worte gegen die Cholera morbus* (Wien 1831), 15.

102 Robert FRORIEP, *Die Symptome der asiatischen Cholera*, im November und December 1831 zu Berlin abgebildet und beschrieben (Weimar 1832), 13; Tafel I; Tafel II. Vgl. zu Froriep: Manfred Vasold, Froriep, Robert, in: Werner E. Gerabek u. a., Hg., *Enzyklopädie Medizingeschichte* (Berlin–New York 2005), 442. Vgl. zu Frorieps Lithografien auch Othmar BIRKNER, *Die bedrohte Stadt. Cholera in Wien* (Wien 2002), 15.

103 Die Sounds der Cholera wurden etwa im Rahmen eines Panels zu „Corona sound(s): Pandemische Geräuschkulissen zwischen Kakophonie(n) und (lautem) Schweigen“ im Rahmen der virtuell durchgeführten Tagung „Corona verstehen. Understanding Corona. Die Pandemie aus der Sicht der Geistes- und Kulturwissenschaften / Take 1 (25.–27. November 2020) thematisiert: Siehe <https://www.uibk.ac.at/congress/corona-verstehen/take-1/> (letzter Zugriff: 19.4.2023).

104 FRORIEP, *Symptome*, 14.

105 BASTLER, *Cholera*, 27.

106 FRORIEP, *Symptome*, 13.

107 Winfried MENNINGHAUS, *Ekel. Theorien einer starken Empfindung* (Frankfurt am Main 1999), 7.

108 Vgl. für einen ästhetischen Zugang zum Ekel bzw. dessen stoische Überwindung zuletzt auch: Carolyn KORSMEYER, *Overcoming Disgust. Why, When, and Whether*, in: Ryyänen / Kosonen / Ylönen, Hg., *Disgust*, 19–30.

am 21. September 1831, nachdem sein Tischpartner im Gasthaus von einem zum anderen Tag verstorben war, wie das Entsetzen „plötzlich grauenhaft“ einschlug: „Widerlich“ sei ihm die Vorstellung gewesen, „der Cholera-Tod trete in Folge ungeheurer, unleidlicher Schmerzen ein, und die Idee, wie ein verwundetes Thier sich krümmend, sinnlos, im Schmutz eckelhafter [sic] Leibesentleerungen aus der Welt zu gehen, empörte mich.“¹⁰⁹

Laut Eintrag in Zedler's Universallexikon zum Lemma „Eckel“ und dem Verb „eckeln“ handelte es sich bei der synästhetischen Erfahrung Ekel und der emotionalen Praxis des Eckelns um eine Art physischen Schmerz, bzw. um „einen gar heftigen Unwillen“, bei dem „sich alles im Leibe gleichsam drüber umkehret, man kann eine Sache weder sehen, noch rüchen, weder angreifen noch davon reden hören, ja es ist einem so zuwider, daß man gleichsam Stechen darüber empfindet als von spitzigen Dornen.“¹¹⁰ Immanuel Kant zufolge durchdrang diese „starke Vitalempfindung“ den Körper und schlug sich auf das ganze System der Nerven durch, ein „Krampf und Kampf“ und eine „akute Krise der Selbstbehauptung“.¹¹¹

Ekel war aber auch selbst ein medizinisch-diagnostisches Zeichen, das Bastler zufolge den Übergang vom ersten zum zweiten Krankheitsstadium signalisierte, das sich durch Ekel, Erbrechen, Angst, kaltem Schweiß mit oder ohne begleitenden Durchfall ankündigte, sich dann aber auch durch gesteigerte „Furcht“ anzeigte. So wurde aus dem Grausen, dem Ekel rasch ein Grauen, eine

„[...] übertriebene Angst vor Ansteckung, oder Schrecken über die Nachricht von der Gegenwart der Krankheit, [...] oder über den unwillkürlichen [sic] Anblick eines Todten, oder wohl gar die erhitzten Bilder der Phantasie [...] [und] so verfiel der Kranke oft plötzlich unter Erbrechen und Durchfällen in eine unbeschreibliche Angst und Zittern, mit den Empfindungen, als wenn elektrische Stöße von der Gegend des Magens in das Herz oder von da in den Kopf führen.“¹¹²

Indem Ekel als eine „Erfahrung einer Nähe“ verstanden wurde, „die nicht gewollt ist“¹¹³ und zugleich als ein im Prinzip nützliches, menschliches Gefühl, da es wirksam vor Gefahr warnt und unmittelbar auf Distanz gehen lässt, erwies sich das Ekelgefühl selbst als gefährlich – und zwar in einer moralischen Hinsicht, denn es verhinderte Nähe und Zuwendung. „Nirgends sieht man Beistand!“ lautete die Klage, die wir als Zitat für unseren Beitragstitel gewählt haben. Die Überwindung des Ekels als Distanzüberwindung war aber auch mit einer Reihe von Emotionen und Tugenden verknüpft, mit Liebe, Mitgefühl, Selbstaufgabe und Heroismus. Konkret wurden in den Quellen verschiedene Strategien und Praktiken des Umgangs mit dem Grauen und dem Ekel genannt: Flucht, Verdrängung, Tabuisierung, oder aber auch Bewältigung durch Ästhetisierung; etwa in der Literatur und Musik. Mit Blick auf die Pflegegeschichte lassen sich aus den Quellen insbesondere zwei miteinander verknüpfte Praktiken des Umgangs mit dem Ekel ableiten, nämlich erstens die Delegation des Umgangs mit Ekel an ungelernetes und pflegendes Dienstpersonal und zweitens die Herausbildung von konkreten Skills, die sich

109 Zit. nach August SAUER, Hg., Grillparzers Werke. Zweite Abteilung, Neunter Band: Tagebücher und literarische Skizzenhefte III von August 1830 (Wien–Leipzig 1916), 43.

110 Johann Heinrich ZEDLER, Großes vollständiges Universal-Lexikon aller Wissenschaften und Künste, Bd. 8 (Halle–Leipzig 1732–1754), Sp. 149.

111 MENNINGHAUS, Ekel, 7.

112 BASTLER, Cholera, 26–27.

113 MENNINGHAUS, Ekel, 7.

in Professionalisierungsprozesse der Pflege einfügten. In diesem Kontext wurden Orientierungsangebote in Form der erwähnten Ratgeber-Regelwerke produziert und Orte der Pflege eingerichtet.

Martina Kessel beschreibt, wie Selbstbeherrschung und kontrollierbare Emotionalität im elitären bürgerlichen Milieu zum normativen Kanon und zum Selbstverständnis von ‚ganzen‘ Männern wurde und spricht diesem emotionalen Regime zugleich einen ambivalenten Charakter zu. Diese Ambivalenz zwischen Gefühlskontrolle und geforderter Leidenschaftlichkeit prägte, ihr zufolge, die bürgerliche Gefühlskultur des 19. Jahrhunderts.¹¹⁴ Wir sehen diese Ambivalenz auch in der Pflegegeschichte widerspiegelt. Mitgefühl und ein kühler Kopf wurden gleichzeitig vorgeschrieben: Aufmunterung und Anweisungen, eine kontrollierte Gefühlshaltung die, so wiederum Kessel, keineswegs auf eine simple Unterdrückung aller Gefühle hinauslief, sondern ein Ausbalancieren der Gefühle bedeutete, so etwa zwischen Ekel und Mitgefühl, eine Fähigkeit, die aber als männliche Tugend angesehen wurde, während Frauen qua der ihrem Geschlecht zugeschriebenen Mütterlichkeit Ekelgefühle in der Krankenpflege zu erdulden wussten. Angesichts des schockierend schrecklichen, plötzlichen und unaufhaltbaren massenhaften Sterbens wurde eine Überwindung des Grauens und des Eklers in Form heroischer Selbstüberwindung eingefordert und diese als Zeichen von Professionalität gedeutet. Eine solche Professionalisierungsgeschichte ist auch in den Spitälern der weiblichen Pflegeorden zu beobachten, in denen christliche Caritas als bewusste, geistliche Übung der Zuwendung kultiviert wurde. Gerade die ‚ekelhaftest‘ Schmutzigsten und ‚Ärmsten‘ verdienten in der Nachfolge Christi das größte Mitleid. Für die Barmherzigen Schwestern waren die Cholerakranken gleichsam die neuen Aussätzigen. Die entsprechende Care-Tugend, die für katholische wie auch für evangelische Pflegeorden als handlungsanleitend wirkte, wird unter anderem in folgendem Zitat ausgedrückt:

„Der gute Wille zur Krankenpflege ist zwar gut, aber nicht hinreichend; es muß wahre Liebe zum Beruf und Beruf zum liebevollsten Dienst, unverdrossene Bereitwilligkeit um Christi willen und Christus selbst zu dienen da sein, so daß auch das Schwerste und Unangenehmste mit Lust und Freuden getan wird – ja, daß die Wärterin von den ekelhaftesten und schwersten Geschäften mit solcher Heiterkeit zurückkehrt, als hätte sie den angenehmsten Vergnügungen beigewohnt. [...] Ihre Liebe muß auch stark genug sein, um das unangenehme Geschäft der Reinigung der Unreinlichen im vollen Umfang ohne Ekel zu besorgen in dem Glauben und der Liebe, als wenn es dem Herrn Jesus täte.“¹¹⁵

Der selbstaufopfernde Umgang mit Ekel in der Pflege, die Verrichtung der „gemeinsten, sehr oft ekelerregenden Beschäftigungen der Krankenwartung“ wie beispielsweise das geradezu heroische Reinigen der Wäsche, „so den Kranken, den Todten abgenommen, beim Troge, in

114 Vgl. Martina KESSEL, Das Trauma der Affektkontrolle. Zur Sehnsucht nach Gefühlen im 19. Jahrhundert, in: Claudia Benthien / Anne Fleig / Ingrid Kasten, Hg., Emotionalität. Zur Geschichte der Gefühle (Köln–Weimar–Wien 2000), 156–177.

115 Johannes Evangelista GOSSNER, Wie müssen christliche Krankenpflegerinnen oder evangelische barmherzige Schwestern beschaffen sein? (Berlin 1837), 6–7; zit. nach Anna STICKER, Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Stuttgart 1960), 184.

irgend einer kalten Kammer“ und andere „den Sinnen widerstrebende, oft mit augenscheinlicher Lebensgefahr verbundene Arbeiten“¹¹⁶ war sehr oft christlich motiviert.¹¹⁷ Die (Heraus-) Forderung der Pflege aus Nächstenliebe und ohne Abscheu wurde aber nicht nur als christliche Tugend ausgelegt, sondern auch als notwendige professionsspezifische Fähigkeit. So heißt es 1832 in einem der ersten deutschsprachigen Lehrbücher zur Krankenwartung:

„Ein Wärter [...] muß das Ekelhafteste sehen, riechen und anfassen können, denn es ist seine Bestimmung, mehr mit unangenehmen und widrigen Dingen, als mit angenehmen und schönen umzugehen. Ein Wärter, der die Nase rümpft, wenn er den Stuhl des Kranken austrägt, empfiehlt sich ihm [dem Arzt] schlecht, er soll vielmehr den Stuhlgang gut betrachten, und behalten, wie er aussieht und was er für einen Geruch habe; ob er dünn oder dick, geformt oder nicht geformt, hell oder dunkel, gelbbraun oder grau sei, ob er einen natürlichen oder gar keinen Geruch habe, oder ob er ashaft u.s.w. stinke.“¹¹⁸

Ekelüberwindung erscheint daher in der Pflege von Cholerakranken des 19. Jahrhunderts nicht nur als Tugend, sondern als notwendige Praxis „im Zeichen von Philanthropie und Naturwissenschaften“.¹¹⁹

Resümee

Als ein Resümee wollen wir die in der Einleitung aufgeworfene grundsätzliche Frage nach dem Erkenntnisgewinn eines emotions- und sinneshistorischen Zugangs zur Pflegegeschichte aufgreifen. Inwiefern nützt uns die Auseinandersetzung mit Angst und Ekel als heuristische Kategorien für eine „new history of experience“¹²⁰ der Cholera?

Es besteht kein Zweifel, dass die Angst eine bestimmende Emotion und prägende Erfahrung im Zusammenhang mit dem Auftreten der Cholera war und daher zu Recht bereits große Aufmerksamkeit in der medizinhistorischen Forschung generiert hat – allerdings gilt dies noch nicht im selben Maße für die Historiografie der Pflege. Auch hier treten die damit verknüpften Phänomene wie Flucht, Verdrängung oder heroische Angstüberwindung in Erscheinung. Die verschärfte Aufmerksamkeit für die in den Quellen angesprochenen Gefühle lenkt den Blick aber nicht nur auf die ‚nackte‘, existenzielle Angst vor dem Tod, sondern auch auf die Ambivalenz und die soziale und kulturelle Komplexität von Gefühlen wie Ekel, Abscheu und Mitleid. Ein Gemisch dieser Gefühle scheint nach unserer Ansicht geradezu charakteristisch für

116 Der Orden der barmherzigen Schwestern, in: Katholische Blätter aus Tirol 19 (11. Mai 1846), 441–461, hier 453.

117 Medizin- und religionshistorische Verbundforschung zu diesem Themenkomplex findet im Rahmen des von den österreichischen und flämischen Wissenschaftsfonds FWF und FWO im Zeitraum 2018–2023 geförderten Projekts „Patients and Passions. Catholic Views on Pain in Nineteenth-Century Austria“ an den Universitäten Innsbruck/ Forschungszentrum Medical Humanities und Antwerpen/research centre Ruusbroec Institute statt (Joint-Project No. I 3545-G28).

118 J[ohann] F[riedrich] DIEFFENBACH, Anleitung zur Krankenwartung (Berlin 1832), 26.

119 Christina VANJA, Im Zeichen von Philanthropie und Naturwissenschaften. Der Dienst am Kranken im 19. Jahrhundert und frühen 20. Jahrhundert, in: Paul Jürgen Wittstock, Red., Elisabeth in Marburg. Der Dienst am Kranken. Eine Ausstellung des Museums für Kunst und Kulturgeschichte Marburg (Marburg 2007), 134–173.

120 BODDICE / SMITH, Emotion, 1.

die Emotionsgeschichte der Cholera zu sein und umgekehrt schrieb sich auch die Choleraerfahrung in die Ausbildung von komplexen Gefühlskulturen und in die gesellschaftliche Forderung nach der Ausprägung von normativen Gefühlsregeln in der Pflege ein. Unsere Herangehensweise eröffnet den Blick darüber hinaus auf die in verschiedenen pflegerischen Situationen und Gefühlsräumen involvierten Akteur*innen. Bei Gefühlen wie Ekel oder Mitleid sind stets mehr als nur zwei Personen beteiligt, indem die Herstellung von Distanz und Nähe untrennbar mit der Herausbildung moralischer Urteile, mit normierenden Handlungsanleitungen, Hierarchisierungen und Stigmatisierungen in der Pflege und der Bildung emotionaler Gemeinschaften von Pflegenden verknüpft ist. Die traurige Lage in der von der Cholera heimgesuchten Gegend um Meran hatte Jordan allerdings mit dem Fehlen von drei zentralen Erfordernissen charakterisiert: Ihm zufolge mangelte es an Aufmunterung, Anweisung und Aushilfe. Diese drei Komponenten erscheinen uns in der Geschichte der Ausbildung emotionaler Arbeit in der Pflege bzw. der „Emotions of Care“¹²¹ beachtenswert zu sein. Jordans Klage artikuliert Bedürfnisse und richtete sich an verschiedene Akteure; sie thematisierte die Bereitstellung von konkreten pflegerischen Kompetenzen und das Vorhandensein von ausreichend pflegerischen Ressourcen angesichts einer Gesundheitskrise, die bereits vorhandenes soziales Elend verdeutlichte und verschärfte. Diese Stimme aus den Quellen ernst nehmend, wäre demnach für die Pflegegeschichte eine Verknüpfung der sich in Ansätzen bereits abzeichnenden Theorie menschlicher Bedürfnisse mit der Emotionen- und Sinnesgeschichte anzudenken.¹²² Gefühle geben unseren Wahrnehmungen Bedeutung und Sinn. Bedürfnisse sind ebenso, wie wir aus der Emotionsgeschichtsschreibung lernen können, eingeschrieben in „emotional scripts“¹²³ und Gefühle lassen uns durch unsere von Pandemien heimgesuchte Welt navigieren.¹²⁴

Informationen zu den Autorinnen

Dr. Elisabeth Dietrich-Daum, a.o. Univ.-Professorin für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie, Universität Innsbruck
E-Mail: elisabeth.dietrich@uibk.ac.at

Mag. Dr. Maria Heidegger, Senior Scientist am Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der Universität Innsbruck, Innrain 52, 6020 Innsbruck
E-Mail: maria.heidegger@uibk.ac.at

121 Die Philosophin Elena Pulcini (1950–2021) – sie verstarb im April 2021 in Florenz an den Folgen der Covid-19-Pandemie, vgl. <https://www.lanazione.it/firenze/cronaca/covid-pulcini-1.6230912> (letzter Zugriff: 19.4.2023) – differenziert zwischen Emotionen, die ethische Pflegehandlungen motivieren und Care-Ethik. Zu Ersteren zählen ihr zufolge Mitleid, Empathie, Liebe: ELENA PULCINI, What Emotions Motivate Care? In: *Emotion Review* 9/1 (2017), 64–71.

122 Vgl. RADENOVIC / AKKAD, *History*, 96–123.

123 Vgl. zu diesem Begriff Barbara ROSENWEIN, Thinking Historically about Medieval Emotions, in: *History Compass* 8/8 (2020), 828–842.

124 Vgl. REDDY, *Navigation*.

Noah Westermayer

„Haben Sie schon Ihre Influenza gehabt?“ – Österreich-Ungarn im Gefühlsreigen der Russischen Grippe 1889–1895

English Title

“Have you had your influenza yet?” – Austria-Hungary and the Emotional Toll of the Russian Flu, 1889–1895

Summary

The Russian Flu not only claimed many lives but also affected public sentiment in various ways. This article examines the emotional responses to the pandemic in Austria-Hungary, drawing primarily on press sources from 1889 to 1895. The new disease initially triggered a mixture of confusion and the need for information which quickly gave way to fear, pity, and resignation, along with exhaustion, depression, and lack of energy. The pandemic also sparked political discontent and economic stress, as well as hostility. Several contemporaries expressed dissatisfaction with some of the press coverage of the disease, accusing journalists of sowing public insecurity. Anti-Semites used this criticism to lash out at Jews once again. Yet, most of the resentment seems to have been directed at the medical profession which could do little to remedy the situation. For some, humor was a way to cope with the disease.

Keywords

Russian Flu, influenza pandemic, sentiment, history of emotions, Austria-Hungary, 1889–1895

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Einleitung

Am 9. Dezember 1889 brachte Arthur Schnitzler gerade einmal fünf Worte in seinem Tagebuch zu Papier: „Influenza; Nachm. Mizi bei mir.“¹ Und tags darauf vermerkte er: „Mz. Spazieren“² und hielt ebenso lakonisch einen Theaterbesuch fest. Diese knappen Bemerkungen sind leicht zu überlesen, gerade auch weil die Zeilen vermuten lassen, dass die geschilderte Erkrankung für den Literaten nicht besonders qualvoll gewesen sein dürfte oder immerhin von recht kurzer Dauer. Doch bei genauerem Hinsehen sind diese sehr persönlichen Tagebucheinträge des Schriftstellerarztes das Zeugnis einer größeren Entwicklung, nämlich des Ausbruchs einer Massenkrankheit, die zu dieser Zeit Wien, Europa und den ganzen Globus heimzusuchen begann. Eine Influenzaseuche war ausgebrochen.

Obwohl sich in vielen Quellen der Terminus „Epidemie“ findet, galt diese Infektionskrankheit auch schon einigen Zeitgenossen und gilt zumindest bislang auch der gegenwärtigen Forschung als eine Influenzapandemie, doch eventuell ist eine solche Kategorisierung zu revidieren.³ Denn seit dem Beginn des neuen Jahrtausends ist es zumindest denkbar, dass es sich bei der damaligen – aufgrund erster umfangreicher Berichte über die Ausbreitung einer neuartigen Krankheit in St. Petersburg auch als Russische Grippe⁴ bezeichneten – Pandemie gar nicht um

1 Arthur SCHNITZLER, Tagebuch 1879–1892, hg. von der Kommission für literarische Gebrauchsformen der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (= Arthur Schnitzler Tagebuch 1 1879–1931, Wien 1987), 280.

2 Ebd.

3 So gebrauchte etwa ein zeitgenössischer deutscher Mediziner konsequent den Ausdruck „Pandemie“. Vgl. J[akob] RUHEMANN, Die Influenza in dem Winter 1889/90 nebst einem Rückblick auf die früheren Influenzapandemien. Von der Berliner Hufeland'schen Gesellschaft preisgekrönte Schrift (Leipzig 1891), etwa 1. Wenn es sich bei der Russischen Grippe tatsächlich um eine Influenzaseuche gehandelt haben sollte, dann wäre sie nach Ansicht mancher die erste Pandemie, die sich wirklich weltweit zeitlich eindeutig datieren lässt, vgl. K[arl] David PATTERSON, Pandemic Influenza, 1700–1900. A Study in Historical Epidemiology (Totowa, NJ 1986), 49; vgl. David RENGELING, Vom geduldgigen Ausharren zur allumfassenden Prävention. Grippe-Pandemien im Spiegel von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit (= Gesundheitssoziologie 1, Baden-Baden 2017), 50 und vgl. Chloe SELLWOOD, Brief History and Epidemiological Features of Pandemic Influenza, in: Jonathan Van-Tam / Chloe Sellwood, Hg., Introduction to Pandemic Influenza (Wallingford 2010), 41–56, hier 43. Die Literatur spricht allerdings auch von Influenzapandemien vor 1889, vgl. J[effery] K[arl] TAUBENBERGER / D[avid] M. MOREN, Pandemic Influenza – Including a Risk Assessment of H5N1, in: Revue scientifique et technique (International Office of Epizootics) 28/1 (2009), 187–202, hier 189–192, <https://doi.org/10.20506/rst.28.1.1879>. Besonders ist diese Pandemie jedenfalls auch, da sie (im Unterschied zu eventuell vorhergehenden) jenen des 20. Jahrhundert stark ähnelt, vgl. PATTERSON, Influenza, 49. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Interkonnektivität der Welt zur Zeit der Pandemie verwiesen, vgl. Alain-Jacques VALLERON u. a., Transmissibility and geographic spread of the 1889 Influenza Pandemic, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107/19 (2010), 8778–8781, hier 8778, <https://doi.org/10.1073/pnas.1000886107>.

4 Schon zeitgenössisch wurde die Seuche unter anderem im deutschsprachigen Raum (darüber hinaus auch in Frankreich, Großbritannien und Italien) mit Russland assoziiert, wogegen man sie dort mit China verband, vgl. Niall JOHNSON, Britain and the 1918–19 Influenza Pandemic. A Dark Epilogue (= Routledge studies in the social history of medicine 23, London–New York 2006), 156. Allerdings scheint dieses Phänomen eher umgangssprachlich Verbreitung gefunden zu haben, denn der Großteil der (nicht nur amtlichen) Quellen spricht schlicht von „Influenza“ oder „Grippe“. Trotzdem finden sich auch in der Presse der Donaumonarchie Hinweise auf diese geistige „Fremd-Positionierung“: „Sie heißt in Rußland der ‚chinesische Katarrh‘ und erhält im übrigen Europa bis nach England und Spanien den Namen ‚russischer Katarrh‘.“ Zitat aus: Die Influenza in Rußland, in: Die Presse (6. Dezember 1889), 9. In der Literatur findet der Begriff Russische Grippe nicht immer Anwendung, vgl. etwa Stefan WINKLE, Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen (Düsseldorf–Zürich 1997), 1044–1045. Bisweilen ist auch von der „asiatischen Grippe“ die Rede, vgl. Jeffrey R. RYAN, Past Pandemics and Their Outcome, in: Ders., Hg., Pandemic Influenza. Emergency Planning and Community Preparedness (Boca Raton,

die Influenza handelte. Womöglich war nämlich eine andere Virenart der Auslöser, deren Name seit dem Jahr 2020 zu einem allgemein gebräuchlichen Begriff geworden ist. Einige Studien der Biowissenschaften legen nahe, dass es sich bei der Seuche um das erste Auftreten von Coronaviren beim Menschen gehandelt haben könnte.⁵ Ungeachtet derartiger nun wieder vermehrt diskutierter ätiologischer Fragen sollen hier jedoch die Termini Russische Grippe und Influenzapandemie Verwendung finden.

Dass Seuchen Sonderfälle von Krankheiten darstellen, die im Unterschied zu „individuellen“ Leiden häufig besondere Wirkungen auf Gesellschaften entfalten, kann als medizingeschichtlicher Gemeinplatz angesehen werden.⁶ So war auch die Russische Grippe nicht nur ein medizinisches Ereignis, sondern wirkte stark auf das öffentliche Bewusstsein und löste emotionale Reaktionen aus, zu denen weit mehr als nur die fast schon als gelangweilt interpretierbaren Ausführungen Schnitzlers zu zählen sind.⁷ Der Infektionsmediziner Stefan Winkle hielt dazu in seiner *Kulturgeschichte der Seuchen* mit Blick auf Frankreich fest: „Selten soll Paris ein so trauriges Neujahr erlebt haben wie 1890.“⁸ Dem entgegen steht allerdings Gustave Le Bon, der in seiner *Psychologie der Massen* urteilte, die Grippepandemie am Ende des 19. Jahrhunderts habe keinen großen Eindruck auf die Bevölkerung gemacht und sei schon bald wieder in Vergessenheit geraten.⁹

Das scheint, gelinde gesagt, doch sonderbar. Es lohnt sich, Le Bons Angaben zu hinterfragen – gleichzeitig aber auch, ob sich das Spektrum an Reaktionen wirklich auf Traurigkeit allein begrenzte. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher, den Emotionen im Gefolge der

FL–London–New York 2009), 3–21, hier 16. Im vorliegenden Beitrag soll allerdings Smith und anderen gefolgt werden, vgl. F[rancis] B[arrymore] SMITH, The Russian Influenza in the United Kingdom, 1889–1894, in: *Social History of Medicine* 8/1 (1995), 55–73, hier 55.

- 5 Etwa datiert eine Studie anhand von DNA-Sequenzierungen eine Zooanthroponose von Coronaviren ungefähr auf das Jahr 1890, vgl. Leen VIGEN u. a., Complete Genomic Sequence of Human Coronavirus OC43. Molecular Clock Analysis Suggests a Relatively Recent Zoonotic Coronavirus Transmission Event, in: *Journal of Virology* 79/3 (2005), 1595–1604, hier 1602, doi.org/10.1128/JVI.79.3.1595-1604.20. Auch anhand klinischer Daten zeigen sich Ähnlichkeiten zur Covid-19-Pandemie, etwa am Verlust des Geschmacksinns, vgl. Harald BRÜSSOW / Lutz BRÜSSOW, Clinical Evidence that the Pandemic from 1889 to 1891 Commonly Called the Russian Flu Might Have Been an Earlier Coronavirus Pandemic, in: *Microbiological Biotechnology* 14/5 (2021), 1860–1870, hier 1868, https://doi.org/10.1111/1751-7915.13889. Allerdings besteht in dieser nun neu entfachten Debatte kein Konsens über den Erreger, vgl. Harald BRÜSSOW, What We Can Learn From the Dynamics of the 1889 ‘Russian Flu’ Pandemic for the Future Trajectory of COVID-19, in: *Microbial biotechnology* 14/6 (2021), 2244–2253, hier 2251, https://doi.org/10.1111/1751-7915.13916. Den Errungenschaften der mikrobiologischen Ära zum Trotz war die Existenz von Viren allerdings noch nicht bekannt. Nachdem Richard Pfeiffer, ein Protegé Robert Kochs, im Schleim von Kranken einen Bazillus entdeckt hatte, ging die Fachwelt davon aus, dass dies der Erreger der Influenza sei, vgl. JOHNSON, Britain, 22 und vgl. WINKLE, Geißeln, 1045.
- 6 Vgl. Frank M. SNOWDEN, *Epidemics and Society. From the Black Death to the Present. With a New Preface.* (New Haven, CT–London 2020), 2–7 und vgl. JOHNSON, Britain, 152.
- 7 Danke an die anonym begutachtende Fachperson für den Hinweis zur Terminologie. Die Begriffe „Emotion“ und „Gefühl“ sowie daraus abgeleitete Komposita werden in diesem Beitrag ungeachtet ihrer facettenreichen Etymologie parallel verwendet, was für die einschlägige Literatur nicht unüblich ist. Vgl. Ute FREVERT, *Gefühle in der Geschichte* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 245, Göttingen 2021), 7 und vgl. Jan PLAMPER, *Geschichte und Gefühl. Grundlagen der Emotionsgeschichte* (München 2012), 20–22.
- 8 WINKLE, Geißeln, 1044.
- 9 Vgl. Frédéric VAGNERON, Une presse *influenzée*? Le traitement journalistique de la pandémie de grippe «russe» à Paris (1889–1890), in: *Le Temps des médias* 23/2 (2014), 78–95, hier 78–79, https://doi.org/10.3917/tdm.023.0078.

Seuche in der breiteren Öffentlichkeit nachzuspüren, wobei der Blick hier auf Österreich-Ungarn gerichtet ist. Den Kern bildet also die Frage nach der „emotionale[n] Epidemiologie“¹⁰. Damit wagt der Beitrag einen wiewohl kursorischen Versuch, die Russische Grippe in diesem geografischen Gebiet aus kulturgeschichtlicher Sicht zum ersten Mal zu erkunden. Eine solche emotionsgeschichtliche Beleuchtung der Pandemie könnte nicht nur *per se* von Interesse sein, sondern sich auch für vergleichende Studien als relevant erweisen.

Forschungsstand, Quellen und Methode

Die Russische Grippe ist den Geschichtswissenschaften keine Unbekannte, aber im Vergleich etwa mit der „Mother of All Pandemics“¹¹, der Spanischen Grippe gut drei Dekaden später, ist die Zahl und Ausführlichkeit der Darstellungen der Pandemie ab 1889 gering. So findet sie auch in heutigen, teils medizinischen Handbüchern und Übersichtswerken zur Influenza eher bruchstückhaft Behandlung.¹² Sieht man von der genannten Pandemie 1918–1920 einmal ab, scheinen frühere Influenzaausbrüche auch generell in der Seuchengeschichte keine allzu herausragende Rolle zu spielen, verglichen etwa mit der Pest und der Cholera.¹³ So ist etwa der Einfluss letzterer – vom Historiker Richards J. Evans als „the classic epidemic disease of the nineteenth century, above all of Europe in the age of industrialization“¹⁴ bezeichnet – auf dieses Säkulum eingehend debattiert worden.¹⁵

Mit einem Mangel an Quellen ist die recht begrenzte Zahl von Darstellungen zur Russischen Grippe jedenfalls nicht erklärbar. Denn zum Thema setzte zeitgenössisch eine regelrechte Flut an Publikationen der medizinischen Fachwelt ein. Man behandelte diverse Fragen, etwa jene der Geschichte der Seuche, ihrer Ätiologie, Epidemiologie und mit ihr verbundene klinische Belange.¹⁶ Dieser reichhaltige Fundus diente gegen Ende des 20. Jahrhunderts als Grundlage

-
- 10 Jörg VÖGELE, Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte, in: Malte Thießen, Hg., Seuchen im langen 20. Jahrhundert (= Historische Zeitschrift / Beihefte Neue Folge 64, Berlin–München–Boston 2014), 29–49, hier 45.
 - 11 Jeffery K. TAUBENBERGER / David M. MORENS, 1918 Influenza. The Mother of All Pandemics, in: *Emerging Infectious Diseases* 12/1 (2006), 15–22, hier 15, <https://doi.org/10.3201/eid1201.050979>.
 - 12 In einem einschlägigen Nachschlagewerk ist der Russischen Grippe nur ein Absatz gewidmet, vgl. Alfred W. CROSBY, Art. Influenza, in: Kenneth F. Kiple, Hg., *The Cambridge World History of Human Disease* (Cambridge 1993), 807–811, hier 809. Nicht selten dient die Russische Grippe in solchen Werken eher als Vorbemerkung für Schilderungen der Spanischen Grippe, vgl. SELLWOOD, *History*, 43–44 und vgl. Donald EMMELUTH, *Influenza (= Deadly Diseases and Epidemics, New York 2003)*, 84.
 - 13 Vgl. VAGNERON, *presse*, 78.
 - 14 Richard J. EVANS, *Epidemics and Revolutions. Cholera in Nineteenth-Century Europe*, in: *Past & Present* 120 (1988), 123–146, hier 125.
 - 15 So ist bei dem auffälligen Nebeneinander von Revolutionen und Unruhen einerseits und dem Auftreten dieser Krankheit andererseits die Frage Kausalität vs. Korrelation verhandelt worden, vgl. SNOWDEN, *Epidemics* 234–235, 250–251 und vgl. EVANS, *Epidemics*, 143–146. Zudem führte die Seuche, neben der Pest und dem Gelbfieber, zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen Antikontagionisten und Kontagionisten, vgl. Erwin H. ACKERKNECHT, *Anticontagionism between 1821 and 1867*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 22/5 (1948), 562–593, hier 567–570.
 - 16 Exemplarisch im deutschsprachigen Raum: A. J. BOSSERS, *Die Geschichte der Influenza und ihre nervösen und psychischen Nachkrankheiten* (Leiden 1894); E[rnst] LEYDEN / S. GUTTMANN im Auftrag des Vereins für Innere Medizin in Berlin, Hg., *Die Influenza-Epidemie 1889/90* (Wiesbaden 1892); O[tto] LEICHTENSTERN, *Influenza und Dengue (= Spezielle Therapie und Pathologie* 4, Wien 1896); A. RIPPERGER, *Die Influenza. Ihre Geschichte, Aetio-*

für ein wegweisendes Werk des US-amerikanischen Medizinhistorikers K. David Patterson zur historischen Epidemiologie nicht nur dieser Influenzaseuche.¹⁷ Die Russische Grippe war zudem Gegenstand wissenschaftsgeschichtlicher Untersuchungen, die den zeitgenössischen medizinischen Diskurs thematisierten.¹⁸

Einen anderen Ansatz verfolgte dagegen ein 1995 erschienener Aufsatz, der sich mit der Sozial- und Kulturgeschichte der Russischen Grippe im Vereinigten Königreich befasste. Sein Autor, F. B. Smith, argumentierte, die Pandemie habe dort (und in Westeuropa) zum Pessimismus des *Fin de Siècle* beigetragen, weil einerseits bei Erkrankten häufig das Nervensystem befallen und andererseits die Schwäche der Gesellschaft offengelegt worden sei. Zu letzterem hätten etwa Ausfälle des öffentlichen Lebens wegen der hohen Zahl von Kranken in gesellschaftlich wichtigen Bereichen beigetragen, wie in Telegrafämtern. Der pessimistische Geist könnte einen Anstieg der Suizidraten bis 1893 mitverursacht haben.¹⁹ Dieser Ansicht folgte der Historiker Mark Honigsbaum, der mit mehreren Werken zur Russischen Grippe im Vereinigten Königreich heraussticht.²⁰ Ihm zufolge habe die Seuche wegen der allgegenwärtigen Medienberichterstattung und dem Fokus etwa auf mit der Influenza in Verbindung gebrachten Psychosen und Selbstmorden großes Grauen in der britischen Gesellschaft ausgelöst.²¹ Zieht man die rege Publikationstätigkeit der Tageszeitungen zur Russischen Grippe in Betracht, so kann man jedenfalls feststellen, dass es neben der realen Pandemie auch eine mediale gegeben hat.²² Daher verwundert es nicht, dass sich einige Studien der Seuche aus einer spezifisch mediengeschichtlichen Perspektive angenommen haben und die Presseberichterstattung zur Seuche in bestimmten geografischen Räumen analysierten, etwa jene in Posen, Paris, London oder den Vereinigten Staaten.²³

logie, Epidemiologie, Symptomatologie und Therapie sowie ihre Komplikationen und Nachkrankheiten (München 1892) und im britischen Raum insbesondere [Henry Franklin] PARSONS, Report on the Influenza Epidemic of 1889–90 (London 1891).

17 Zur Pandemie ab 1889 siehe das vierte Kapitel in der Studie, vgl. PATTERSON, Influenza, 49–82.

18 Vgl. Michael BRESALIER, ‘A Most Protean Disease’. Aligning Medical Knowledge of Modern Influenza, 1890–1914, in: *Medical History* 56/4 (2012), 481–510, <https://doi.org/10.1017/mdh.2012.29> und vgl. Lori LOEB, Beating the Flu. Orthodox and Commercial Responses to Influenza in Britain, 1889–1919, in: *Social History of Medicine* 18/2 (2005), 203–224, <https://doi.org/10.1093/sochis/hki030>.

19 Vgl. SMITH, Influenza, 58–60, 69–73.

20 Vgl. etwa Mark HONIGSBAUM, The ‘Russian’ Influenza in the UK. Lessons Learned, Opportunities Missed, in: *Vaccine* 29/Suppl. 2 (2011), B11–B15, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.03.063>.

21 Vgl. Mark HONIGSBAUM, The Great Dread. Cultural and Psychological Impacts and Responses to the ‘Russian’ Influenza in the United Kingdom, 1889–1893, in: *Social History of Medicine* 23/2 (2010), 299–319, hier 315–316, <https://doi.org/10.1093/shm/hkq011>.

22 Vgl. Bogumiła KEMPIŃSKA-MIROSLAWSKA / Agnieszka WOŹNIAK-KOSEK, The Influenza Epidemic of 1889–90 in Selected European Cities – a Picture Based on the Reports of Two Poznań Daily Newspapers From the Second Half of the Nineteenth Century, in: *Medical Science Monitor* 19 (2013), 1131–1141, hier 1131, <https://www.doi.org/10.12659/MSM.889469>; vgl. HONIGSBAUM, Dread, 300 und vgl. VAGNERON, presse, 79.

23 Vgl. KEMPIŃSKA-MIROSLAWSKA / WOŹNIAK-KOSEK, Influenza, 1131–1141; vgl. VAGNERON, presse, 78–95; vgl. James MUSSELL, Pandemic in Print. The Spread of Influenza in the Fin de Siècle, in: *Endeavour* 31/1 (2007), 12–17, <https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2007.01.008>; vgl. E. Thomas EWING / Veronica KIMMERLY / Sinclair EWING-NELSON, Look out for ‘La Grippe’. Using Digital Humanities Tools to Interpret Information Dissemination During the Russian Flu, 1889–90, in: *Medical History* 60/1 (2016), 129–131, <https://doi.org/10.1017/mdh.2015.84>; vgl. E. Thomas EWING, Will It Come Here? Using Digital Humanities Tools to Explore Medical Understanding During the Russian Flu Epidemic, 1889–90, in: *Medical History* 61/3 (2017), 474–477, <https://doi.org/10.1017/mdh.2017.53>.

Insgesamt stellt also die Auseinandersetzung mit der Pandemie in der Donaumonarchie noch ein Forschungsdesiderat dar, wobei dieser Beitrag erste Beobachtungen zur emotionalen Wahrnehmung der Russischen Grippe im genannten Raum vornehmen möchte. Das Rückgrat der Untersuchung stellen (deutschsprachige) Zeitungen dar, die sich für die Beantwortung der Frage gut eignen, da sie in dieser Zeit – nicht nur im Habsburgerreich – bedeutende Konstituenten des gesellschaftlichen Diskurses darstellten.²⁴ Um diesen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu erfassen, wurden Zeitungen unterschiedlicher Orte und Couleurs erfasst, etwa das christlich-soziale *Grazer Volksblatt*, die sozialdemokratische *Arbeiter-Zeitung* oder die liberale *Neue Freie Presse*.²⁵ Einbezogen wurden neben Tageszeitungen auch seltener erschienene Publikationen und mehrere Satireblätter.²⁶ Die Wahl richtete sich insbesondere nach dem Ausmaß und der Zahl der Berichte zum Thema.²⁷ Im engeren Sinne medizinische Quellen finden sich etwa im *Österreichischen Sanitätswesen*, angesichts der Fragestellung kommen sie hier jedoch nur in zweiter Linie zu Wort.²⁸ Der hier untersuchte Zeitraum reicht bis in das Jahr 1895, denn die Erfassung von späterer Berichterstattung würde den zur Verfügung stehenden Rahmen sprengen.²⁹

Eine wichtige Vorbemerkung ist zur Frage der Zensur angebracht. Da es unter der Regierung von Eduard Taaffe neuerlich zu Begrenzungen der Pressefreiheit gekommen war, scheint es prinzipiell nicht ausgeschlossen, dass die Behörden die Berichterstattung über die Influenza zensurierten.³⁰ Ein solches Vorgehen ist später etwa auch bei der Spanischen Grippe dokumentiert, die ihren Namen deshalb erhielt, weil die spanische Presse frei berichten konnte und daher der Eindruck entstand, sie sei dort zuerst aufgetreten.³¹ Doch lassen sich zensierte Nachrichten bei der Russischen Grippe nicht feststellen. Zum einen konnten etwa Informationen aus St. Petersburg (wo die Krankheit zum ersten Mal größere Aufmerksamkeit erregte) ungehindert ihren Weg nach Westen gehen, zum anderen finden sich keine juristischen Anhaltspunkte für eine strenge Zensur betreffend die Influenzapandemie.³²

24 Vgl. Gabriele MELISCHEK / Josef SEETHALER, Die Tagespresse der franzisko-josephinischen Ära, in: Matthias Karmasin / Christian Oggolder, Hg., Von den frühen Drucken zur Ausdifferenzierung des Mediensystems (1500 bis 1918) (= Österreichische Mediengeschichte 1, Wiesbaden 2016), 167–192, hier 181–184; vgl. Karl VOCELKA, Geschichte Österreichs. Kultur – Gesellschaft – Politik (München 2002), 259 und vgl. VAGNERON, presse, 93.

25 Vgl. MELISCHEK / SEETHALER, Tagespresse, 183–184.

26 Vgl. auch HONIGSBAUM, Dread, 303–304, der ebenso Satireblätter berücksichtigt.

27 Danke an die anonym begutachtende Fachperson für die Anregung, die Quellenauswahl umfassender zu erläutern als in der ursprünglichen Version des Manuskripts.

28 Danke an Christian Promitzer für den Hinweis auf diese Quellen.

29 Unabhängig von der Frage, ab wann nicht mehr vom pandemischen Charakter der Influenza gesprochen werden kann, lässt sich festhalten, dass im Folgejahr und im nachfolgenden Jahr die Zahl der Artikel zu dem Thema in der Tagespresse der Donaumonarchie rapide gesunken, gegen Ende des Jahrhunderts allerdings wieder gestiegen zu sein scheint.

30 Vgl. Brigitte MAZOHL, Die Habsburgermonarchie 1848–1918, in: Thomas Winkelbauer, Hg., Geschichte Österreichs. 2. durchg., aktual. und erw. Aufl. (Stuttgart 2016), 391–476, hier 415–416.

31 Vgl. Daniel FLECKNOE / Benjamin Charles WAKEFIELD / Aidan SIMMONS, Plagues & Wars. The ‘Spanish Flu’ Pandemic as a Lesson from History, in: *Medicine, Conflict and Survival* 34/2 (2018) 61–68, hier 63, <https://doi.org/10.1080/13623699.2018.1472892>.

32 In einer Anweisung des k. k. Ministeriums des Innern wurden die Landesbehörden beispielsweise nur angehalten, unter anderem die Krankheitsfälle in Evidenz zu halten, der Verbreitung nachzugehen und in den Krankenhäusern für ausreichende Behandlungskapazitäten zu sorgen, vgl. Erlass des k. k. Ministeriums des Innern vom 10. Dezember 1889, Z. 22988, an alle politischen Landesbehörden, betreffend die Berichterstattung und die Vorkehrungen beim Auftreten von Influenza, zit. n.: Das österreichische Sanitätswesen. Organ für die Publicationen des k. k.

Anamnese im Sauseschritt

Die Influenza oder „echte“ Grippe ist von umgangssprachlich ebenfalls als „Grippe“ bezeichneten grippalen Effekten (Erkältungen) zu unterscheiden. Erstere ist eine Infektionskrankheit, die durch Influzaviren verursacht wird, aber nicht zwingend mit Symptomen wie Schwächung einhergehen muss.³³ Die Russische Grippe gilt als die letzte Influzapandemie des 19. Jahrhunderts, also als gravierender, globaler Ausbruch dieser Krankheit. Die bis dahin letzte größere Epidemie in Europa hatte 1847 stattgefunden, daher traf die Influenza die Welt 1889 unvorbereitet.³⁴

Der Ort des ersten Auftretens der Pandemie lässt sich nicht zweifelsfrei klären, lag aber am ehesten im russisch kontrollierten zentralasiatischen Buchara (heutiges Usbekistan). Von der neuartigen Krankheit berichtete retrospektiv erstmals der Chefarzt beim Bau der Transkaspischen Eisenbahn, Oscar Heyfelder – und nicht Johann (Ferdinand) Heyfelder.³⁵ Die zeitgenössische Fachwelt folgte dieser Sichtweise mehrheitlich.³⁶ Im November hatte die Influenza begonnen, in St. Petersburg um sich zu greifen.³⁷ Von dort gelangte sie in Windeseile nach ganz Europa und darüber hinaus, so trat etwa in den Vereinigten Staaten ihr Höhepunkt 70 Tage nach jenem in St. Petersburg auf.³⁸ Eventuell trat der erste Fall in der Habsburgerhauptstadt am 30. November auf, am 10. Dezember stellte man dort das epidemische Ausmaß fest, auch wenn das der Chefarzt der Gesundheitsbehörde zunächst in Abrede stellte. Zum gleichen Zeitpunkt soll etwa Brünn erfasst worden sein, kurz vor Weihnachten auch Budapest und andere Städte. Dabei seien in Wien ein Drittel bis zwei Fünftel der Bevölkerung erkrankt.³⁹ Dies

Obersten Sanitätsrates 1/51 (1889), 467–468. Bemerkenswerterweise ist dieser Erlass in der Datenbank historischer Rechtsnormen der Österreichischen Nationalbibliothek nicht auffindbar.

- 33 Vgl. J[onathan] VAN-TAM, Seasonal Influenza. Epidemiology, Clinical Features and Surveillance, in: Ders. / Chloe Sellwood, Hg., Introduction to Pandemic Influenza (Wallingford 2010), 1–13, hier 5.
- 34 Vgl. PATTERSON, Influenza, 43–51. Übrigens fand eine Studie zu einer Grippeepidemie 1833 in Wien am Beginn der Pandemie (Anfang 1890) in den Medien Erwähnung, vgl. Brigitte LOHFF, Die Josepshs-Akademie im Wiener Josephinum. Die medizinisch-chirurgische Militärakademie im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik 1785–1874 (Wien–Köln–Weimar 2019), 141.
- 35 Sein Vorname scheint in den Quellen nicht direkt auf. In der Literatur wird er als Johann (Ferdinand) Heyfelder wiedergegeben, vgl. HONIGSBAUM, Dread, 301. Allerdings ist dies ein Lapsus, Johann (Ferdinand) war bereits 1869 verstorben; bei Oscar handelt es sich um seinen Sohn, vgl. Art. Gejfel’der, Iogann Ferdinand, in: Russkij biografičeskij slovar’ Bd. 4 (Moskva 1914), 369–370 und Art. Gejfel’der, Oskar Ferdinandovič, in: ebd., 370–372. Der im Winter publizierte Bericht beschreibt den Ausbruch in Buchara im Frühjahr 1889. Im Dezember war sich Heyfelder sicher, dass die bucharische Epidemie, dann die in St. Petersburg und Moskau und später in vielen anderen Städte auf ein und dieselbe Krankheit zurückzuführen seien, vgl. [Oscar] HEYFELDER, Zur Influenza-Epidemie in St. Petersburg, in: Wiener Klinische Wochenschrift 2/51 (1889), 986–988.
- 36 Allerdings hielt man in einem 1894 erschienenen Artikel in *The Lancet* auch Sibirien als Herkunftsort für möglich, vgl. HONIGSBAUM, Dread, 301–302.
- 37 Vgl. PARSONS, Report, 14 und vgl. LEICHTENSTERN, Influenza, 12.
- 38 Vgl. VALLERON u. a., Transmissibility, 8778.
- 39 Vgl. PARSONS, Report, 18–19. Allerdings darf die Verlässlichkeit dieser Zahlen wohl auch angezweifelt werden, vgl. Bericht über die Influenza-Epidemie in Oesterreich zu Ende 1889 und im Beginne des Jahres 1890, verfasst mit Berücksichtigung der von der medicinischen Akademie in Paris aufgestellten Fragepunkte, in: Das österreichische Sanitätswesen. Organ für die Publicationen des k. k. Obersten Sanitätsrates 3/Beilage zu 5 (1891), 5–38, hier 29.

stellte aber nur den ersten Ausbruch der Seuche dar, denn weitere Krankheitswellen sollten folgen.⁴⁰

Die Sterblichkeit durch die Russische Grippe zu beziffern, wirft erhebliche Unsicherheiten auf.⁴¹ In der Symptomatik zeigte die Influenza nach Ansicht der zeitgenössischen Fachwelt jedenfalls einen uneinheitlichen Charakter mit sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen. Unterteilt wurden mehrere Influenza-Subtypen, neben der „klassischeren“ katarrhalischen Form (also Entzündungen des Atmungsapparates) wurde etwa eine Form identifiziert, die sich durch Erkrankungen im Nervensystem auszeichnete.⁴²

Die Grippe (!?) vermehrt sich in erschreckender Weise⁴³

Wie in anderen Ländern griffen auch die Medien im Habsburgerreich die Russische Grippe rasch auf und meldeten den Ausbruch einer sonderbaren Krankheit in St. Petersburg.⁴⁴ Am 30. November brachte die *Neue Freie Presse* unter Berufung auf eine andere Zeitung die Meldung, dass der Zar indisponiert sei, „in der Stadt herrsche die *Grippe* (!?) viel *stärker*, als

40 Honigsbaum geht für das Vereinigte Königreich davon aus, dass es drei Krankheitswellen gegeben habe, wobei die zweite im Frühjahr 1891 und die dritte im Winter der Jahre 1891/1892 stattgefunden habe. Daraufhin sei es möglicherweise noch zu einem weiteren, vierten Ausbruch gekommen, vgl. HONIGSBAUM, Influenza, B11. Allerdings finden sich zeitgenössische Datierungen, die teils nur von einem Ausbruch im Winter 1889/1890 sprechen. Bisweilen geht die Datierung aber auch bis 1892, so schreibt etwa ein 1909 erschienenes medizinisches Nachschlagewerk von einem Abklingen des pandemischen Charakters mit Jahresende 1891, wobei die Krankheit seitdem in geringerem Umfang entweder epidemisch oder endemisch aufgetreten sei, vgl. Art. Influenza, in: Albert Eulenburg, Hg., Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medizinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte, Bd. 7, 4., gänzl. umbearb. Aufl. (Berlin–Wien 1909), 311–337, hier 313. Von einem epidemischen Auftreten der Seuche in Wien im Frühjahr 1895 berichten verschiedene Quellen, wobei sehr wenig Todesfälle aufgetreten sein sollen, vgl. Bericht über die diesjährige Influenza-Epidemie in Wien, in: Das österreichische Sanitätswesen. Organ für die Publicationen des k. k. Obersten Sanitätsrathes 7/18 (1895), 167–170, hier 168–169 und vgl. auch etwa Feldkircher Zeitung (20. März 1895), 2.

41 Die Zahl der weltweiten Todesfälle in Summe ist umstritten, einer Angabe zufolge sollen etwa 300.000 Menschen an der Influenza gestorben sein, vgl. SELLWOOD, History, 43. Einer anderen Schätzung nach soll ein Wert dieser Größenordnung (nämlich mehr als 250.000 Tote) allein in Europa erreicht worden sein, die Zahl der weltweiten Todesopfer wird dabei als etwa doppelt bis dreifach so hoch vermutet, vgl. EMMELUTH, Influenza, 84. Eine vergleichbare Zahl (ca. 270.000–360.000 Tote) nennt Patterson für Europa, zu dem er auch den westlich vom Ural gelegenen Teil Russlands zählt, vgl. PATTERSON, Influenza, 72. Allerdings waren anfangs etwa im Vereinigten Königreich Ärzte bei der Angabe von Influenza als Todesursache zurückhaltend, vgl. HONIGSBAUM, Dread, 306. Für Aufzeichnungen der Sterblichkeitsraten verschiedener österreichischer Orte um die Jahreswende 1889/90 vgl. Bericht über die Influenza-Epidemie in Oesterreich zu Ende 1889, 36.

42 Vgl. BRESALIER, Disease, 498–500; vgl. auch Bericht über die Influenza-Epidemie in Oesterreich zu Ende 1889, 31.

43 Die folgenden Überschriften bis zum Fazit sind in adaptierter und/oder kompilierter Form Auszüge aus im Text folgenden wörtlichen Zitaten. Die Rechtschreibung der Quellen wurde beibehalten.

44 Auch wenn der Konnex nicht unmittelbar klar war, waren schon zuvor im Sommer Meldungen über die Seuche erschienen, nämlich über den Ausbruch in Buchara vgl. etwa Wiener Zeitung (2. August 1889), 5; vgl. Mährisches Tagblatt (2. August 1889), 7 und vgl. Deutsches Volksblatt (2. August 1889, Morgen-Ausgabe), 8. In der nichtmedizinischen Presse findet sich erst im März 1890 eine versteckte Notiz zu einem Beitrag, den der Staatsrat Otto [sic] Heyfelder geschrieben habe, nämlich *Die Sommerepidemie in Buchara und die Influenza des Winters 1889/90*, allerdings ist dies die einzig auffindbare Nachricht in der nicht an Mediziner gerichteten Presse, vgl. Bücherschau, in: Villacher Zeitung (22. März 1890), 6. Es sei darauf hingewiesen, dass bei Zeitungen, die über mehrere Ausgaben an einem Tag verfügen, die Bezeichnung des Titels der betreffenden Ausgabe entspricht.

allgemein verlaute; auch ein *Mitglied der Kaiserfamilie* leide daran.⁴⁴⁵ Diese Zeile verdient sorgfältige Lektüre, lässt sie doch erahnen, wie die Verfasser die Botschaft empfunden haben dürften. Offenbar war die Redaktion verwundert über die eigene Berichterstattung, verdeutlicht durch die in Klammer gesetzten Satzzeichen. Eine solche Mitteilung kann auch nur zum Stirnrunzeln verleitet haben, lag doch die letzte große Influenzaseuche mehr als 40 Jahre zurück.

Die *Neue Freie Presse* druckte an diesem Samstag nur ebenjene als kryptisch zu bezeichnende Botschaft ab, das *Mährische Tagblatt* hingegen war da schon ausführlicher unterrichtet:

„Nach Meldungen aus St. Petersburg grassiert dort jetzt eine Epidemie, welche die Aufmerksamkeit aller medizinischen Kreise auf sich zieht und seitens der Staatsbehörden schon Gegenstand eingehender Erörterungen gewesen [ist]. Es ist offiziell festgestellt worden, daß die Krankenhäuser von Patienten des neuen Leidens überfüllt sind, und daß sich die Zahl der Erkrankungen in Kasernen, Fabriken und Privathäusern täglich in erschreckender Weise vermehrt.“⁴⁴⁶

Wird hier die mit Unsicherheit verbundene Bestürzung deutlich, so trachtete man gleichzeitig auch danach, die Botschaft abzumildern, denn der Artikel gab sich betont hoffnungsvoll, dass an dem rätselhaften neuen Leiden noch niemand gestorben sei. Dies sei „beruhigend, denn allem Anscheine nach scheint dieser orientalische Gast von dem Zuge nach dem Westen ergriffen zu sein und wir dürften Aussicht haben, ihn binnen Kurzem auch bei uns zu sehen.“⁴⁴⁷ Mit diesen Vorhersagen sollte diese Zeitung bemerkenswerterweise sowohl richtig (in Bezug auf das baldige Kommen) als auch falsch (in der optimistischen Einschätzung der Ungefährlichkeit) liegen und damit einem Orakel in nichts nachstehen.

Da dieses Leiden offensichtlich neu war, bestand Erklärungsbedarf, der schnell zu stillen war. Bald schrieb das *Neue Wiener Tagblatt*, die Influenza trete seit Jahrhunderten schon immer zuerst in Russland auf, von wo aus sie immer einen süd-westlichen Kurs durch Europa genommen habe. Außerdem vermeldete die Zeitung, dass die Wiener Fachwelt den Ursprung der Krankheit bei Seen nordöstlich von St. Petersburg vermute, wo sich Krankheitskeime bei einem abrupten Wechsel der Temperatur bildeten.⁴⁸ Die *Presse* wusste zu vermelden, dass Mediziner im Russischen Kaiserreich die Epidemie für den Vorläufer einer Cholera-Epidemie hielten, welche im Frühling zu erwarten sei.⁴⁹ Dieser Hinweis auf die Cholera dürfte wohl größeren Schrecken verursacht haben als die eigentliche Botschaft zur Grippe, war doch die Cholera unter anderem wegen der hohen Fallsterblichkeitsrate mit den Worten des US-amerikanischen Medizinhistorikers Frank M. Snowden „the most feared disease of the nineteenth century“⁵⁰, wohingegen die Grippe in der öffentlichen Vorstellung zumindest der ersten Tage verblassen musste. Der die Seuche als erster beschreibende Mediziner Heyfelder hielt dazu fest, dass die Öffentlichkeit mit gesicherten Informationen versorgt werden sollte. Er ging nämlich davon aus, dass Panik in der Bevölkerung der Cholera einen Nährboden bereiten könnte.⁵¹

45 *Neue Freie Presse* (30. November 1889, Morgenblatt), 7. Die hier kursiv gesetzten Satzteile sind im Original in Sperrsatz gedruckt.

46 *Mährisches Tagblatt* (30. November 1889), 6: Die merkwürdige Krankheit.

47 Ebd.

48 *Vgl. Neues Wiener Tagblatt* (6. Dezember 1889), 3: Eine Grippe-Epidemie.

49 *Vgl. Die Presse* (3. Dezember 1889), 4.

50 SNOWDEN, *Epidemics*, 234.

51 *Vgl. HEYFELDER, Influenza-Epidemie, 986–988.*

Dass die Grippe als Vorbote einer kommenden Cholera zu verstehen sein könne, verneinte die Presse unter Berufung auf einen von der *Times* zitierten britischen Experten entschieden.⁵² Dem widersprach zwar laut *Neuer Freier Presse* ein Petersburger Medizinprofessor, denn der habe bereits fünf Epidemien der Cholera erlebt und bislang sei noch einer jeden eine Influenza vorausgegangen. Aber auch ein hiesiger Experte ließ dieses Argument nicht gelten.⁵³ Der beschwichtigenden Funktion der Wiedergabe dieser Einschätzung war sich die Redaktion der *Presse* bewusst, denn die Einschätzung des britischen Fachmanns gab das Blatt mit den einleitenden Worten wieder, man wolle diesen Artikel „umso lieber reproduciren, als er in der That beruhigend“⁵⁴ sei.

Weniger beruhigend dürften dagegen die Berichte gewesen sein, wonach es wirke, als litten alle „Schichten der Bevölkerung vom Kaiser bis zu den Arbeitern an einer, wenn auch nicht gefährlichen, so doch peinigenen und lähmenden Grippe.“⁵⁵ Denn hier klang schon früh ein Motiv der Wahrnehmung der Influenza als „demokratische“ Krankheit an, die alle – und nicht vorwiegend einzelne (ärmere) Teile der Bevölkerung – betreffen konnte. Bald hieß es, die Influenza habe „eine Ausdehnung und Heftigkeit erreicht, wie sie von der jetzigen Generation noch nicht erlebt worden ist.“⁵⁶ Während manche Blätter noch meldeten, dass die Krankheit keinen tödlichen Verlauf nehme, berichtete die *Neue Freie Presse* schon von Strebefällen, die auf Entzündungen der Atmungsorgane zurückgingen. Diese seien „Todesursache in den bisher spärlichen Fällen mit letalem Ausgang gewesen.“⁵⁷ Das hinderte aber etwa das *Vaterland* nicht, noch am nächsten Tag die Krankheit als zwar ansteckend, aber ungefährlich zu klassifizieren.⁵⁸ Wenn manche dieser Nachrichten vielleicht zunächst noch beruhigend gewirkt haben sollten, so dürften die folgenden Adventtage schon viel weniger zur Ruhe und Gelassenheit beigetragen haben.

Die Stimmung ist eine ruhige, fast resignierte

Denn am 9. Dezember trat einigen Berichten zufolge die Influenza im Allgemeinen Krankenhaus auf, wobei unter den Erkrankten viele junge Assistenzärzte gewesen sein sollen.⁵⁹ Dem widersprach das *Neue Wiener Tagblatt*, im Krankenhaus herrsche keine Epidemie, nur der Schnupfen sei vermehrt aufgetreten.⁶⁰ An anderer Stelle hieß es, in der vergangenen Woche seien vermehrt Fälle von Katarrhen aufgetreten, die mit Kopfschmerzen und leichtem Fieber in Verbindung stünden. Von einer Epidemie könne aber zumindest vorläufig nicht die Rede sein

52 Vgl. Die Presse (6. Dezember 1889), 9: Die Influenza in Rußland.

53 Vgl. Neue Freie Presse (6. Dezember 1889, Morgenblatt), 5: Die Influenza-Epidemie in Petersburg.

54 Die Presse (6. Dezember 1889), 9: Die Influenza in Rußland. Vgl. auch HONIGSBAUM, Dread, 305, der den positiven Ton der Berichterstattung über den Gesundheitszustand des britischen Premierministers in der *Times* festhält.

55 Innsbrucker Nachrichten (5. Dezember 1889), 8: Gesundheitsverhältnisse in der russischen Hauptstadt.

56 Neue Freie Presse (5. Dezember 1889, Abendblatt), 2: Die Influenza-Epidemie in Petersburg.

57 Ebd.

58 Vgl. Das Vaterland (6. Dezember 1889), 3: Die „Influenza“-Epidemie in Petersburg.

59 Vgl. Montags-Revue aus Böhmen (9. Dezember 1889), 6: „Influenza“ und vgl. Mährisches Tagblatt (9. Dezember 1889), 5: Der Blitzcatarrh.

60 Vgl. Neues Wiener Tagblatt (9. Dezember 1889), 3: Influenza-Gerüchte.

– eine Einschätzung, die schon zwei Tage später durch das Urteil eines Internisten hinfällig werden sollte.⁶¹ In der Woche vor Weihnachten gab es in den Krankenhäusern einen großen Andrang von Menschen, die an der neuen Krankheit litten.⁶² Dabei verursachten die sich aufsummierenden Krankheitsfälle erhebliche Einschränkungen. So schlossen in Wien kurz vor Weihnachten Schulen auf Anordnung der Behörde.⁶³ Auch im kulturellen Leben zeigten sich die massiven Auswirkungen. So hatte etwa am 23. Dezember 1889 eine Opernvorstellung in der Hauptstadt fast nicht stattfinden können, weil so viele Mitwirkende erkrankten. Auch Theater, Kaffeehäuser und Lokale litten unter den zahlreichen Erkrankungen.⁶⁴

Das war der Feierlaune offenbar wenig zuträglich. Die *Neue Freie Presse* stellte Ende Dezember fest, dass das Weihnachtsfest mit nur sehr wenig Energie in den bürgerlichen Haushalten der Hauptstadt begangen worden sei und nannte dafür zwei Gründe. Zum einen sei die kaufmännische Bilanz des Weihnachtsgeschäfts schlecht gewesen, zum anderen sei die Energielosigkeit mit der Influenza verbunden, die als „leidige Landplage“⁶⁵ bezeichnet wird. Denn in so gut wie jeder Familie, so das Blatt weiter, habe die Krankheit ein Mitglied befallen, „dessen Zustand allgemeines Bedauern und Mitgefühl weckte, während zugleich die noch verschont gebliebenen Familienmitglieder und Freunde der [sic] Besorgniß nicht los werden konnten, daß ihrer dasselbe Schicksal noch harre.“⁶⁶ Zwei Tage später hieß es in dieser Zeitung aber schon, trotz der Unvermeidlichkeit der Erkrankung herrsche keine Panik:

„[D]ie Stimmung unserer Stadt [ist] eine ruhige, fast resignirte, es hat sich eben Jedermann mit dem Gedanken vertraut gemacht, daß die fatale Influenza nächstens auch bei ihm anklopfen könne. Wie in Paris hat sich auch in Wien bereits die Redensart eingebürgert: ‚Haben Sie schon Ihre Influenza gehabt?‘“⁶⁷

Das zeigt das allzu menschliche Oszillieren zwischen Angst und Kapitulation vor der Gefahr. Gleichzeitig war die Stimmung keineswegs für alle ruhig. So gibt es etwa aus Gmunden Berichte, wonach die dortigen Ärzte „bis zur völligen Erschöpfung der eigenen Kräfte, ja bis zur Gefährdung der eigenen Gesundheit ihrem edlen, menschenfreundlichen Berufe sich hingaben“⁶⁸. Vergleichbare Berichte liegen wenig überraschend auch für andere Gebiete Österreich-Ungarns vor.⁶⁹

61 Vgl. *Neue Freie Presse* (9. Dezember 1889, Abendblatt), 2: Influenza? und vgl. *Linzer Volksblatt* (12. Dezember 1889), 4.

62 Vgl. *Influenza*, in: *Prager Abendblatt* (19. Dezember 1889), 3: Influenza.

63 Vgl. *Bregenzer Tagblatt* (24. Dezember 1889), 3.

64 Vgl. *Tages-Post* (24. Dezember 1889), 4.

65 *Neue Freie Presse* (27. Dezember 1889, Morgenblatt), 1: Weihnachten.

66 Ebd.

67 *Neue Freie Presse* (29. Dezember 1889, Morgenblatt), 7: Die Influenza.

68 *Tages-Post* (23. Januar 1890), 3: Familienabend der Feuerwehr – Gesundheitszustand.

69 So etwa für Galizien, vgl. *Badener Bezirks-Blatt* (29. Oktober 1891), 3: Die Influenza.

Die Wohlthätigkeit gebietet Hilfe

Die in der *Neuen Freien Presse* angesprochene ökonomische und psychische Belastung war aber nicht nur in gutbetuchten Kreisen zu spüren, sondern um vieles mehr auch bei den ärmeren Schichten. Während die liberale Zeitung den gleichmachenden Charakter der Influenza hervorhob, war die *Arbeiter-Zeitung*, das Organ der Sozialdemokratie, in diesem Punkt entschieden anderer Meinung.⁷⁰ Zwar gestand sie ein, dass es Kranke in so gut wie jeder Familie gebe, doch wirke sich das nicht im gleichen Maße auf alle aus: „Die Influenza wüthet seit Wochen und fordert natürlich in dem schlecht ernährten, elend wohnenden Proletariate die meisten Opfer.“⁷¹ Besonders beklagte das Blatt aber nicht die Krankheit an sich.

Ein viel größeres Problem sei, dass die Arbeiterschaft nun zeitweise nicht mehr ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen konnte. Das Auskommen mit dem Einkommen erschwerte sich zusätzlich dadurch, dass wegen der vielen Krankheitsfälle auch die neu entstandenen Krankenversicherungskassen nicht ausreichend Abhilfe leisten. So musste etwa die Krankenkasse der Holzarbeiter am 8. Jänner 1890 ihre Unterstützungszahlungen senken; an ihre männlichen Mitglieder sollten pro Woche statt fünf Gulden nur mehr drei ausbezahlt werden, an weibliche statt vier nur mehr drei. Die *Arbeiter-Zeitung* meinte, die Arbeiterschaft erkrankte besonders häufig, daher seien Unterstützung und Solidarität notwendig, um weiteren Schaden abzuwenden. Die Kassen hätten folglich beim Magistrat angefragt, aber dieser habe zunächst nur auf die Bezirkskrankenkasse verwiesen, monierte das Blatt. Es könne nicht sein, dass man gerade im Falle einer Erkrankung Tausende von Arbeiterfamilien hungern lasse. Eine rasche Bereitstellung von Mitteln koste für Wien nicht einmal 100.000 Gulden, die von der Regierung eingefordert wurden.⁷²

Tatsächlich debattierte auch der Wiener Gemeinderat Hilfsmaßnahmen. In einer Sitzung Anfang Jänner 1890 suchte er nach Lösungen für das Problem, wobei es sich merkbar um ein parteienübergreifendes Anliegen handelte. So erklärte etwa der liberale Kommunalpolitiker Josef Matzenauer nachdrücklich:

„[Durch den Zahlungsausfall würde] ein sehr berücksichtigungswürdiger Theil der Bevölkerung, erwerbsunfähige Arbeiter und deren Familien in die bitterste Nothlage versetzt werden [...], daß es die öffentliche Wohlthätigkeit gebietet, bei so unverschuldeter und nicht voraussehender Nothlage helfend einzugreifen“⁷³.

Schließlich beschloss der Wiener Gemeinderat einstimmig Hilfen in der Höhe von wenigstens 10.000 Gulden, bei Bedarf auch mehr. Weiters konnten die Arbeiterkrankenkassen mit der Regierung eine Lösung in Form von zinsfreien Darlehen finden. Trotz dieser Einigung und der Hoffnung, dass die Krankheit zurückgehen werde, so kritisierte das Organ der Sozialdemokra-

70 Vgl. etwa Neue Freie Presse (5. Dezember 1889, Abendblatt), 2: Die Influenza-Epidemie in Petersburg.

71 Arbeiter-Zeitung (10. Jänner 1890), 1–3: Der Nothstand der Wiener genossenschaftlichen Krankenkassen.

72 Vgl. ebd. und Arbeiter-Zeitung (10. Jänner 1890), 9. Das Ausmaß der Mehrbelastung wegen der vielen an der Influenza Erkrankten lässt sich auch an einer Meldung vom Februar 1890 erahnen, in der es heißt, dass am Höhepunkt der Epidemie im Dezember und Jänner mehr als die Hälfte aller der Allgemeinen Steiermärkischen Arbeiterkranken- und Unterstützungskasse gemeldeten Krankheitsfälle mit der Influenza in Verbindung gestanden sei. Vgl. Grazer Volksblatt (15. Februar 1890), 3: Influenza.

73 Deutsches Volksblatt (8. Jänner 1890, Morgen-Ausgabe), 3: Die Genossenschafts-Krankencassen.

tie, zeige dieser Fall das Versagen der unfähigen Regierung des Grafen Taaffe. Denn als von einer Krankenkasse bekannt geworden sei, dass sie vor dem Zahlungsausfall stünde, habe dies große Verunsicherung ausgelöst. Und obwohl die Regierung sich den Schutz der öffentlichen Ruhe und Ordnung auf die Fahnen geheftet habe, sei sie erst auf Bitten der Betroffenen eingeschritten. Dabei sei es das gute Recht der Erkrankten, dass die Öffentlichkeit ihnen helfe. Denn erstens sei die Versicherung der Arbeiter gesetzlich vorgesehen und zweitens erwirtschaftete die Arbeiterschaft den Reichtum, von dem ihr ein komplexes Steuersystem beinahe alles abpresse.⁷⁴ Dies verdeutlicht den wirtschaftlichen Druck, der in der Arbeiterschaft zu Beginn der Seuche herrschte.⁷⁵

Gemüthsherabstimmung, Trübsinn und Momente der Geistesverwirrung

Wie bereits erwähnt, war die Influenza durch ihre vielgestaltige Symptomatik gekennzeichnet. Ein genesener Wiener Arzt beschrieb den Verlauf seiner Erkrankung wie folgt:

„Bevor die Krankheit zum Ausbruch gekommen war, ist eine zweitägige Mattigkeit vorhergegangen. Plötzlich nahm diese so zu, daß sie bis zur Schlagsucht sich steigerte; sie war von Gemüths-herabstimmung begleitet. Dieses Depressions-Stadium wich aber bald einer heftigen Inflammation. Es stellten sich Kopfschmerzen ein und die Körpertemperatur stieg bis auf 40,2 Grad. Zwei Tage lang dauerte das Fieberstadium [...]. Reichliche Dosen von Cognac, heißem Thee und Rothwein brachten Erleichterung. Nach zwei Tagen nahm das Fieber ab, sank plötzlich auf 39 und am nächsten Tage schon auf 37 Grad, und ebenso schnell, wie die Krankheitserscheinungen aufgetreten waren, verschwanden sie auch, ohne weitere Nachwirkungen zurückzulassen.“⁷⁶

Doch nicht alle hatten das Glück, die Krankheit in nur wenigen Tagen und ohne bleibende Schäden zu überstehen, wie die zeitgenössische Diskussion über Komplikationen offenbart. Darunter stachen die Erkrankungen des Nervensystems hervor. In einer Erhebung des Berliner *Vereins für Innere Medicin* unterstrichen rund 92 Prozent der befragten Ärzte die große Bedeutung der neurologischen Symptome, wobei Kopfschmerzen und Erschöpfung besonders häufig genannt wurden. Obwohl nur etwa ein Viertel der Befragten Erschöpfungssymptome gesondert aufführte, vermutete der Autor des Berichts, dass in weitaus mehr Krankheitsfällen solche Symptome zumindest in leichter Form aufgetreten seien. Die antwortenden Mediziner meldeten außerdem Schwindel und Schlaflosigkeit.⁷⁷

Derartige Berichte finden sich auch in der Tagespresse, so schrieb etwa das *Neuigkeits-Welt-Blatt* von mehreren Fällen von Schlagsucht bei an der Influenza Genesenen in Groß-Schenk-witz. Die Betroffenen sollen „von einem lethargischen Zustande befallen worden sein, welcher

74 Vgl. Arbeiter-Zeitung (10. Jänner 1890), 1–3: Der Nothstand der Wiener genossenschaftlichen Krankenkassen.

75 Vgl. dazu auch HONIGSBAUM, Dread, 308, der von der Schaffung eines Notfallfonds für um ihren Lohn gebrachte Hilfskräfte im britischen Sheffield berichtet.

76 Die Presse (12. Dezember 1889), 10: Ueber die Influenza.

77 Vgl. Wilh[elm] ZÜTZER, Symptome der Nerven, in: E[rnst] Leyden / S. Guttman im Auftrage des Vereins für Innere Medicin in Berlin, Hg., Die Influenza-Epidemie 1889/90 (Wiesbaden 1892), 97–100, hier 97–98.

vier Tage (?) dauerte⁷⁸ und wovon sie „mit dem Gefühle ungeheurer Erschöpfung“⁷⁹ erwachten. Und in einem Bericht des *Österreichischen Sanitätswesens* aus dem Jahr 1891 mit Blick auf den Ausbruch 1889/90 hieß es, als häufige Komplikationen seien „lang andauernde Mattigkeit, Hinfalligkeit, leichte Ermüdung, zeitweilige Kopfschmerzen, Schwere in den Gliedern und gedrückte Gemüthsstimmung“⁸⁰ beobachtet worden, woraus geschlossen wurde: „Diese so vielseitigen, eingreifenden und nachhaltigen Störungen der Gesundheit, welche die Influenza im Gefolge hatte, lassen die Influenza *als eine keineswegs harmlose Krankheit* erscheinen.“⁸¹ Wie das Fazit verdeutlicht, wurden die psychisch belastenden Symptome von der Fachwelt durchaus ernst genommen.

Für das *Grazer Tagblatt* waren die vielen mit der Grippe in Verbindung gebrachten Erkrankungen des Nervensystems jedenfalls wenig überraschend. Denn heute seien die Nerven bei vielen Menschen ständig erregt und dadurch geschwächt, daher erkläre sich auch, dass die Influenza nun viel häufiger auftrete als im Laufe der letzten paar hundert Jahre. Diejenigen, die nicht an der Grippe erkrankten, seien ausgeglichener und litten durch häufige Bewegung auch nicht an Verdauungsstörungen, so die Zeitung. Vielleicht könne man in der Seuche also einen Sinn sehen: „[S]ie soll die Menschen aufrütteln zu besserer Lebensführung. So, wie wir jetzt wirtschaften, kommen wir mit unsern Nerven allmählich in die Brüche.“⁸² Über die Wirksamkeit dieser fast zeitlos anmutenden Ratschläge ist nichts bekannt, doch lässt sich feststellen, dass über einen Konnex zwischen solchen Nervenleiden und Suiziden berichtet wurde, vor allem von Fällen außerhalb Österreich-Ungarns.

Denn schon in den Kalenden des März 1890 berichtete das *Prager Tagblatt* von einem Tod in einer Ortschaft in Nebraska. Ein Mesner sei wegen der Influenza während des Gottesdienstes wahnsinnig geworden, habe kurz auf der Orgel gespielt und sei dann vom Kirchturm aus in den Tod gesprungen, so das Blatt.⁸³ Generell wurde aus den Vereinigten Staaten von einem Anstieg der Selbstmorde unter Personen gemeldet, die an Komplikationen durch die Influenza litten.⁸⁴ Die *Neue Freie Presse* schrieb dabei einmal mehr verwundert hinter dem Wort „Selbstmord“ ein eingeklammertes Fragezeichen.⁸⁵ Derartige Meldungen liegen zumindest vereinzelt auch für Österreich-Ungarn vor, so etwa über einen jungen Mann, der sich in einem steirischen Jagdschloss selbst tötete, nachdem er sich wegen der Influenza „in einem Momente der Geistesverwirrung“⁸⁶ befunden haben soll. Ähnlich liest sich die Nachricht von der Selbstentleibung einer Bäuerin, die seit der Erkrankung „in Trübsinn und Schwermuth“⁸⁷ verfallen sei oder über einen Budapester Architekten. Dieser sei infolge der Influenza „von einer großen Nervosität befallen [worden], die ihm jede Lust an der Arbeit verleidete.“⁸⁸ Im Jahr 1895 sprachen dann einige Zeitungen des Habsburgerreiches davon, dass beim jüngsten Ausbruch der Seuche in

78 Neugkeits-Welt-Blatt (16. März 1890), 4: Fälle von Schlafsucht?

79 Ebd.

80 Bericht über die Influenza-Epidemie in Oesterreich zu Ende 1889, 33.

81 Ebd. Die hier kursiv gesetzten Satzteile sind im Original in Sperrsatz gedruckt.

82 Grazer Tagblatt (2. Dezember 1891, Morgen-Ausgabe), 1: Influenza.

83 Vgl. Prager Tagblatt (2. März 1890), 10: Wahnsinn als Folge von Influenza.

84 Vgl. Prager Abendblatt (7. Jänner 1890), 4: Influenza.

85 Vgl. Neue Freie Presse (7. Jänner 1890, Abendblatt), 2–3: Die Influenza.

86 Linzer Volksblatt (19. März 1892), 2: Selbstmord.

87 Feldkircher Anzeiger (24. Mai 1892), 2: Selbstmord.

88 Pester Lloyd (5. Februar 1894), 2.

England, wo die Pandemie am schrecklichsten verlaufe, Selbstmorde als Folgeerscheinung der Influenza in einem beunruhigenden Maße gehäuft aufträten.⁸⁹ Dass es in Österreich-Ungarn ähnlich sein könnte, vermittelten diese Meldungen jedoch nicht.

Schnupfen, viel Geschreibsel und die p. t. Herren Aerzte im Unklaren

Es kann nicht überraschen, dass Seuchen ein gutes Umfeld für Schuldzuweisungen und Feindseligkeiten schaffen können.⁹⁰ Um es mit den Worten von Dorothy Nelkin und Sander L. Gilman auf den Punkt zu bringen:

„Perplexing medical questions have always generated fear, prejudice, and hostility. Thus any disease that is poorly understood is freighted with social meaning. The patterns of blame that prevail in different periods reflect the social stereotypes, fears, and political biases that are associated with threats of social or political change.“⁹¹

Es stellt sich also die Frage, ob zum Umgang mit der Russischen Grippe auch Unmut und Ressentiments zu zählen sind. Um es vorwegzunehmen: ja, das sind sie. Aufschluss darüber gibt etwa ein Artikel in der *St. Pöltner Zeitung* Ende Dezember 1889, der sich in einem spöttisch-gehässigen Ton über die wütende Seuche lustig machte:

„In der guten, alten Zeit, von der ein jüdischer Zeitungsschreiber natürlich keine blasse Idee hat, hieß man jene Krankheitserscheinungen, die aus der Erkältung (Verkühlung) entstanden, mit dem ordinären und prosaischen Namen Schnupfen oder Grippe.“⁹²

Früher habe man diese Krankheit einfach bei einem Tee ausgeschwitzt, nun müsse man das Bett hüten und sich ärztlich behandeln lassen. Die Krankheit diene wohl eher dazu, entschuldigt dem Unterricht fernbleiben zu können oder Gelder der Krankenkassen zu erschleichen, echauffierte sich das Blatt („Infaluenza“⁹³). Dieser Artikel offenbart Ressentiments, die sich gegen Ärzte richteten, und – mit deutlich antisemitischen Zügen – gegen die Berichterstattung in den Medien.⁹⁴ Dass es sich dabei keineswegs um einen Einzelfall handelte, zeigen spätere Debatten im Wiener Gemeinderat.

Denn Ende Jänner 1892 hatte das von Moriz Széps herausgegebene *Wiener Tagblatt* einen aufsehenerregenden Artikel gebracht, der über eine mögliche Verbindung zwischen dem Anstieg der Influenza und der Wasserversorgung berichtete. Der Artikel spekulierte, die gegenwärtige Zunahme der Influenza in Wien könnte mit der nunmehrigen Zuleitung von eventuell

89 Vgl. Teplitz-Schönauer Anzeiger (16. März 1895), 3–4: Influenza – überall und vgl. Feldkircher Zeitung (20. März 1895), 2: Die Influenza überall.

90 Vgl. etwa JOHNSON, Britain, 152.

91 Dorothy NELKIN / Sander L. GILMAN, Placing Blame for Devastating Disease, in: Social Research 55/3 (1988), 361–378, hier 376.

92 St. Pöltner Zeitung (29. Dezember 1889), 1: Die neueste Allerweltskrankheit.

93 Ebd.

94 Gleichzeitig stieß der Artikel bei der Leserschaft des Blattes offenbar nicht auf ungeteilte Zustimmung, wie ein kritischer Leserbrief zeigt: St. Pöltner Zeitung (5. Januar 1890), 2: Die Influenza.

kontaminiertem Wasser zusammenhängen, wobei die Zeitung diese mögliche Ursache aber nicht bewertete, sondern nur festhielt, das Leitungswasser sei schlechter geworden.⁹⁵ Bürgermeister Johann Nepomuk Prix erklärte im Gemeinderat, er habe feststellen müssen, dass dieser Artikel „viele Kreise der Bevölkerung alteriert“⁹⁶ und verlas dann die Einschätzung des Stadtphysikus, dass der Anstieg der an Darmkatarrh Erkrankten sich stattdessen wohl durch witterungsbedingte Erkältungen erklären lasse. Eine Kontamination des Wassers sei bei der betreffenden Quelle unmöglich, denn im dortigen Tiefbrunnen könnten gemäß neuesten Erkenntnissen keine Bakterien vorkommen, zitierte Prix den Stadtarzt. Daher alarmiere dieser Zeitungsartikel die Bevölkerung grundlos, fuhr der Bürgermeister referierend fort, wobei an dieser Stelle Rufe von gewissen Gemeinderäten erklangen, so etwas könne nur die jüdische Presse. Prix erklärte, dass solche Berichte abzulehnen seien und es nicht sein könne, dass „eine Journalistik nur darin ihren Wert und ihr Bestreben sieht, unwahre und alarmierende Gerüchte, die ganz und gar Unbegreifliches behaupten [...], unter die Bevölkerung auszusprengen.“⁹⁷

Es ist nicht schwer zu erraten, welche Gemeinderäte die Zwischenrufer gewesen sein könnten, nämlich die „Vereinigten Christen“ Karl Luegers, die sich „nicht nur gegen die sozialdemokratisch orientierte Arbeiterbewegung, sondern vor allem gegen das ‚jüdische‘ Kapital“⁹⁸ richteten. Und so liefert auch eine spätere Session den Beleg für diese Annahme. Darin griff Lueger jüdische Journalisten und Herausgeber an, indem er das „Aufbauschen“ schädlicher Nachrichten anprangerte. Schon 1873 beim Ausbruch der Cholera sei ein solches zu bemerken gewesen. Wer denn damals die Nachrichten übertrieben habe?

„(Rufe links: Die Judenblätter!) Und wenn sie darauf Antwort geben werden, so werden sie mir rechtgeben, wenn ich sage, gerade die Zeitungen in Wien haben dies in der unglaublichsten Weise ausgebeutet. Damals hat es noch keine antisemitischen Zeitungen gegeben. Die sind also nicht schuld. Ich frage weiter: Wer hat die Geschichten von der Influenza so ausgebeutet. Wer hat die Geschichte von dem sogenannten Bacillenwasser in einer so ausgiebigen Weise erörtert? [...] Waren es Antisemiten?“⁹⁹

Ergo wendeten Lueger und andere reflexartig ihren markanten Antisemitismus auch auf die Influenza an. Also zeigten sich im Gefolge der Russischen Grippe auch Feindseligkeit und Hass. Damit wird das von vielen Seuchen bekannte *othering* auch in diesem Fall deutlich.

Während die Ablehnung des Artikels über das womöglich verseuchte Wasser im Gemeinderat breite Zustimmung erfahren zu haben scheint, taten dies die antisemitischen Ausfälle

95 Übereinstimmend berichten mehrere Quellen von diesem Artikel und zitieren ihn teils wörtlich, allein der betreffende Originalartikel ist nicht auffindbar, vgl. Stenographischer Bericht über die öffentliche Sitzung des Gemeinderathes der k. k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien v. 26. Jänner 1892 unter dem Vorsitze des Bürgermeisters Dr. Joh. N. Prix, in: Amtsblatt der k. k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien 1/7 (1892), 151–169, hier 151–152; vgl. Das Vaterland (27. Jänner 1892), 5: Gemeinderathssitzung vom 26. Jänner und vgl. Wiener Zeitung (27. Jänner 1892), 5: Gemeinderath.

96 Stenographischer Bericht v. 26. Jänner 1892, 151.

97 Ebd., 152.

98 MAZOHL, Habsburgermonarchie, 416.

99 Stenographischer Bericht über die öffentliche Sitzung des Gemeinderathes der k. k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien vom 30. März 1892 unter dem Vorsitze des Bürgermeisters Dr. Joh. N. Prix und des Vice-Bürgermeisters Dr. Franz Borschke, in: Amtsblatt der k. k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien 1/26 (1892), 731–754, hier 749.

einiger Politiker offenbar nicht, wie eine Sitzung vom 30. März 1892 zeigt. Darin bezeichnete ein als Hotelier tätiges Gemeinderatsmitglied den Antisemitismus als dem Tourismusbetrieb abträglich. Der nachfolgende Redner, in derselben Branche tätig, führte dann aber die sinkenden Besucherzahlen in Wien (wie schon sein Vorredner) auch auf die geschäftsschädigende, falsche Berichterstattung („das viele Geschreibsel“¹⁰⁰) über die Influenza zurück.

„Ich spreche da aus meiner geschäftlichen Erfahrung, da ich schon telegraphische Anfragen bekam, ob es denn wirklich so schlimm sei, wie man es in den Zeitungen liest, in welchem Falle man es vorziehen würde, eine andere Reise zu unternehmen. Wenn man wirklich Localpatriotismus besitzt, so wird man diese Dinge nicht so aufbauschen. Ich will nicht, daß man alles vertusche, aber ich wünsche nur, daß man es nicht schlechter macht, als es in Wirklichkeit ist.“¹⁰¹

Kritik an der Heilkunst fand sich nicht nur in Blättern wie der oben erwähnten *St. Pöltner Zeitung*, sondern auch Satirezeitschriften griffen das Thema dankbar auf und sparten nicht mit bissigen Kommentaren, wie sich etwa Anfang 1891 zeigt, als unter Berufung auf Ärztekreise gemeldet wurde, die Influenza trete in Wien nur sporadisch auf.¹⁰² Dazu hieß es in der *Wiener Luft*, der Beilage des *Figaro*:

„Da die p. t. Herren Aerzte über mein Wesen und meine Heilung noch immer im Unklaren sind, habe ich mich entschlossen, sämtliche europäische Großstädte zu besuchen, um ihnen Gelegenheit zu bieten, mich kennen zu lernen. NB. Ich bin bereits in Wien angekommen.“¹⁰³

In ein ähnliches Horn stieß auch das Humorblatt *Kikeriki*, als es Ende Jänner 1890 vermeldete, der die Influenza hervorrufende Bazillus sei entdeckt worden. „Der *Influenza-Bacillus* wird immer erst dann entdeckt, wenn die *Zeit der Influenza* vorüber ist und man ihm nichts mehr anhaben kann.“¹⁰⁴ Dies illustriert die enttäuschte Haltung zum wissenschaftlichen Fortschritt und den Heilungsmöglichkeiten. Und als die Behörden die Seuche Mitte Jänner 1890 für beendet erklärten, zog etwa der *Figaro* diese Einschätzung ins Lächerliche. Diese Beispiele spiegeln jedoch nicht nur Kritik wider, sondern auch die Rolle, die humoristische Mittel bei der Bewältigung der Krise spielen konnten. Dessen schienen sich auch die Macher der Satireblätter bewusst gewesen zu sein. Die Redaktion des *Figaro* erklärte, die Lektüre ihrer Zeitschrift helfe, die Influenza möglichst unbeschadet zu überstehen. Denn vor lauter Lachen sei beim Lesen gar nicht mehr an Schmerzen zu denken.¹⁰⁵

100 Ebd., 748.

101 Ebd.

102 Vgl. Neues Wiener Abendblatt (15. Dezember 1891), 3: Die Influenza in Wien.

103 Wiener Luft 49 (1891), 3: Aviso.

104 Kikeriki (26. Jänner 1890), 2: Der Influenza-Bacillus entdeckt. Die hier kursiv gesetzten Satzteile sind im Original in Sperrsatz gedruckt.

105 Vgl. Figaro (21. Dezember 1889), 203: Das sicherste Mittel zur Abwehr der „Influenza“.

Fazit

Unter den Auswirkungen, die Epidemien oder Pandemien auf Gesellschaften haben können, sind Gefühle ein fruchtbares Forschungsfeld für kulturhistorische Studien, das zeigt auch der Fall der Russischen Grippe. Bei dieser offenbart sich für Österreich-Ungarn ein facettenreiches Bild unterschiedlicher Gemütszustände, zu denen Verwirrung, Informationsbedürfnis, Angst, Trübsinn, Mitleid, Resignation, Erschöpfung und Depression ebenso zu zählen sind, wie wirtschaftlicher Stress, Enttäuschung, Spott, Unmut, Humor, Misstrauen, Hass und Feindseligkeit. Diese Vielfalt zeigt eindrücklich, dass die Befindlichkeiten während der Pandemie nicht von einer traurigen Stimmung dominiert waren, sondern ein breites Repertoire umfassten. Im weiteren Sinne spricht dies dafür, dass die Russische Grippe in der Seuchengeschichte mehr Beachtung finden sollte – auch hierzulande. Da der vorliegende Beitrag die Pandemie auch unter der gewählten Perspektive keineswegs erschöpfend behandeln konnte, ließe sich künftig etwa die Analyse der Pressepublikationen breiter gestalten, so durch Einbeziehung auch nicht-deutschsprachiger Erzeugnisse oder einer breiteren Basis an Ego-Dokumenten. Es könnte auch lohnend sein, die unterschiedlichen Reaktionen auf die Russische Grippe innerhalb der Gesellschaft noch detaillierter zu untersuchen, etwa nach Regionen oder Schichten.

Von besonderem emotionsgeschichtlichem Reiz wäre aber ein Vergleich der Reaktionen auf die Russische Grippe mit denen auf andere (vor allem frühere) Influenzaausbrüche. Denn bei flüchtiger Betrachtung erweckt es den Eindruck, dass die Wahrnehmung der Grippe einer steckengebliebenen Platte gleicht. So heißt es mit Blick auf das 18. Jahrhundert in einem posthum erschienenen Werk von Johanna Schopenhauer, der Mutter des Philosophen von Weltruhm: „Die Influenza, die zu Anfang der achtziger Jahre zum erstenmal, von Rußland aus, südlicheren Gegenden sich zuwandte, brachte uns einen langen, traurigen Winter, ohne Tanz, ohne Musik, fast ohne allen geselligen Verkehr, denn alle Welt war krank.“¹⁰⁶ Man kommt nicht umhin, frappierende Parallelen zur gedrückten Stimmung im Gefolge der Russischen Grippe zu bemerken. Eine genauere Betrachtung könnte jedoch in diesem wie auch in anderen Fällen ein breiteres emotionales Spektrum zutage fördern.

Informationen zum Autor

Noah Westermayer absolviert derzeit neben dem Studium der Rechtswissenschaften das Masterstudium Interdisziplinäre Osteuropastudien am Institut für Osteuropäische Geschichte der Universität Wien. Er verfasste diesen Beitrag auf Basis seiner Bachelorarbeit im Fach Geschichte an der Karl-Franzens-Universität Graz (Betreuer: Christian Promitzer).

E-Mail: a11817627@unet.univie.ac.at oder noah.westermayer@outlook.com

¹⁰⁶ Johanna SCHOPENHAUER, *Jugendleben und Wanderbilder*, hg. von Adele Schopenhauer (= Nachlaß von Johanna Schopenhauer 1, Braunschweig 1839), 248.

Hans-Martin Behrisch / Matthäus Wehowski

Zwischen Angst und Gleichgültigkeit. Emotionen während der Spanischen Grippe in Breslau und Dresden

English Title

Between Fear and Indifference. Emotions during the Spanish Flu in Breslau and Dresden

Summary

The autumn of 1918 was a period of multiple crises in Breslau and Dresden. Both cities suffered from malnutrition and economic decline while the last hopes to win the war faded away. In addition, they were hit by a violent outbreak of the Spanish flu, which worsened the situation. The influenza had massive consequences for the cities health system and infrastructure due to many cases of severe illnesses. Since Berlin gave no instructions on how to deal with the health crises, the municipal administrations needed to decide for themselves. Meanwhile the emotional state of the population switched between fear and indifference. The uneven policies against the outbreak of the flu caused confusion, chaos, and resistance in the population. Ultimately the Spanish Flu was overshadowed by the upheaval during the end of the monarchy and the establishment of the new republic. The remembrance of the epidemic was largely pushed back into private memory.

Keywords

Spanish flu, Breslau, Dresden, influenza, emotions, 1918/19

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Einleitung

„Strömender Regen vom grauen Himmel. Ein trauriges Wetter, bei dem niemand gern aus dem Hause geht, zumal gerade diese Witterung der gefürchteten Grippekrankheit den geeigneten Boden schafft.“¹

Die Gefühlswelt in Deutschland war im Herbst 1918 erschüttert. Deswegen rief der evangelische Oberkirchenrat in Preußen am 20. Oktober einen außerordentlichen „allgemeinen Bettag“ aus, um die ausgebrochenen multiplen Krisen seiner Zeit zu verarbeiten. Statt „heiliger Begeisterung“, wie beim letzten außerordentlichen Bettag zu Beginn des Krieges im August 1914, herrschte nun „Schwermut“². Der evangelische Pastor Bronisch schrieb in seinem Leitartikel für das *Evangelische Kirchenblatt für Schlesien* sogar, dass die deutschen Christen seit der Reichsgründung im Jahr 1870 noch nie „annähernd so niederdrückende Empfindungen erlebt“³ hätten wie in diesem Herbst. Als Grund nannte er die zahlreichen Umbrüche und Krisen: Die absehbare Niederlage im Weltkrieg, die schwierige Versorgungssituation, vor allem aber die neuen politischen Bewegungen – den „Schmutz und die Unzucht“ aus dem Westen und die „bolschewistische Gesinnung“⁴ aus dem Osten. Gott habe mit den hereinbrechenden Katastrophen die evangelischen Christen für ihre Sünden strafen wollen.⁵

In unserem Artikel beschäftigen wir uns mit der emotionalen Wirkung der Pandemie der Spanischen Grippe in einer Zeit der „multiplen Krisen“ im Herbst 1918. Wir möchten herausarbeiten, ob und wie sich diese globale Seuche in der aufgewühlten Gefühlswelt der Umbruchzeit bemerkbar machte. Ob sie als „skandalisierte Krankheit“⁶ für Unruhe und Angst in der Bevölkerung sorgte und die staatlichen Akteure unter Zugzwang setzte oder ob sie eher eine „private Tragödie“⁷ war, die hinter den zahlreichen anderen Krisen ihrer Zeit in den Hintergrund trat. Als Untersuchungsraum dienen uns zwei Städte im Deutschen Kaiserreich, die in Größe und Struktur in etwa vergleichbar sind: Breslau (Schlesien) und Dresden (Sachsen). Beide Metropolen erlebten im Herbst 1918 die hereinbrechenden „multiplen Krisen“, den Zusammenbruch der politischen Ordnung, den Mangel an Nahrungsmitteln, Wohnraum und Heizmaterial sowie den Zustrom demobilisierter Soldaten und ziviler Flüchtlinge. Parallel dazu brach Ende September 1918 eine zweite tödliche Welle der Spanischen Grippe aus, die für zahlreiche schwere Erkrankungen und Todesfälle sorgte. In unserer Studie stützten wir uns auf vielfältige Quellen aus den Archiven beider Städte und Regionen, sowie auf Zeitungen unterschiedlicher politischer oder konfessioneller Gruppen.

1 Landesbettag, in: Schlesische Zeitung (21. Oktober 1918), 3.

2 Ebd.

3 Zum außerordentlichen Bettag, in: Evangelisches Kirchenblatt für Schlesien (20. Oktober 1918), 1.

4 Ebd.

5 Vgl. ebd.

6 Alfons LABISCH, Der „öffentliche Werth der Gesundheit“. Oder: was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben zu wollen. Die historische Perspektive, in: Heinz-Peter Schmiedebach, Hg., *Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Perspektiven* (Berlin 2018), 31.

7 Laura SPINNEY, *Pale Rider. The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World* (London 2017), 4.

Methodik und Forschungsübersicht: Infektion und Emotion, Krankheit als „Skandal“ und Spanische Grippe

Emotionen sind eine Herausforderung für die historische Forschung, da sie als inneres Phänomen des Menschen in den Quellen nicht so leicht greifbar zu sein scheinen. Was eine Person fühlt, lässt sich, außerhalb von Egodokumenten wie Tagebüchern oder persönlichen Briefen, auf den ersten Blick nur schwer ermitteln. Allerdings hat die Kulturwissenschaftlerin Monique Scheer herausgearbeitet, wie Emotionen in historischen Quellen erkannt und analysiert werden können. Zunächst stellt sie, anhand der aktuellen psychologischen Forschung, die strikte Trennung zwischen „inneren“ Gefühlen und körperlicher Performanz „nach außen“ in Frage: Beides lasse sich nicht trennen und Emotionen werden immer über den Körper als Medium kommuniziert und in einem bestimmten kulturellen Kontext einstudiert. Emotionale Praktiken sind Teil jeder menschlichen Gesellschaft und werden entsprechend im öffentlichen Raum präsentiert, etwa durch Demonstrationen, religiöse Handlungen oder andere Praktiken. Emotionen erscheinen auch in der Sprache, da sie außerhalb privater Texte als solche benannt und kommuniziert werden.⁸ Somit können Forschende auch in Archivquellen und Dokumenten auf Emotionen stoßen – sei es durch emotionale oder emotionalisierende Begriffe oder durch bestimmte Praktiken und Handlungen, die Emotionen vermitteln oder diese auslösen.

Infektionskrankheiten begleiten die Menschheit seit Beginn der Zivilisation. Wo auch immer Menschen in großer Zahl und auf geringem Raum siedeln, breiten sich zwangsläufig ansteckende Seuchen aus. Bereits die Historiker der Antike beschrieben (meist unspezifische) Krankheitswellen, die ganze Städte und Zivilisationen dahinraffen konnten.⁹ Im Mittelalter war es zweifellos die große Pest (1347 und 1351), die sich langfristig in das kulturelle Gedächtnis¹⁰ einbrannte und bis zu einem Drittel der Bevölkerung das Leben kostete. Zwar setzten Städte mit Venedig als Vorbild auf Quarantänemaßnahmen, um sich vor Seuchen zu schützen – die Seuche selbst galt aber als Schicksal und Wille Gottes. Der vermeintliche Einfluss des Himmels gab auch der „Influenza“ ihren Namen, zunächst ein Sammelbegriff für verschiedene Formen von Infektionskrankheiten. Die „Durchdringung“ der Gesellschaft durch moderne staatliche Institutionen und die Aufklärung im 18. Jahrhundert wandelten allerdings den Blick auf Seuchen. Obwohl man weiterhin von „schlechten Winden“ (Miasmen) als Ursache ausging, begann das Nachdenken über eine systematische Prävention, die sich allerdings noch nicht von der historischen Erfahrung unterschied – Quarantäne und Absperrungen gegenüber infizierten Regionen blieben bis weit ins 19. Jahrhundert die einzige Abwehr.¹¹ Doch die Wahrnehmung und Wirkung infektiöser Krankheiten wandelte sich deutlich – da sie nun nicht mehr als „göttliche Strafe“ galten, standen staatliche Behörden unter Handlungsdruck. In seinem

8 Vgl. Monique SCHEER, Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion, in: *History and Theory* 51 (2012), 193–220.

9 Vgl. Mark HONIGSBAUM, *The Pandemic Century. A History of Global Contagion from the Spanish Flu to Covid-19* (London 2020), XIX.

10 Zum kulturellen Gedächtnis als alltagsfernen, häufig symbolisch kodierten und nicht an einen festen Zeithorizont gebundenen Teil des kollektiven Gedächtnisses vgl. Jan ASSMANN, Hg., *Kollektives Gedächtnis und kulturelle Identität*, in: *Kultur und Gedächtnis* (Frankfurt 1988), 9–19, hier 12–16.

11 Vgl. Malte THIESSEN, *Seuchen im langen 20. Jahrhundert. Perspektiven für eine europäische Sozial- und Kulturgeschichte*, in: Ders., Hg., *Infiziertes Europa: Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (München 2014), 7–29.

kontrovers diskutierten Konzept der „skandalisierten Krankheit“ beschreibt der Medizinhistoriker Alfons Labisch diese veränderte Wirkung von (Infektions-)Krankheiten. Obwohl vor allem Krankheiten in sehr frühen Lebensphasen (Geburt, Säuglings- und Kleinkindalter) und im hohen Alter die größte Auswirkung auf die Mortalität hatten, waren es bestimmte Seuchen, die bei staatlichen Akteuren den stärksten Handlungsdruck hervorriefen. Labisch machte das am Beispiel der Cholera fest, die nach einer ersten tödlichen Welle im 19. Jahrhundert (1830/1831) europaweit für Angst und Schrecken sorgte. Sie zwang Behörden und Gesundheitsexperten zu sofortigem Handeln, zur Absonderung der Erkrankten, zur Absperrung der Grenzen und zur Quarantäne von Wohnvierteln.¹² Die Krankheitswelle, die auch durch die Ausbreitung der Massenpresse viel Aufmerksamkeit erhielt, sorgte für große Ängste. Nicht zuletzt die auffälligen und sozial geächteten Symptome (starker Durchfall, Fieber, körperlicher Verfall) führten dazu, dass die Cholera skandalisiert wurde. Die Historikerin Hedwig Richter hob zuletzt in ihrer Arbeit hervor, wie sehr die Skandalisierung von Armut und Krankheit im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu einem Wandel der Gesellschaft betrug. Besonders die ausführlichen Beschreibungen in der neu entstandenen (Massen)Presse sorgten dafür, dass der körperliche Verfall verstärkt für Empörung sorgte.¹³

Die Spanische Grippe führte in der historischen Forschung lange Zeit ein Schattendasein. Der österreichische Medizinhistoriker Herwig Czech sprach von der „lange vergessenen Pandemie“¹⁴. Zu einem ähnlichen Schluss kam der deutsche Militärhistoriker Eckhard Michels als er feststellte, dass die Seuche trotz Millionen Toten nicht zum „Erinnerungsort“¹⁵ geworden war. Erst in jüngster Zeit hat die Spanische Grippe durch die Bücher der Wissenschaftsjournalistin Laura Spinney¹⁶ und des Medizinhistorikers Harald Salfellner¹⁷ neue Aufmerksamkeit erhalten. In Folge der Covid-19 Pandemie stieg diese noch weiter und führte zu einer Reihe von Publikationen, die das aktuelle und historische Seuchengeschehen miteinander verglichen¹⁸ – diese Vergleiche aber auch kritisch hinterfragten.¹⁹

12 Vgl. LABISCH, *Der „öffentliche Werth der Gesundheit“*, 31–33.

13 Vgl. HEDWIG RICHTER, *Demokratie. Eine deutsche Affäre. Vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (München 2020), 67–69.

14 HERWIG CZECH, *Die Spanische Grippe von 1918. Blick auf eine lange vergessene Pandemie*, in: Manfred Rauchensteiner / Michael Gehler, Hg., *Corona und die Welt von Gestern* (Wien 2021), 23–40.

15 ECKARD MICHELS, *Die „Spanische Grippe“ 1918/19. Verlauf, Folgen und Deutungen in Deutschland im Kontext des Ersten Weltkriegs*, in: *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 58/1 (2010), 6.

16 SPINNEY, *Pale Rider*.

17 HARALD SALFELLNER, *Die Spanische Grippe. Eine Geschichte der Pandemie von 1918* (Prag 2020).

18 HEINER FANGERAU / ALFONS LABISCH, *Pest und Corona. Pandemien in Geschichte. Gegenwart und Zukunft* (Freiburg 2020).

19 KARL-HEINZ LEVEN, *A Sound of Thunder. Von Pest, Grippe und Corona*, in: *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht*, 73/7–8 (2022), 372–386.

Breslau – Vom Hotspot zur Musterstadt. Seuchenbekämpfung zwischen 1830 und 1918.

Breslau gehörte zu den preußischen Städten, die im Laufe des 19. Jahrhunderts besonders stark von der Cholera heimgesucht wurden, was die Auseinandersetzung mit Infektionskrankheiten dort für lange Zeit prägte. In der Krankheitswelle von 1830/1831 kam es zu heftigen emotionalen Reaktionen in der Bevölkerung, die den öffentlichen Seuchenschutzmaßnahmen misstraute. Es verbreiteten sich etwa Gerüchte darüber, dass die Patient*innen der städtischen Hospitäler vergiftet und gefoltert würden. Die Breslauer Behörden versuchten daher mit Hilfe einer eigenen Cholera-Zeitung die Bevölkerung zu beruhigen, was jedoch nur eingeschränkt funktionierte.²⁰ Stattdessen entluden sich emotionale Proteste, die vor allem gegen die Ärzteschaft gerichtet waren. Ein wütender Mob belagerte etwa am 12. Oktober 1831 das Haus des Medizinalrats Johann Wendt (1777–1845), der für den Seuchenschutz der Stadt verantwortlich war und auch die Redaktion der Cholera-Zeitung leitete. Die Menge schrie nach Angaben Wendts „Hurrah, vivat Cholera, hurrah Vitriol, verfluchte Doctores, Giftmischer“²¹ und bewarf sein Haus mit Steinen. Was die Stimmung in der Bevölkerung so erhitzte, waren die strengen Quarantänemaßnahmen und Zwangseinweisungen in Hospitäler. Der öffentliche Druck führte schließlich dazu, dass die preußischen Behörden die strengen Maßnahmen wieder lockern mussten, die sich zudem als wenig wirksam erwiesen.²² In den folgenden Jahrzehnten brach die Cholera immer wieder aus, im schlimmsten Seuchenjahr 1866 erkrankten in Breslau 3,8 Prozent der Bevölkerung, wobei die Letalität mit 73 Prozent (4.455 Todesfälle) erschreckend hoch war. Die Mortalität der gefürchteten Cholera lag bei einer Gesamtbevölkerung von 156.644 Menschen bei 2,8 Prozent.²³

Obwohl die Kindersterblichkeit erschreckend hoch war²⁴, war es die Cholera, die aufgrund ihrer schweren Symptome große Furcht auslöste. Erst ab den 1880er-Jahren gelang es sie in Breslau unter Kontrolle zu bekommen und die Stadt entwickelte sich zu einer Mustermetropole moderner Seuchenbekämpfung. 1887 entstand an der Breslauer Universität die erste Professur für Hygiene, welche die neuesten Ergebnisse der Bakteriologie und der Impfkunde vermittelte.²⁵ Dadurch gelang es auch, Ursache und die Infektionsweise der Cholera zu identifizieren, die sich über mit Bakterien verseuchtes Wasser und nicht, wie zuvor vermutet, von Mensch zu Mensch oder durch schlechte Winde übertrug. Somit konnte durch den Ausbau des Kanalisationssystems und der Verbesserung der Trinkwasserqualität die Seuche erfolgreich eingedämmt werden. Dadurch verlor die Cholera zu Beginn des 20. Jahrhunderts ihren Schrecken. Andere Seuchen wie Diphtherie, Pocken und Ruhr blieben zwar bedrohlich, ließen sich aber

20 Peter BALDWIN, *Contagion and the State in Europe, 1830–1930* (Cambridge 2001), 64.

21 Schreiben von Johann Wendt vom 10. Oktober 1831, in: *Schlesische Cholera Zeitung* (12. Oktober 1831), 13.

22 Vgl. Barbara DETTKE, *Die asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preußischen Provinzen Posen, Preußen und Schlesien* (Berlin 1995), 198–206.

23 Vgl. Joseph PARTSCH, *Schlesien. Eine Landeskunde für das deutsche Volk, Teil 1: Das ganze Land* (Breslau 1896), 386.

24 Im ersten Lebensjahr starben im Regierungsbezirk Breslau von 1000 Neugeborenen durchschnittlich 269,2, während es im gesamten Preußen 200,3 waren. Vgl. ebd., 389.

25 Vgl. Georg Heinrich KAUFMANN, Hg., *Festschrift zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Universität Breslau* (Breslau 1911), 289.

ebenfalls unter Kontrolle bekommen – entweder durch Hygienemaßnahmen oder durch Impfungen (die ab 1874 verpflichtend waren).²⁶ Bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges wandelte sich somit die emotionale Wirkung von Infektionskrankheiten sehr deutlich. Während die Cholera in Breslau 1831 und 1866 zu Unsicherheit, Angst und Wut führte, erlebte die Stadt, dank des medizinischen und technischen Fortschritts, zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine neue Selbstsicherheit im Umgang mit Seuchen. Im gleichen Zeitraum wuchs die Bevölkerung stark und erreichte bis 1905 470.904²⁷ Einwohner*innen. Im Gegensatz zu Oberschlesien spielten nationale Gegensätze in Breslau keine Rolle, da nur 3,38 Prozent der Bevölkerung Polnisch und lediglich 0,61 Prozent Tschechisch sprachen.²⁸ Zu Beginn des Jahrhunderts stellten Protestanten die größte Glaubensgemeinschaft der Stadt (63,3 Prozent), während die Katholiken (35,1 Prozent) und Juden (5,3 Prozent) kleinere Gemeinden bildeten.²⁹ Diphtherie, Pocken und Ruhr traten zwar vereinzelt noch auf, führten aber kaum noch zu Todesopfern.³⁰ Der Ausbruch des Weltkriegs vergrößerte allerdings wieder die Furcht vor Krankheiten, allen voran vor der Ruhr, welche die Soldaten in die Stadt einschleppten. Der Breslauer Polizeipräsident rief zur erhöhten Vorsicht auf. Tatsächlich gelang es der Stadt aber auch diese Gefahr weitgehend zu bannen und im Jahr 1916 konnten nur 38 Fälle der Ruhr festgestellt werden.³¹

Die neue Selbstsicherheit im Umgang mit Infektionskrankheiten verkörperte der Breslauer Bakteriologe Richard Pfeiffer (1858–1945) als er, inmitten der Pandemie der „Russischen Grippe“ (1889–1895) im Jahr 1892 verkündete, den Erreger der Influenza entdeckt zu haben. Der nach ihm benannte „Pfeiffersche Bazillus“ (*Haemophilus influenzae*) galt von da an als Verursacher der Grippe. Damit schien eines der letzten Mysterien der Medizin entzaubert zu sein und auch die Influenza nur noch als eine (heilbare) Krankheit unter vielen.³² Als nun im Frühjahr 1918 erste Fälle einer unbekanntenen neuen Grippe auftraten, die schon bald in Zeitungen und Öffentlichkeit als Spanische Grippe bekannt wurde, sorgte dies deswegen für wenig Aufmerksamkeit. Im Juli starben in Breslau 41 und im August zehn Personen an der neuen Krankheit, was in etwa den Zahlen der saisonalen Grippe entsprach.³³ Umso heftiger verlief die zweite Welle, die ab Ende September/Anfang Oktober fast die gesamte Stadt lahmlegte. Ab dem 11. Oktober spitzte sich die Lage dramatisch zu und die Ortskrankenkassen sprachen von sehr vielen schweren Verläufen und Todesfällen.³⁴ Die sozialdemokratische *Volkswacht* verknüpfte die plötzlich ausgebrochene Seuche sogar mit der Situation an der Front und berichtete,

26 Vgl. Ryszard KACZMAREK, Zwalczenie chorób zakaźnych na przykładzie działalności pruskiego królewskiego lekarza powiatowego w Pszczynie w latach 1871–1921, in: Jerzy Marian Dyrda / Barbara Gruszka, Hg., Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych (Katowice 2007), 99–119, hier 109.

27 Archiwum Państwowe we Wrocławiu (= APW), Oberpräsidium Breslau, 273 Statistisches Bureau der Stadt Breslau, Bl. 218.

28 PARTSCH, Schlesien, 370.

29 Vgl. ebd., 371.

30 Vgl. KACZMAREK, Zwalczenie chorób, 105.

31 Vgl. APW, Akten der Stadt Breslau, 19098 Städtische Gesundheitspflege, Schreiben des Polizeipräsidenten vom 14. Oktober 1918, Bl. 212.

32 Vgl. Wilfried WITTE, The Plague that was not Allowed to Happen. German Medicine and the Influenza Epidemic of 1918–19 in Baden, in: Howard Phillips / David Killingray, Hg., The Spanish Influenza Pandemic of 1918–19. New Perspectives (New York 2003), 53.

33 Vgl. Die Bevölkerung der Stadt Breslau, in: Schlesische Zeitung (27. Oktober 1918), 11.

34 Vgl. Die Grippe, in: Volkswacht (11. Oktober 1918), 5.

dass „die Totengräber im Kriege daheim nicht weniger Arbeit als draußen im Felde“³⁵ hätten. Durch die vielen Krankheitsfälle füllten sich nicht nur die Arztpraxen und Krankenhäuser, sondern es drohte auch der Ausfall der städtischen Wärmeversorgung, da bis zu 30 Prozent der Arbeiter in den Gaswerken erkrankten.³⁶ Viele weitere Bereiche der städtischen Infrastruktur drohten in Folge der vielen Krankheitsfälle zu kollabieren.

Das Breslauer Magistrat reagierte schließlich mit einer Krisensitzung, in der Gesundheitsexperten und Verwaltungsbeamte unter der Leitung des Stadtarztes August Oebbecke zusammentrafen. Mit dabei waren unter anderem der Bakteriologe Richard Pfeiffer, der Vorsitzende der Ortskrankenkasse Hermann Zimmer und der Medizinalrat der Stadt, Otto Solbrig. Drängendste Frage der Versammlung war zunächst die Lösung der akuten Probleme der Gesundheitsversorgung. Es fehlte vor allem an Krankenpflegerinnen und Räumen zur Unterbringung der Kranken. Daher einigte sich der Krisenrat darauf, möglichst viele Schwestern aus umliegenden Klöstern, evangelischen Frauenvereinen und auch den jüdischen Organisationen zur Krankenpflege einzuberufen. Da die Notsituation akut war, sollten möglichst alle „Konfessionen und Krankenpflegeorganisationen“ angefragt werden.³⁷ Ebenso einigte man sich auf eine Anfrage beim Militär, damit es die Kapazitäten der Kasernen und Militärärzte für die Unterbringung und Behandlung der vielen Kranken zur Verfügung stelle.³⁸

Während in diesen Punkten alle Anwesenden zustimmten, konnten sie sich in der Frage von Quarantäne- und Absperrmaßnahmen nicht einigen. Pfeiffer forderte etwa die Schließung aller öffentlichen Kinos, da er die Ansteckungsgefahr in den engen und stickigen Räumen als sehr hoch einschätzte. Zwar stimmte Solbrig zu, dass die Kinos Infektionen begünstigten, warnte aber davor, den Vorschlag umzusetzen. Er befürchtete, dass „gerade in der gegenwärtigen Zeit die Verschließung des sehr vielen Menschen erwünschten Besuchs der Kinos sehr beunruhigend wirken würde“³⁹. Während Pfeiffer als Mediziner die Ausbreitung der Grippe möglichst schnell stoppen wollte, befürchtete der Gesundheitspolitiker Solbrig einen Stimmungsumschwung in der Stadt. Durch die drohende Niederlage an der Front und die schlechte Versorgungslage sei die Bevölkerung bereits sehr angespannt und er befürchtete Unruhe, falls die Kinos geschlossen werden sollten. Letztendlich verzichtete das Krisenkomitee auf verbindliche Vorgaben zur Schließung von Vergnügungsstätten und gab nur allgemeine Empfehlungen aus. Polizeipräsident Max E. F. Lewald bezeichnete die Schließung der Kinos als „empfindliche[n] Eingriff in das öffentliche Leben der Stadt“⁴⁰ und lehnte sie daher ebenso entschieden ab.

Am folgenden Tag präsentierte Stadtarzt Oebbecke der Breslauer Stadtverordneten-Versammlung unter dem Vorsitz des Oberbürgermeisters Paul Matting (1859–1935) die Ergebnisse des Krisentreffens. Zu diesem Zeitpunkt waren die Gemeinden in Fragen der Präventionsmaßnahmen auf sich gestellt, da sich der Reichs-Gesundheitsrat in Berlin (dessen Krisensitzung ebenfalls am 16. Oktober stattfand) nicht auf verpflichtende Maßnahmen einigen konnte.⁴¹ In

35 Die Grippe, in: Volkswacht (14. Oktober 1918), 5.

36 Gassperrstunden infolge der Grippe, in: Schlesische Zeitung (15. Oktober 1918), 5.

37 APW, Akten des Magistrats zu Breslau, 44649 Bekämpfung der Grippe, Besprechung vom 16. Oktober 1918, Bl. 100.

38 Vgl. ebd.

39 Ebd.

40 Die Grippe, in: Schlesische Zeitung (17. Oktober 1918), 6.

41 Vgl. Bundesarchiv (= BA), Reichs-Gesundheitsrat, R 86, 1187, Niederschrift über die Beratungen des Reichs-Gesundheitsrats (Ausschuß 1 – für Gesundheitswesen im allgemeinen [sic!]) am 16. Oktober 1918, Bl. 159.

der Sitzung der Stadtverordneten kam es zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen der Spanischen Grippe. Der Stadtverordnete und Dezentent für die Breslauer Krankenhäuser Weber⁴², erklärte: „Eine derartige Explosionsartige [sic!] Ausbreitung einer Krankheit, einer Epidemie, haben wir bisher noch nicht erlebt“⁴³. Er warnte vor allem davor, dass das (ohnehin knappe) Pflegepersonal besonders stark durch Infektionen gefährdet sei. Er berichtete, dass die Krankenhäuser bereits jetzt am Limit seien und es erhebliche Lücken bei Ärzten und Pflegepersonal geben würde.⁴⁴ Beschwichtigend klang dagegen der Vorsitzende des Geheimen Sanitätsrats der Stadt Breslau, Theodor Körner.⁴⁵ Seiner Einschätzung nach drohte bei der Spanischen Grippe, wie bei jeder anderen Influenza auch, nur bei Verschleppung eine ernste Gefahr. Wenn die Erkrankten früh genug das Bett aufsuchen und sich schonen würden, sei „dem rein medizinischen Standpunkt nach“⁴⁶ mit einem milden Verlauf zu rechnen. Oberbürgermeister Matting erklärte, dass „die Sache [der Grippe, Anmerkung MW] lediglich eine Personen- und eine Platzfrage“⁴⁷ sei. Er stellte eine Vergrößerung der Kapazitäten der städtischen Krankenanstalten und die Verstärkung des Personals in Aussicht. Weitere Maßnahmen, wie die Schließung von Vergnügungsstätten und anderer öffentlicher Einrichtungen, kamen nicht zur Sprache. Die *Schlesische Zeitung* druckte das Protokoll der Sitzung am folgenden Tag ab und sprach selbst von einem „beängstigenden Umfang“⁴⁸, den die Grippe in der Stadt bereits erreicht habe.

Die von der Stadtverwaltung beschlossenen Maßnahmen gegen die Grippe zielten einerseits auf Aufklärung und damit auf Beruhigung der Bevölkerung, andererseits auf einen Ausbau der Pflegekapazitäten. In zwei Sitzungen am 18. Oktober im Rathaus der Stadt, unter Vorsitz Pfeiffers und Oebbeckes, trafen die Leiter aller großen städtischen Kliniken, die Ärzteschaft aber auch Vertreterinnen der Pflegeeinrichtungen zusammen. Die Versammlungen vereinbarten die Einrichtung von Beratungsstellen, welche die Bevölkerung über die Grippe informieren aber auch Erkrankte an die zuständigen Kliniken und Ärzten weitervermitteln sollten. Zudem sollten sie Material und Hilfe für die häusliche Pflege bereitstellen. Ziel der Beratungsstellen war die Entlastung der städtischen Krankenhäuser. Eine kontrovers debattierte Besonderheit war, dass nun die in den Beratungsstellen eingesetzten Pflegerinnen statt den (völlig überforderten) Ärzten die Erstdiagnose stellen sollten. Sie erhielten die Aufgabe, über die Schwere des Krankheitsverlaufs zu entscheiden und die Patient*innen entweder zum Auskurieren nach Hause zu schicken oder an ein Krankenhaus zu verweisen.⁴⁹ Ähnlich wie während der Cholera-Pandemie starteten die Stadtbehörden eine umfangreiche Pressekampagne, die dieses Mal nicht über eine eigene Sonderzeitung erfolgte, sondern über „Merkblätter“⁵⁰, die das Magistrat überall in der Stadt verteilen ließ. Diese informierten über die Ausbreitungswege der

42 Vorname geht aus den Quellen nicht eindeutig hervor.

43 APW, Akten der Stadt Breslau, 1053 Stadtratsprotokolle 1918, Protokoll der Stadtverordneten-Versammlung zu Breslau vom 17. Oktober 1918, Bl. 152.

44 Vgl. ebd.

45 Körner war ebenfalls zweiter Vorsitzender der schlesischen Ärztekammer, vgl. Anette KAISER, Aus der Geschichte der schlesischen Ärztekammer, in: *Ärzteblatt Sachsen* 11 (2005), 524.

46 APW, Akten der Stadt Breslau, 1053 Stadtratsprotokolle 1918, Protokoll der Stadtverordneten-Versammlung zu Breslau vom 17. Oktober 1918, Bl. 153.

47 Ebd. [Bl. 152].

48 Die Grippe in Breslau, in: *Schlesische Zeitung* (18. Oktober 1918), 5.

49 Vgl. APW, Akten des Magistrats zu Breslau, 44649 Bekämpfung der Grippe, Vorschläge und Anregungen der Beratungen vom 18. Oktober 1918, Bl. 109.

50 Ebd., Beschluss des Magistrats in der Sitzung vom 18. Oktober 1918, Bl. 132.

Krankheit, Symptome und für Ansteckungen besonders gefährliche Orte.⁵¹ Da aber noch immer ein Informationsdefizit herrschte, ergaben sich ähnliche Unsicherheiten wie während der Cholera. So war etwa die Theorie geläufig,⁵² dass sich die Spanische Grippe über geliehene Bücher verbreiten könne, weshalb die Stadtverwaltung (als einzige öffentliche Gebäude) zeitweise die Bibliotheken schließen ließ.⁵³

Am 22. Oktober lud der Kommandant der Breslauer Garnison (der während der Kriegszeit auch über mögliche Zwangsmaßnahmen entscheiden musste) zu einer weiteren Sitzung ein, die der Garnisonsarzt Georg Grüning leitete. Eingeladen waren 22 Breslauer Ärzte, Medizinprofessoren und Beamte, darunter erneut Pfeiffer, Oebbecke und Körner. Die anwesenden Mediziner empfahlen einstimmig den erneuten Vorschlag Pfeiffers, die Kinotheater zu schließen, um die Ausbreitung der Grippe zu verlangsamen. Außerdem empfahl Pfeiffer im Rahmen der Medienkampagne, beunruhigenden Gerüchten über den Ausbruch der Lungenpest entgegenzuwirken.⁵⁴ Doch die Militär- und Polizeiführung Breslaus lehnte die Schließung öffentlicher Vergnügungsstätten erneut ab. Auch der Kompromissvorschlag, die Kinos nach jeder Vorstellung gründlich durchzulüften, fand keine Zustimmung, da man durch das Ein- und Auslassen des Kinopublikums Unordnung und Erkältungen durch den Temperaturwechsel befürchtete.⁵⁵

Was die Stadtbehörden dagegen weiter förderten, war die Pressekampagne zur Aufklärung über die Spanische Grippe. Pfeiffer selbst verfasste dazu einen ausführlichen Artikel, in dem er die Gerüchte zurückwies, dass es sich bei der Spanischen Grippe um die Lungenpest handeln würde. Er schloss seinen Text mit dem Aufruf, der das Ziel der neuen Medienpolitik noch einmal deutlich machte: „Diese Zeilen mögen der Beruhigung und Aufklärung der von der bisherigen Grippe-Epidemie hart mitgenommenen Bevölkerung dienen“⁵⁶.

Dass die Nerven dennoch blank lagen, zeigte ein Vorfall vom 31. Oktober. Es verbreitete sich ein Gerücht, dass Rauchen vor einer Ansteckung schützen könne und deswegen das Rauchverbot in den Straßenbahnen aufgehoben sei. Als nun massenhaft Fahrgäste damit begannen, in den Waggons zu rauchen, schritten die Schaffner*innen ein, die gegen den „Widerstand“⁵⁷ der Fahrgäste, das Rauchverbot durchsetzen mussten. Zu Beginn des Novembers beruhigte sich die Lage wieder, als die Zahl der Erkrankungen zurückging. Bereits am 30. Oktober berichtete Pfeiffer von einer Trendwende bei den Infektionen.⁵⁸ Am 3. November halbierte sich schließlich die Zahl der Neuerkrankungen.⁵⁹ Insgesamt ist es jedoch schwierig, eine exakte Bilanz zu den Erkrankungen und Toten der Spanischen Grippe zu ziehen, da die statistische Erfassung lückenhaft war. Dies lag zum einen an der fehlenden gesetzlichen Anzeigepflicht aber auch an der sehr schnellen Infektionsrate der Krankheit. Die Breslauer Gesundheitsbehörden erfassten

51 Vgl. ebd.

52 Diese These ging auf den österreichischen Arzt Julius Hohenegg zurück, der am 20. Oktober ein breit rezipiertes Interview zu diesem Thema gab. Vgl. Interview über die Grippe, in: Prager Tagblatt (20. Oktober 1918), 3.

53 Pfeiffer selbst hat diese Gerüchte allerdings schnell wieder ausgeräumt, so dass am 1. November alle Bibliotheken wieder öffneten, Vgl. Die Bekämpfung der Grippe, in: Schlesische Zeitung (1. November 1918), 6.

54 Vgl. APW, Akten des Magistrats zu Breslau, 44649 Bekämpfung der Grippe, Sitzung des Gesundheitsausschusses der armierten Festung Breslau vom 22. Oktober 1918, Bl. 133.

55 Vgl. ebd., Der Königliche Polizei-Präsident an das städtische Gesundheitsamt vom 24. Oktober 1918, Bl. 142.

56 Grippe und Lungenentzündung, in: Schlesische Zeitung (23. Oktober 1918), 2.

57 Die Verwaltung der städtischen Straßenbahn, in: Schlesische Zeitung (31. Oktober 1918), 3.

58 Vgl. APW, Akten des Magistrats zu Breslau, 44649 Bekämpfung der Grippe, Magistratsschreiben vom 30. Oktober 1918 (Berichterstatter Dr. Pfeiffer), Bl. 75.

59 Vgl. Die Grippe-Epidemie, in: Oberschlesische Volksstimme (3. November 1918), 3.

im Zeitraum zwischen dem 1. und 19. Oktober eine Zahl von rund 15.000 Erkrankungen, wobei sie selbst von einer viel höheren Dunkelziffer ausgingen.⁶⁰ Den Höhepunkt erreichte die Pandemie am 22. Oktober, als die städtischen Kliniken 69 Verstorbene meldeten.⁶¹ Insgesamt starben im Zeitraum zwischen dem 1. Oktober und 2. November 1.093 in den Kliniken behandelte Patient*innen, davon 62 Prozent Frauen und 38 Prozent Männer.⁶² Pfeiffer und sein Kollege, der Pathologe Friedrich Henke (1868–1943), versuchten schließlich eine Bilanz der Pandemie zu ziehen, was angesichts der dramatischen Umstände und des lückenhaften Wissens über die Krankheit sehr schwierig war. Pfeiffer selbst nahm die Skepsis seiner internationalen Fachkollegen zur Kenntnis, wonach es sich beim Erreger nicht um sein „Pfeiffersches Bazillus“ handeln könnte. Den Experten der Breslauer Universität gelang es nur in knapp der Hälfte (51,6 Prozent von 590 untersuchten Proben) das Bakterium nachzuweisen.⁶³ Die lückenhaften Ergebnisse überraschten Pfeiffer. Eine endgültige Klärung hielt er nur durch gezielte Infektionsversuche mit Probanden⁶⁴ für möglich, die er aber aus ethischen Gründen ablehnte.⁶⁵ Was Pfeiffer und Henke besonders erschreckte, und wofür sie keine Erklärung hatten, war die hohe Zahl an „vollkräftige[n] Menschen zwischen ungefähr 18 und 35 Jahren“⁶⁶, die überdurchschnittlich oft unter den Todesopfern zu finden waren.

Der Bevölkerung Breslaus hatte allerdings keine Zeit, die Erfahrung der Spanischen Grippe zu verarbeiten, da bald darauf die politische Umwälzung erfolgte. Am 9. November übernahm ein Volksrat⁶⁷ die Macht in der Stadt, der allerdings kein revolutionäres Organ war, sondern weitgehend aus Vertretern*innen der Stadtverordnetenversammlung, der Gewerkschaften, aus Vereinen und Parteien bestand. Die Leitung lag bei den Mehrheits-Sozialdemokraten (MSPD).⁶⁸ Ziel der neuen Machthaber war die Eindämmung der herrschenden Krisen, vor allem die Bekämpfung des akuten Mangels an Lebensmitteln, Wohnraum und Heizmaterialien.⁶⁹ Obwohl die Nachwirkungen der Spanischen Grippe noch immer zu spüren waren, die mittlerweile stärker in den ländlichen Regionen in der Umgebung Breslaus wütete und dadurch die Nahrungsknappheit verstärkte,⁷⁰ verschwand sie fast vollständig aus dem öffentlichen Diskurs.

60 Vgl. Statistik der Grippe, in: Schlesische Zeitung (24. Oktober 1918), 7.

61 Vgl. Über die Gestorbenen an Grippe, in: Schlesische Zeitung (9. November 1918), 3.

62 Vgl. Todesfälle an Grippe, in: Schlesische Zeitung (2. November 1918), 3.

63 Vgl. Statistisches Amt der Stadt Breslau, Hg., Breslauer Statistik im Auftrage des Magistrats der Königlichen Haupt- und Residenzstadt Breslau herausgegeben vom statistischen städtischen Bureau (Breslau 1920), 366.

64 Pfeiffers Breslauer Kollege, der Dermatologe Albert Neisser (1855–1916), sorgte 1892 für einen der ersten großen Medizinskandale in Deutschland. Er injizierte mehreren jungen Frauen ohne ihr Wissen das Blut von Syphilispatienten, wodurch vier Frauen erkrankten. Es handelte sich dabei um Prostituierte, wobei das jüngste Mädchen gerade einmal zehn Jahre alt war. Neisser musste sich deswegen vor Gericht verantworten. Vgl. Katja SABISCH, Das Weib als Versuchsperson. Medizinische Menschenexperimente im 19. Jahrhundert am Beispiel der Syphilisforschung (Bielefeld 2007), 28.

65 Vgl. Richard PFEIFFER, Zur Aetiologie der diesjährigen Influenza-Epidemie, in: Jahres-Bericht der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur 96/2 (1919), 65.

66 Ebd., 66.

67 Ab 15. November 1918 Selbstbezeichnung als Zentraler Volksrat für die Provinz Schlesien, ZVRPS.

68 APW, Centralna Rada Ludowa (= CRL), 02 Mitglieder des Volksrats, Mitgliederlisten, Bl. 35–40 und Bl. 168–172.

69 Vgl. ebd., 06 Stenographische Protokolle, Sitzung des Volksrats Breslau vom 12. November 1918, Bl. 71.

70 Vgl. APW, CRL, 06 Stenographische Protokolle, Sitzung des ZVRPS vom 20. November 1918, Bl. 28.

Dresden – eine neue Seuche im „roten Königreich“⁷¹

Das Königreich Sachsen zählte zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit seinen rund 4,8 Millionen Einwohner*innen (1910) und etwa 15.000 Quadratkilometern Fläche zu den größeren Einzelstaaten des Deutschen Kaiserreiches. In konfessioneller und sprachlicher Hinsicht war die sächsische Bevölkerung nahezu homogen: rund 95 Prozent waren evangelisch-lutherische Christen und bis auf die 67.500 Sorben (1910) nutzten alle Einwohner*innen hauptsächlich die Deutsche Sprache.⁷²

Der Grad an Diversität der Bevölkerung ist einer der prägnantesten Unterschiede zwischen Breslau und Dresden bzw. zwischen Niederschlesien und Sachsen. Dresden war fast ausnahmslos protestantisch, während in Breslau die evangelischen Christen zwar eine sehr deutliche Mehrheit ausmachten, aber etwa ein Drittel der Bevölkerung der römisch-katholischen Minderheit angehörte. Abseits der Charakterisierung ihrer Bevölkerung ähnelten sich beide Regionen dagegen umso mehr: Die absolute Einwohnerzahl lag jeweils knapp über einer halben Million, beide waren in ihrem geografischen Einzugsgebiet das unbestrittene kulturelle Zentrum und Heimat angesehener Universitäten. Entsprechend hoch war auch in beiden Hauptstädten der Stellenwert von Forschung und Wissenschaft, der medizinische Fortschritt somit ein Anliegen der hier ansässigen Einrichtungen. Wiederum hatten unterschiedliche Monarchen die beiden Zentren unter ihrer Obhut: Breslau als wichtiges Machtzentrum der Hohenzollern im Osten Preußens, Dresden die Residenzstadt der Wettiner.

Die sächsische Monarchie durchlebte schon einige Jahre eine zunehmende Legitimationskrise. Der Rückhalt der Bevölkerung für das Königshaus ging durch die Folgen des Krieges noch einmal spürbar zurück. Die Versorgungsschwierigkeiten, die zahlreichen Kriegstoten und die immer ernster werdenden infrastrukturellen Probleme, sorgten für Angst und Unmut in der Bevölkerung. Es herrschte zunehmend das Gefühl, die vergangenen vier Jahre ganz umsonst ausgeharrt und die widrigen Umstände ertragen zu haben. Die nun hinzukommende Gesundheitskrise durch die Spanische Grippe dramatisierte diese Situation zusätzlich und sorgte nicht nur für weitere Todesfälle und Sorgen in den Familien, sondern auch für noch mehr Schwierigkeiten bei den staatlichen Kräften, das Land vor dem Kollaps zu bewahren. Die Novemberrevolution beendete schließlich auch in Sachsen die Monarchie und führte zur Ausrufung der Republik und der Abdankung des Königs.

Im Hinblick auf drohende Gesundheitskrisen schien Sachsen zu Beginn des Ersten Weltkrieges gut gerüstet zu sein. Im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert gab es einige Gelegenheiten, um das Gesundheitssystem auf epidemische Situationen vorzubereiten. Die größte Herausforderung stellte dabei die Lungentuberkulose dar, zwischen 1892 und 1906 die mit Abstand tödlichste Infektionskrankheit im Königreich. Allein in den 1890er Jahren erlagen ihr rund

71 Die besonders weit fortgeschrittene Industrialisierung und der hohe Anteil protestantischer Bevölkerung machten Sachsen zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu einer Hochburg der Sozialdemokratie. Trotz einer konservativen Regierungselite erreichte die SPD bei Wahlen zeitweise rund 60 Prozent der Stimmen (1903). Diese politische Gemengelage brachte Sachsen u. a. den genannten Spitznamen ein. Vgl. dazu James RETALLACK, *Red Saxony. Election Battles and the Spectre of Democracy in Germany, 1860–1918* (Oxford 2017).

72 Alle genannten Zahlen entstammen dem Statistischen Jahrbuch für den Freistaat Sachsen 44 (1921), 4, 12, 326, 332.

8.000 Menschen pro Jahr.⁷³ Mit der Jahrhundertwende wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um diese und andere Infektionskrankheiten, wie Pocken, Cholera und Typhus, zurückzudrängen. Insbesondere Impfkampagnen (sofern möglich) und die immer umfassenderen Desinfektionsmaßnahmen einzelner Kommunen, waren wichtige Schritte gegen diese Gefahren.⁷⁴

Die deutlich sichtbaren Erfolge im Kampf gegen die großen Infektionskrankheiten der Zeit, welche sich vor allem in einer sinkenden Mortalität ausdrückten, wurden durch den Ersten Weltkrieg abrupt beendet. Der während des Krieges zunehmende Mangel an Ärztinnen und Ärzten⁷⁵, die prekäre Ernährungssituation und die damit einhergehenden hygienischen Bedingungen, sorgten für einen Anstieg der Infektionszahlen. In dieser Lage traf die Spanische Grippe das bereits äußerst instabile sächsische Gesundheitssystem mit voller Wucht.

Der Erste Weltkrieg offenbarte für Sachsen gravierende Lücken in der medizinischen Infrastruktur. Im Winter 1916/17 führte der Personalmangel dazu, dass zahlreiche Leipziger Stadtteile nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt werden konnten. Der Kriegsdienst für Ärzte und Pflegekräfte hatte die Infrastruktur stark geschwächt, hinzu kam der im Winter üblicherweise ansteigende Krankenstand, auch beim medizinischen Fachpersonal.⁷⁶ Besonders anfällige Bevölkerungsgruppen spürten den Personalmangel deutlich: Die Verwaltung der Stadt Zwickau bilanzierte mit Blick auf das Jahr 1916, dass der Gesundheitszustand der städtischen Schüler*innen „sehr zu wünschen übrig“ ließ. Neben Masern, Scharlach und Diphtherie, breiteten sich aufgrund der schlechten Ernährungssituation auch zunehmend Darmkrankheiten unter der jungen Bevölkerung aus. Der schulärztliche Dienst hatte zu dieser Zeit in Zwickau gänzlich seine Tätigkeit eingestellt, da alle damit beauftragten Ärzte an der Front, und deren noch verbliebenen Kolleg*innen überlastet waren.⁷⁷ Diese Umstände waren insbesondere für die sächsischen Familien eine große Belastung. In den letzten Kriegsjahren kamen neben ökonomischen nun auch gesundheitliche Schwierigkeiten auf.

Die erste der drei großen Wellen der Spanischen Grippe erreichte Sachsen im Sommer 1918. Im Laufe des Monats Mai waren die zunehmenden Grippefälle in Südeuropa schon ein beliebtes Thema in den Dresdner Zeitungen. Es wurde über die „rätselhafte Krankheit“ spekuliert und auch deren rasche Ausbreitung festgestellt.⁷⁸ Die ersten Meldungen über Fälle im Deutschen Reich erfolgten Ende Juni/Anfang Juli, wobei die Bemühungen groß waren, die neue Krankheit als ungefährlich und harmlos darzustellen. Die von den Medien zitierten Experten stuften die Gefahr für die Zivilbevölkerung durch die neue Influenza Welle als „gering“

73 Vgl. Statistisches Jahrbuch für das Königreich Sachsen 36 (1908), 57.

74 Stadtarchiv Plauen (=StA Plauen), Rep. IV, Kap. III, XXV, Nr. 183, Desinfektionsanweisungen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten 1907, Bl. 103.

75 Auch wenn Frauen im Deutschen Kaiserreich vom Medizinstudium ausgeschlossen waren, so bestand kein Verbot den Beruf als Ärztin auszuüben. In Dresden praktizierten im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert bereits einige Medizinerinnen in den unterschiedlichsten Einrichtungen, behandelten jedoch fast ausschließlich andere Frauen und Kinder. 1911 bot dann die erste Allgemeinärztin auch Männern ihre Hilfe an, im gleichen Jahr trat auch die erste weibliche Schulärztin ihren Dienst in einer pädagogischen Einrichtung an. Zur Geschichte der Dresdner Ärztinnen vgl. Marina LIENERT, Ärztinnen in Dresden, in: Dresdner Hefte 147 (2021), 39–47.

76 Vgl. Leipziger Volkszeitung (8. Februar 1917), 5.

77 Stadtarchiv Zwickau (=StA Zwickau), EL 11396, Zusammengefasste Verwaltungsberichte der Stadt Zwickau auf die Jahre 1915–1920, Bl. 34 u. 38.

78 Vgl. Dresdner Nachrichten (29. Mai 1918, Abendausgabe), 2.

ein. Anfang Juli sei auch noch niemand an dieser Krankheit gestorben, war zu lesen.⁷⁹ In der Tat waren die Todeszahlen während der Ersten Welle, ähnlich wie in Breslau, auch in Dresden und Sachsen noch vergleichsweise gering. Die Erkrankungen verliefen in den allermeisten Fällen nur leicht, gelegentlich mit Fieber, das jedoch nach kurzer Zeit wieder abklang. Alles sah zunächst nach einer normalen Grippewelle aus. Dennoch gibt es eindeutige Hinweise, dass die sächsischen Behörden aufmerksam geworden waren, obwohl sie die Einstufung der Krankheit und deren Verläufe als harmlos ebenso mit vorantrieben. Die Anordnung des sächsischen Innenministeriums vom 29. August 1918 an alle Amtshauptmannschaften, die Grippeerkrankungen weiter im Auge zu behalten, wenn nötig auch zu dokumentieren und zu melden, zeigt jedoch deutlich, dass diese Infektionskrankheit durchaus als potenzielle Gefahr für die staatliche Infrastruktur begriffen wurde.⁸⁰

Die zweite Welle stellte auch in Sachsen den Höhepunkt der Epidemie dar. Einen extremen Anstieg der Erkrankungszahlen bemerkte man in der Landeshauptstadt zu Beginn des Monats Oktober 1918, nach einigen Tagen wurde das epidemische Auftreten der Grippe in der Stadt dann auch offiziell in der Presse als solches bezeichnet.⁸¹ Exakte Fallzahlen sind für Dresden in dieser zweiten Welle nicht überliefert. Ein Blick nach Chemnitz und Leipzig im gleichen Zeitraum zeigt jedoch den Anstieg: im Oktober stiegen die registrierten Neuerkrankungen auf über 2.000 pro Tag, wobei die Dunkelziffer deutlich höher gelegen haben muss, denn diese Zahl basiert auf den Aussagen der Ortskrankenkasse, die nur von den eigenen Mitgliedern ausging, zumal die Grippe keine anzeigepflichtige Krankheit war. Zudem traf die Spanische Grippe überdurchschnittlich häufig die weiblichen und jungen Bevölkerungsgruppen.⁸² Diese Tendenzen zeigten sich auch in Dresden, wie anhand der Zeitungsmeldungen über die Grippe Welle an den örtlichen Schulen eindeutig festzustellen ist. Während der ersten zwei Oktoberwochen häuften sich zwar die Berichte über kranke Schüler*innen, bis auf einige ausgesetzte Klassen hatte dies jedoch kaum Folgen. Erst ab Mitte des Monats wurden zunehmend ganze Schulen vorübergehend geschlossen, weil der Betrieb nicht aufrechterhalten werden konnte und die verbliebenen gesunden Schüler*innen geschützt werden mussten.⁸³ Dabei traf die Spanische Grippe die Dresdner Familien an einem besonders sensiblen Punkt. Die Mütter und wenigen Väter, die nicht im Kriegsdienst eingesetzt waren, kämpften nun nicht nur gegen Hunger und Kälte, sondern auch gegen eine Krankheit, die besonders häufig ihre Kinder betraf. Auch wenn die Spanische Grippe nur eine von mehreren gleichzeitig auftretenden Krisen in dieser Zeit war, so muss sie für die moralische Verfassung der Zivilbevölkerung eine zusätzliche, besonders schwere Last gewesen sein.

Die große Verzweiflung von Eltern lässt sich durch entsprechendes Quellenmaterial aus Leipzig gut nachvollziehen: Ein Vater forderte am 18. Oktober 1918 gegenüber dem Stadtrat die Schließung aller Leipziger Schulen, um die Gefahr durch die Grippe für die Schüler*innen

79 Die Spanische Krankheit, in: *Dresdner Volkszeitung* (1. Juli 1918), 3.

80 Sächsisches Staatsarchiv, Hauptstaatsarchiv Dresden (=SächsStA-D), Amtshauptmannschaft Meißen, Nr. 2149, „Die Grippe“, Bl. 1.

81 Die Grippe, in: *Dresdner Nachrichten* (11. Oktober 1918, Abendausgabe), 2.

82 Vgl. Die Grippe, in: *Volksstimme Chemnitz* (17. Oktober 1918), 5; Leipzig, in: *Vogtländischer Anzeiger und Tageblatt* (26. Oktober 1918), 6.

83 Vgl. *Dresdner Nachrichten* (6. Oktober 1918, Morgenausgabe), 4; *Dresdner Nachrichten* (11. Oktober 1918), Abendausgabe, 2–3; *Dresdner Nachrichten* (12. Oktober 1918, Abendausgabe), 2; *Dresdner Nachrichten* (16. Oktober 1918, Morgenausgabe), 3; *Dresdner Nachrichten* (19. Oktober 1918, Abendausgabe), 3–4.

der Stadt möglichst gering zu halten. Das bisherige Verhalten der Behörden kritisierte er als „unverantwortlich und leichtfertig“, das „noch zahlreichere, weitere Opfer unter unseren Kindern“ provoziere.⁸⁴ Die Verzweiflung und Angst um die eigenen Kinder gehen ganz offen aus den Zeilen dieses Leipziger Vaters hervor.

Auch in Sachsen waren die Kommunen in der Pflicht, wenn es um wirksame Maßnahmen gegen diese Epidemie ging. Reich und Land gaben zwar Empfehlungen heraus, verbindliche Weisungen existierten jedoch nicht. Mit Blick auf die Schulen versuchte das zuständige sächsische Kultusministerium seine Kompetenzen wahrzunehmen und entsprechende Leitlinien für Schließungen und Unterrichtseinschränkungen herauszugeben, wartete damit aber bis zum 19. Oktober 1918. Erst mit diesem Datum „ermächtigte“ das Ministerium die Inspektionen, Kommissionen und Direktionen der verschiedenen Schulen und Lehrinrichtungen einen Unterrichtsausfall bis zu 14 Tagen, in Absprache mit dem zuständigen Bezirksarzt, zu verhängen. Ende des Monats wurde diese Regel noch auf eine Dauer über die festgesetzten 14 Tage hinaus erweitert.⁸⁵

Auf eben dieses Signal schien der Dresdner Stadtrat nur gewartet zu haben und beschloss noch am gleichen Tag, alle Schulen im Stadtgebiet zu schließen.⁸⁶ Dabei sollte es jedoch nicht bleiben, denn auch wenn Schüler*innen ganz besonders schwer betroffen waren, erlebte die Residenzstadt in diesen Tagen den drohenden Zusammenbruch der öffentlichen Infrastruktur. Immer weniger Straßenbahnen konnten die Depots verlassen, Krankenhäuser arbeiteten am Limit, Post- und Telegrafämter waren völlig überlastet. Die Spanische Grippe bewirkte einen extremen Personalmangel in allen Bereichen.⁸⁷ Weitere Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Grippe hielt der Stadtrat für unumgänglich, weshalb er bereits am 23. Oktober 1918 ein umfangreiches Verbot aller öffentlicher Veranstaltungen aussprach. Lediglich Gottesdienste waren von dieser Regel ausgenommen.⁸⁸ Somit erfolgte eine klare Reaktion auf die steigenden Erkrankungszahlen. Dieses Maßnahmenpaket bedeutete darüber hinaus auch das behördenseitige Eingeständnis, die dramatische Situation in der Stadt anzuerkennen, worauf mit der Freiheitsbeschränkung der Bevölkerung reagiert wurde. Doch reagierten einige Personenkreise nicht mit Verständnis oder gar Wohlwollen auf die verhängten Einschränkungen. Gegen den teilweisen Lockdown in Dresden begehrt vor allem die Besitzer*innen von Theatern und anderen Bühnen auf. Sie fürchteten in diesen ohnehin schwierigen Zeiten um ihre Existenz, da das Veranstaltungsverbot alle Aufführungen in geschlossenen Räumen beinhaltete. Die Leiter der Dresdner Privattheater versammelten sich am 24. Oktober 1918 in der Innenstadt, um ihren Unmut kundzutun. Öffentlich drückten sie ihren Ärger und ihre Wut über diese „schwer schädigende Maßnahme“ aus. Sie trafen im Rathaus auf Hugo Richard May, den dritten Bürgermeister der Stadt und erwirkten ein Gespräch. Insbesondere die festgestellte Ungerechtigkeit, dass sich in den Gastwirtschaften ebenfalls Menschen versammelten, diese jedoch geöffnet bleiben durften, konnte auch der Vertreter der Stadt nicht entkräften. Beschwichtigend erklärte

84 Stadtarchiv Leipzig (=StA Leipzig), Gesundheitsamt Nr. 287, Grippeerkrankungen (Spanische Krankheit), Juli 1918–März 1933, Bl. 18.

85 StA Zwickau, III z 4 S 646, Weisung des sächsischen Kultusministeriums vom 19.10.1918, Bl. 3 u. 5.

86 Vgl. Sämtliche Dresdner Schulen wegen der Grippe geschlossen, in: Dresdner Nachrichten (20. Oktober 1918, Abendausgabe), 2.

87 Vgl. Dresdner Nachrichten (16. Oktober 1918, Morgenausgabe), 3; Dresdner Nachrichten (23. Oktober 1918, Abendausgabe), 2.

88 Vgl. Verbot aller öffentlichen Veranstaltungen in Dresden, in: Dresdner Volkszeitung (24. Oktober 1918), 6.

der Bürgermeister nach nur kurzer Zeit, dass das Verbot zeitnah wieder aufgehoben werden sollte.⁸⁹ Ein Blick nach Chemnitz zeigt, dass die zuständigen Amtshauptmannschaften in dieser Hinsicht durchaus unterschiedlich agierten. Hier mussten auch Schankbetriebe kurzzeitig schließen, was das Verbot wesentlich glaubwürdiger und konsequenter erscheinen ließ. Sogar Straßenbahnen sollten zeitweise nur für unbedingt notwendige Wege benutzt werden.⁹⁰ Letztendlich wurde das Verbot nicht sofort wieder aufgehoben, wie vom Bürgermeister angekündigt, weshalb die Leiter*innen der Theater den Protestweg weitergingen und sich direkt mit ihrem Unmut an den Stadtrat wandten.⁹¹

Nicht nur die ungleiche Behandlung verschiedener Vergnügungs- und Gastronomiebetriebe, sondern auch der landesweite „Maßnahmen-Flickenteppich“, verstärkten deren Empfinden, ungerecht behandelt zu werden noch zusätzlich. Die Uneinheitlichkeit führte zu teils grotesken Situationen: Die Theaterbesitzer*innen fanden andere Wege ihre Vorstellungen durchführen zu können und wichen wenige Meter über die Stadtgrenze hinaus in Vororte mit größeren Gastronomiebetrieben aus. Diese wurden kurzzeitig angemietet und für Theatervorstellungen hergerichtet. So mussten die Zuschauer*innen zwar die Stadt verlassen, um in den Genuss einer Aufführung zu kommen, jedoch waren damit keine großen Wege oder besonderer finanzieller Aufwand verbunden.⁹² Die Reaktionen der Theaterbesitzer*innen auf das Verbot waren somit nicht nur öffentlich vorgetragene Wut und Protest, sondern durch ihr Ausnutzen der kommunalen Uneinigkeit wird auch das Unverständnis darüber offensichtlich, warum ausgerechnet sie die finanziellen Folgen dieses Verbots tragen sollten.

Wie notwendig Einschränkungen des öffentlichen Lebens in Dresden und ganz Sachsen waren, zeigt ein Blick auf den Zustand des Gesundheitssystems der Stadt im Oktober 1918. Der Mangel an Ärzten und Pflegepersonal durch den Krieg und einen hohen Krankenstand betraf in diesen Tagen auch die Landeshauptstadt. Ende des Monats wandte sich der Stadtrat sogar hilfesuchend an das Militär und bat um personelle Aushilfen, weil die Krankenhäuser der Stadt kaum noch in der Lage waren, alle Patienten zu versorgen.⁹³

Der akute Personalmangel war zwar offensichtlich, für die Teile der Bevölkerung, die nicht im privaten Umfeld mit medizinischem Personal zu tun hatten oder in einer medizinischen Einrichtung behandelt wurden, jedoch wenn überhaupt eher am Rande zu bemerken. Auch deshalb reagierten viele Menschen wohl eher gleichgültig auf die Pressemeldungen zur Grippe. Wie nah das Gesundheitswesen in Dresden vor einem Kollaps stand, zeigt ein Vorfall aus der Nacht vom 25. auf den 26. Oktober. Die Dresdner Feuerwehr wurde zur Erstversorgung einer Patientin gerufen. Der Versuch die Frau so schnell wie möglich in einem Krankenhaus unterzubringen scheiterte jedoch mehrfach. Die Feuerwehrleute wurden mit ihrer Patientin von allen drei angefahrenen Einrichtungen, mit Verweis auf Überfüllung, abgelehnt.⁹⁴

89 Vgl. Protest gegen das Verbot der Theatervorstellungen, in: *Dresdner Volkszeitung* (25. Oktober 1918), 7; Verbot aller öffentlichen Veranstaltungen, in: *Dresdner Nachrichten* (25. Oktober 1918, Abendausgabe), 2–3.

90 Vgl. Die Grippe, in: *Volksstimme Chemnitz* (28. Oktober 1918), 3.

91 Vgl. Zum Theaterverbot, in: *Dresdner Nachrichten* (26. Oktober 1918, Abendausgabe), 3.

92 Vgl. Örtliches und Sächsisches, in: *Dresdner Nachrichten* (27. Oktober 1918), 4. Der Artikel kündigt eine Aufführung von Tymians Thalia-Theater in einem Gasthof im Vorort Bühlau an, der erst 1921 eingemeindet wurde. Darüber hinaus wird die Absicht deutlich, den restlichen Oktober Spielplan dort absolvieren zu wollen.

93 Stadtarchiv Dresden (=StA Dresden), 2.3.24, Gesundheitsamt Nr. 202, Krankenpflege- und Stiftsamt, Bl. 4.

94 Ebd., Bl. 8/9. Die Akte enthält den Bericht des diensthabenden Branddirektors an das Krankenpflegeamt der Stadt Dresden, der am 28. Oktober 1918 bei der Behörde einging.

Da die vorhandenen Quellen keine weiteren Berichte über solche Vorfälle in Dresden enthalten, ist davon auszugehen, dass es sich nicht um ein Massenphänomen handelte und solch dramatische Situationen lediglich die Ausnahme waren. Der Bericht zeigt jedoch, dass die Krankenhäuser der Stadt nicht mehr alle Menschen versorgen konnten. Angesichts der überlieferten Patientenzahlen überrascht dieser Umstand auch nicht, denn im Laufe des Monats Oktober versorgte das Krankenhaus in Dresden-Johannstadt zeitweise über 800 mit Grippe infizierte Personen, die Einrichtung in Dresden-Friedrichstadt im gleichen Zeitraum sogar über 1.000.⁹⁵ Einen umfassenden statistischen Überblick über die Spanische Grippe in Sachsen und Dresden zu geben, ist leider nicht möglich. Die wenigen überlieferten Berichte zu Erkrankungszahlen gehen zumeist auf die jeweiligen Ortskrankenkassen zurück, bei denen jedoch nur ein Bruchteil der Bevölkerung versichert war. Da es sich bei der Grippe nicht um eine meldepflichtige Infektionskrankheit handelte, waren auch Ämter und Behörden bei ihrer Einschätzung auf diese nicht repräsentativen Zahlen angewiesen, sie folgten häufig auch dem subjektiven Eindruck der Bezirksärzte. Durch die Statistischen Jahrbücher Sachsens ist es zumindest möglich, die Todeszahlen für einen begrenzten Zeitraum zu bestimmen. Diesem zufolge forderte die Spanische Grippe in Dresden 1168 Todesopfer, im gesamten Dresdner Regierungsbezirk waren es 3054. Die gesamtsächsische Opferzahl im Jahr 1918 wird mit 10.597 angegeben.⁹⁶ Die Dunkelziffer wird aber weitaus höher gewesen sein. Denn die Folgeerkrankungen einer Grippeinfektion, wie z. B. die Lungenentzündung, wurden in der Statistik extra ausgewiesen und häufig nicht im Zusammenhang mit der Spanischen Grippe gesehen.

95 Ebd., Bl. 1/2.

96 Vgl. Statistisches Jahrbuch für den Freistaat Sachsen 44 (1921), 95. Zum tödlichen Verlauf der Pandemie nach Lebensalter und Monaten 1918 vgl. ebd., 101–103.

Fazit

Sowohl in Breslau als auch in Dresden etablierte sich bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine für die Zeit moderne Gesundheitsversorgung. In beiden Städten konnten gefährliche Infektionskrankheiten wie Cholera, Ruhr und Diphtherie eingedämmt werden, jedoch stieg die Bedrohung während des Ersten Weltkrieges wieder an. Der heftige Verlauf der zweiten Welle der Spanischen Grippe im Herbst 1918 überforderte schließlich die bereits angespannten Gesundheitssysteme und führte durch die vielen Krankheitsfälle zu einem zeitweisen Zusammenbruch der öffentlichen Infrastruktur. Der plötzliche Krankheitsausbruch sorgte zunächst für eine Beunruhigung in der Bevölkerung, welcher die Stadtverwaltungen mit unterschiedlichen Methoden entgegentraten. Trotz der Empfehlungen der Gesundheitsexperten kam es in Breslau nicht zu Schließungen öffentlicher Einrichtungen (mit Ausnahme der Schulen), da der Stadtrat die Eindämmung negativer Emotionen zur Priorität machte. Dem Magistrat und den Gesundheitsbehörden ging es vor allem darum, Panik und Ängste zu vermeiden, um die bereits bestehenden „multiplen Krisen“ nicht noch zu verstärken. Als es in Dresden zu einer Überforderung der Gesundheitseinrichtungen und zu einem Zusammenbruch der Infrastruktur kam, ließ der Stadtrat dagegen teilweise Schließungen öffentlicher Einrichtungen durchführen. Dies sorgte für empörte und wütende Reaktionen einiger Unternehmer, die ihren Unmut öffentlich ausdrückten. Obwohl dies in Breslau nicht der Fall war, zeigen die Zusammenstöße zwischen renitenten Passagier*innen und dem Straßenbahnpersonal, wie angespannt die Stimmungslage war. Die Breslauer Mediziner konzentrierten sich daher, neben der Versorgung der Patient*innen, auf die Aufklärung über die Grippe und die Zerstreung von Gerüchten, etwa über den Ausbruch der Lungenpest, Bemühungen die in den Dresdner Quellen nahezu keine Rolle spielen. Da der Berliner Reichsgesundheitsrat keine verbindlichen Vorgaben machte, überließ er den Gemeinden selbst die Initiative, was zu einer starken Dezentralisierung führte. Der dadurch entstandene Flickenteppich an Maßnahmen verminderte die Glaubwürdigkeit der Behörden.

In Breslau wurde die Angst vor der Seuche unter anderem, trotz der Infektionsgefahr, mit der Durchführung religiöser Massenveranstaltungen aufgefangen.⁹⁷ In Dresden blieben die Kirchen ebenfalls von den Abspermaßnahmen ausgenommen. Dass die Spanische Grippe überall als „skandalisierte Krankheit“ wahrgenommen wurde, lässt sich anhand der Beispiele also nicht feststellen. In Breslau sorgten Gerüchte über die Lungenpest kurzzeitig für Panik, während die Influenza, trotz der vielen schweren Verläufe, in der Bevölkerung für vergleichsweise wenig Ängste sorgte. In Dresden empfanden zumindest die vom Publikumskontakt abhängigen Gewerbetreibenden die Krankheit als geringere Bedrohung als mögliche Abspermaßnahmen. Die „multiplen Krisen“ der Zeit überdeckten langfristig die Gesundheitskrise der Spanischen Grippe, die der Bevölkerung und den Behörden zwar als schwere, aber nicht als bedrohliche und beängstigende Krankheit im Vergleich zur Cholera, Pest oder zum Typhus erschien. Die Spanische Grippe traf unsere Untersuchungsregionen in einer Zeit der „multiplen Krisen“ und war nur eine Katastrophe unter vielen. Bis auf wenige Ausnahmen galt sie als private Krise, die im Vergleich zum Kriegsende, den sozialen und politischen Umbrüchen eher in den Hintergrund geriet.

97 Siehe Eingangszitat.

Informationen zu den Autoren

Dr. Matthäus Wehowski ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Hannah-Arendt Institut für Totalitarismusforschung Dresden (HAIT)

E-Mail: matthaeus.wehowski@mailbox.tu-dresden.de

Hans-Martin Behrisch M.A. ist Doktorand an der Universität Leipzig

E-Mail: hmbehrisch@web.de

Carlos Watzka

**Patriarchal zeal for purity and
maternal affection for infants.
Anti-vaccinationism in the religious community of
Lipovans in Bukovina around 1900 and the
cessation of the last smallpox epidemic in the
Habsburg Empire before WWI**

Summary

Widespread vaccination campaigns had already led to the near eradication of smallpox in the Habsburg Monarchy of the late 19th century, when a new surge of infections attracted the attention of both the authorities and medical experts. The specific source of the renewed spread of the virus in 1898 was soon suspected to be the religious minority of the Lipovans in Bukovina, a small community of Russian origin known for its very traditional, ascetic and isolated lifestyle. The Lipovans were notorious deniers of civil registration and professional medicine, especially vaccinations. The concept of “purity” played a major emotional role in the Lipovan belief system, and was linked to a specific abhorrence of mixing human and animal blood. Instead of medicine, the members of the community claimed to trust in God alone, so that cases of illness were even concealed and contacts with external medical experts were avoided. In 1898, this behaviour led to a regional epidemic that particularly affected the Lipovans’ unvaccinated infants. The regional authorities were slow and negligent in dealing with this health threat. Within the religious community, however, the devastating epidemic eventually led to a reorientation: according to the report of the district physician Dr. Josef Perl, several Lipovan women had their surviving children vaccinated “secretly”, and the immunity thus gained acted as a positive example for others.

Ausgedehnte Impfkampagnen hatten in der Habsburgermonarchie des späten 19. Jahrhunderts bereits nahezu zur Auslöschung der Pocken geführt, als ein neuer Anstieg von Infektionen die Aufmerksamkeit sowohl der Behörden als auch der medizinischen Experten auf sich zog. Als spezifische Quelle der erneuten Ausbreitung des Virus im Jahr 1898 wurde bald die religiöse Minderheit der Lipowaner in der Bukowina verdächtigt, eine kleine Gemeinschaft russischen Ursprungs, die für ihren sehr traditionellen, asketischen und isolierten Lebensstil bekannt war.

* Article accepted for publication after external peer review (double-blind).

Die Lipowaner waren notorische Verweigerer von Personenstandserhebungen und professioneller Medizin, speziell auch von Impfungen. Das Konzept der „Reinheit“ spielte im Lipowanischen Glaubenssystem eine große emotionale Rolle, und war dabei mit einem spezifischen Abscheu vor der Vermischung von menschlichem und tierischem Blut verbunden. Anstelle der Medizin behaupteten die Mitglieder der Gemeinschaft allein auf Gott zu vertrauen, sodass auch Krankheitsfälle verheimlicht und Kontakte mit externen medizinischen Experten vermieden wurden. 1898 führte dieses Verhalten zu einer regionalen Epidemie, von der insbesondere die ungeimpften Kleinkinder der Lipowaner betroffen waren. Die regionalen Behörden waren langsam und nachlässig im Umgang mit dieser Gesundheitsgefahr. Innerhalb der religiösen Gemeinschaft führte die verheerende Epidemie aber schließlich zu einer Umorientierung: Gemäß dem Bericht des Distriktsarztes Dr. Josef Perl ließen mehrere Lipowanerinnen ihre überlebenden Kinder „geheim“ impfen, und die so gewonnene Immunität wirkte als positives Beispiel für andere.

Keywords

Prevention, smallpox, anti-vaccinationism, history of emotions, Bukovina, Habsburg Monarchy

Preliminary remarks

This contribution deals with the last smallpox epidemics in the pre-war Austro-Hungarian Empire, which took place between 1896 and 1900 within the crown lands of Galicia and Bukovina, with a focus on the latter province. At the centre of both the epidemic incident itself, as well as the political and medical measures taken by central and regional authorities to contain the spread of the variola virus, was a particular religious community, the so-called Lipovans, a group of conservative Christian believers that arose from resistance to the state-led “modernisation” of Russian Orthodox church habits during the 17th century.

The author began to examine this issue several years ago in the context of a FWF-funded research project on epidemics and their prevention in 19th century south-eastern Europe.¹ Because of the “international” character of the topic, this contribution is presented in English, although most of the sources used here – and large parts of the relevant research literature, too – are written in German.² Further, important additional documents on the issue probably exist in Russian and Romanian in regional archives, which the author could not make use of due to both a lack of language skills and research time. Yet, scrutiny into the archives at the Austrian National Archive in Vienna (ÖSTA) delivered surprisingly rich material on this particular topic, located in the archive holdings of the Ministry of Interior (“Ministerium des Inneren”, MdI) within the General Administration Archive (“Allgemeines Verwaltungsarchiv”, AVA).

1 FWF-research project no. P 25929, led by Christian Promitzer, at the Department for Southern European History of the University of Graz, funding period 2014–2016.

2 All verbatim quotations within this article were translated into English by the author.

The issue was selected for a contribution to this volume on “epidemics and emotions” because of its ability to display the intense interdependence of processes of social identity management and individual demands on emotional regulation during epidemic threats.

Bukovina and the last smallpox epidemics in the Habsburg Monarchy before WWI

Smallpox was a peculiar disease. Its easy transmissibility and high lethality made it one of the most feared illnesses in pre-modern Europe. In contrast, so-called “variolation”, which proved to be quite an effective prevention measure against the deadly courses of the illness but was itself rather dangerous, was transferred from the Ottoman Empire to Europe as early as during early 18th century, and at the end of that saeculum, the famous Edward Jenner (1749–1823) developed the method of “vaccination” – the transfer of body particles from cattle infected with the less severe cow pox to the human body to prevent the severe pathogenic effects of later variola infections.³ This precaution proved to be enormously successful and spread over large regions of Europe very fast, heavily promoted by both state authorities and the majority of physicians and members of the cultural elite in general. Still, one element involved – the transfer of a “living” body substance from animal to human, by the “unnatural” way of “in-oculation” through a purposely inflicted (small) wound – created particular resistance among certain parts of the population in all countries. In many regions, some members of the clergy and other “professionals” in religious life played an important role in expressing concerns and organising resistance against such “vaccination” (the English term, in fact, already pointing at the “animal origin”), with regard to its supposed dangers for physical health on the one hand, but also the perceived sinful transgression of the God-given “natural order”, too, which would have the power to wreck man’s promise for a joyful eternal afterlife.⁴

Yet, during 19th century, vaccination became more and more established within most countries in Europe due to the ongoing political and social pressure, as well as positive advertisement, which could particularly point to the growing protective efficacy and decreasing of adverse effects following improvements in the techniques of serum production, vaccine handling

3 Donald HOPKINS, *The Greatest Killer. Smallpox in History* (Chicago 2002).

4 Cf. for Germany: Malte THIESSEN, *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert* (Göttingen 2017); Eberhard WOLFF, *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (Stuttgart 1998), esp. 399–412, for Austria: Marcel CHAHROUR, *Der Medizinische Orient. Wien und die Begegnung der europäischen Medizin mit dem Osmanischen Reich (1800–1860)* (Stuttgart 2022), esp. 62–111; Elke HAMMER-LUZA, ‘Lässt nicht impfen’. Widerstände gegen die Vakzination in der Steiermark in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (2021), 102–130; Elena TADDEI, Aspekte von indirektem Impfwang im Rahmen der Pockenschutzimpfung im Tirol des 19. Jahrhunderts, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (2021), p. 131–146; Andreas GOLOB, Die präventive Blatternbekämpfung im Spiegel des Wiener Zeitungswesens. Sondierungen von 1722 bis 1812, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (2021), 55–78; moreover, for the Russian Empire: Daria SAMBUK, *Wächter der Gesundheit. Staat und lokale Gesellschaften beim Aufbau des Medizinalwesens im Russischen Reich 1762–1831* (Wien 2015).

and injection procedures.⁵ Therefore, during the second half of the century, the number of strict anti-vaccination attitudes gradually faded away among most parts of European societies, even if scepticism and disinterest in vaccination remained astonishingly common phenomena.⁶

Nonetheless, vaccination efforts brought the quasi-endemic spread of variola to an end within many European countries by the end of the century. In Germany, for instance, during the mid-1890s the death toll due to smallpox declined – according to official statistics, which in this case can be trusted at least *grosso modo* – to fewer than 10 persons per year.⁷ The Austro-Hungarian Empire was somewhat behind in this development, but registered smallpox-caused deaths had fallen at least to about 1,200 annually within the whole monarchy by 1895. Moreover, 88% of cases were related to the crown land of Galicia in the relatively “backward” north-eastern periphery of the Empire. Even there, in the following year, smallpox dispersion was reduced considerably – but at the same time, the number of variola victims unexpectedly rose in the neighbouring Bukovina region, where more than 200 deaths were registered in 1896, a number several-times higher than the sums quoted in the previous years.⁸

This phenomenon drew the attention of the Austrian Ministry of the Interior (to which health issues of transregional importance, like epidemic prevention, appertained) – but only with considerable delay, from 1898 onwards, when the infection and death numbers due to smallpox had again risen to unexpected heights, with more than 2000 registered deaths from variola in that year in Galicia and nearly 500 in – considerably smaller – Bukovina.⁹ The relevant reports sent in by the regional government of Bukovina at that time soon hinted at a peculiar religious group of so-called Lipovans as the main source of the new epidemic, as the villages inhabited by them turned out to be hotspots of this new wave of infections – and this “sect” were already known as notorious and tenacious anti-vaxxers.

5 Cf., for the case of the Austro-Hungarian Empire: Heinz FLAMM / Christian VUTUC, *Geschichte der Pocken-Bekämpfung in Österreich*, in: *Wiener Klinische Wochenschrift* 122 (2010), 265–275; Michael MEMMER, *Die Geschichte der Schutzimpfungen in Österreich*, in: Gerhard Aigner u. a., eds., *Schutzimpfungen – Rechtliche, ethische und medizinische Aspekte* (Wien 2016), 7–36; 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; Diether KRAMER, *Der Wandel der Mortalität. Untersuchungen zum Sterblichkeitsrückgang in der Steiermark* (Wiesbaden 2014), esp. 237–253; moreover, the author’s contributions cited below.

6 Cf. esp. Paul KÜBLER, *Geschichte der Pocken und der Impfung* (Berlin 1901).

7 *Ibid.*, 361.

8 Cf. esp.: 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, eds., *Medicalising Borders. Selection, Containment and Quarantine Since 1800* (Manchester 2021), 100–125; Carlos WATZKA, *Pockensterblichkeit und Pockenimpfung in der Peripherie. Die Zurückdrängung der Blattern in der Bukovina während des 19. Jahrhunderts im Kontext der Gesundheitspolitik in der Habsburgermonarchie*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (2021), 167–188.

9 Cf. Carlos WATZKA, *Pockensterblichkeit*, 173.

The Lipovans in Bukovina

Until now, there has been very little research literature in English dedicated particularly to the Lipovans (Filippowzy; Lipowaner) in Bukovina and their history.¹⁰ Yet, there is a considerable number of texts in the German language, particularly for those who lived in Bukovina when the region was a – multicultural and multilingual – part of Habsburg Monarchy between the late 18th and the early 20th century.¹¹ The contemporary ethnographic and historical displays on Lipovan life by Johann Goehlert (1863), Demeter (Dimitr) Dan (1890, 1899), Raimund Kaindl and Franz Wickenhauser (1896) and Johann Polek (1896), published in Vienna or in Czernowitz, are particularly worth mentioning.¹²

In all of these texts, the reader is first informed about the peculiar political and religious processes that led to the settlement of the Lipovans in Bukovina. Their ancestors were persons of Russian Orthodox faith who were opposed to certain church reforms initiated by the Muscovite patriarch Nikon during the 1650s and 1660s; in consequence, they were excommunicated and severely oppressed by Russian state authorities, including the execution of tens of thousands who refused to recognise the new ecclesiastical rituals as being right. This led to the escape, or emigration (and later sometimes forced deportation, too), of large numbers of such “Old Believers” (“Staroverci”; also called “Starobradsji”, that is: “followers of old rituals” or, pejoratively, “Raskolniki”, “splitters”), from central areas of the Russian Empire to the regions on its periphery or even beyond, beyond the reach of government authorities. The Principate of Moldova, then vassal to the Ottoman Empire but ruled by Christian rulers, was an important target area during the 18th century, as the Russian “Old Believers” were welcomed there as new tributaries, particularly for areas previously depopulated by wars and epidemics.¹³

10 But cf. Cristina CLOPOT, *Russian Old Believers' Heritage and Tradition in Romania – Bridging the Past and the Future*, Dissertation (University of Edinburgh 2017); Nichifor VOROBION, *The Russian Lipovans Between Three Empires*, in: Wilfried Heller et al., eds., *Die Dobruška* (München 2009), 151–156. The recent, comprehensive dissertation on the Lipovans in the Danube Delta by Camillo Breiling found only about 10 anglophone publications on Russian Old Believers at all, stating that the majority of academic texts on the issue are written in Russian: Camillo BREILING, *Die Lipowaner. Russische Altgläubige als religiöse und sprachliche kulturelle Minderheit im rumänischen und ukrainischen Donaudeelta*, Dissertation (Universität Wien 2020), 38. As overviews in German cf. Wilhelm HOLLBERG, *Das russische Altgläubigentum* (Tartu 1994); Peter HAUPTMANN, *Rußlands Altgläubige* (Göttingen 2005).

11 The German language, as the dominant language of the Austrian part of the Monarchy as a whole, was largely in use among the state authorities in this particularly multicultural area, although the majority of the population were first and foremost Romanian or Ukrainian (Ruthenian) speakers. Cf. Kurt SCHARR, *Die Landschaft Bukowina. Das Werden einer Region an der Peripherie 1774–1918* (Wien–Köln–Weimar 2010), Victoria POPVICI, Wolfgang DAHMEN / Johannes KRAMER, eds., *Gelebte Multikulturalität. Czernowitz und die Bukovina* (Frankfurt am Main 2010); Emanuel TURCZYNSKI, *Geschichte der Bukovina in der Neuzeit* (Wiesbaden 1993).

12 Johann Vincenz GOEHLERT, *Die Lipowaner in der Bukowina* (Wien 1863); Demeter DAN, *Die Völkerschaften der Bukowina*, 1. Heft: *Die Lippowaner in der Bukowina* (Czernowitz 1890); Demeter DAN, *Die Lippowaner*, in: Erzherzog Rudolf von Habsburg et al., eds., *Die österreichisch-ungarische Monarchie in Wort und Bild*. Bd.: *Bukowina* (Wien 1899), 282–295; Raimund KAINDL / Franz WICKENHAUSER, *Das Entstehen und die Entwicklung der Lippowaner-Colonien in der Bukowina* (Wien 1896); Johann POLEK, *Die Lippowaner in der Bukowina*, 3 vol. (Czernowitz 1896–1899). For a scholarly critique of the existing elements in the depiction of Bukovina within the “Kronprinzenwerk” cf. Viktoriya HRYABAN, *Der ‘Bukowina-Band’ der Österreichisch-Ungarischen Monarchie in Wort und Bild*, in: *Kakanien revisited* 25/11 (2005), 1–11.

13 Cf. i.e. Demetrius ONIUL, *Landesgeschichte vor der Vereinigung, bis 1775*, in: Erzherzog Rudolf et al., eds., *Monarchie in Wort und Bild*, 57–116, esp. 111–116.

Thus, some “Staroverci” had entered the area of the later Bukovina even before it was established as a particular political entity in 1775, as a result of negotiations between the Habsburg and the Ottoman Empire’s governments after the Russian-Turkish war of 1768–1774. They were already called “Philippovans” or “Lipovans” then, for reasons not entirely known.¹⁴ This community was considerably reinforced by fellow Old Believers during the early 1780s. According to Kaindl and Wickenhauser, the Austrian authorities only then took notice of this particular group of inhabitants of the newly acquired territory.¹⁵ Emperor Joseph II, who visited Bukovina personally in 1783, granted tolerance, free exercise of their religious customs, and even exception from military service (without temporal limitation) to the Lipovans; moreover, he gave them on this occasion dispensation from the duty of paying tax for 20 years.¹⁶ Already then, the community was esteemed among Austrian political authorities – and the Emperor himself – as particularly “industrious”, and obviously it was the prospect of gaining productive new subjects for populating this peripheral and war-torn Eastern border region of the Empire¹⁷ that caused the granting of these considerable privileges to a religious community already renown not only as hard-working and very ascetic – and pacifist – in their lifestyle, but at the same time rather stubborn in their world-view and conservatively sticking to what they considered ancient commands for proper conduct regarding all spheres of life.¹⁸

From the 1850s onwards, four Lipovan villages existed in Bukovina, in which the vast majority of the community members lived: Klimautz (Klimoutz, Climăuți, today in Moldova) and neighbouring Fontina Alba (Weissenbrunn, Fântâna Albă, Belaja Kriniza, Bila Krynyzja, today in Ukraine) in the Sereth District (Siret, Seret), and Lippowany-Sokolince (L.-Socolinți; Lypowany, Lipoweni, Lipoveni, today in Ukraine) near Mitoka Dragomirna (Mitocu-Dragomirnei, today in Romania) in the Suczawa District (Suceava, Sutschawa, Szuscáva) and Lippowany-Kossowanka (Lypowany, Lipoweni, Lipoveni) near Lukawetz (Lukawzi; Lypowany) in the Wiznitz District (Vijnița, Wyznycia, Wyschnyzja, today in Ukraine).¹⁹ Together these villages counted nearly 3,000 Lipovan inhabitants in 1857, and their number increased only slightly afterwards to about 3,200 in the early 1890s. The size of the community even dropped quite rapidly to about 2800 at the end of the decade.²⁰

One important reason for an “aversion” to military service was said to be a new army law issued in 1868, which obviously prompted a lot of young male Lipovans to leave permanently, since the government had started to try to recruit them, too, ignoring the privileges granted to the community by Joseph II.²¹ At the end of 1890, nearly 1,000 Lipovans lived in Fontina Alba,

14 Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 1, 3, 18; vol. 2, 9; DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 12; GOEHLERT, *Lipowaner*, 4.

15 Cf. KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, esp. 10–11.

16 Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 1, 4–12; DAN, *Völkerschaften*, 13–14.

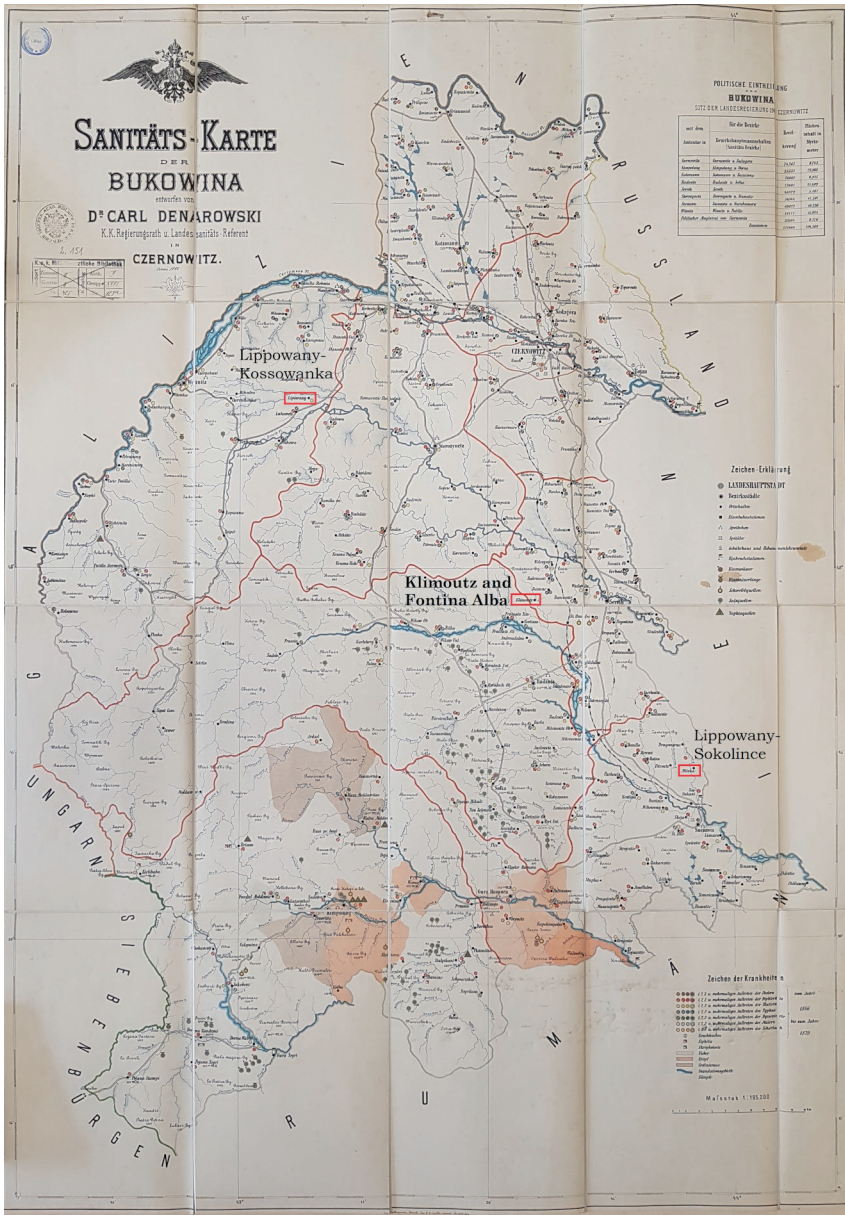
17 Cf. KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, 13–14; POLEK, *Lippowaner*, vol. 1, 11.

18 Cf. already the account of the military governor of Bukovina, Karl Freiherr von Enzenberg, who led negotiations with the Lipovans in the early 1780s: POLEK, *Lippowaner*, vol. 1, 24.

19 GOEHLERT, *Lipowaner*, 12, names five. But from the “colony” of Mychdra / Mihodra a major part of inhabitants moved to neighbouring Lippowany-Kossowanka between the 1860s and the 1890s: Cf. KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, esp. 45. For the geographical location of these villages see map 1.

20 Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 1, 21.

21 Already in 1873 it was conceded that Lipovans would be recruited for army assistance services only, a regulation that over time was accepted to a certain extent. Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 43–45; DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 29–34; DAN, *Lipowaner*, 295.



Map. 1: The Lipovan communities of Klimoutz & Fontina Alba, Lippowany-Kossowanka and Lippowany-Sokolinice (marked by the author on a map of Bukovina from 1880), Source: Carl Denarowski, Sanitäts-Karte der Bukowina (Czernowitz 1880).

about 1,200 in Klimautz, nearly 500 in Lippowany-Sokolince, and about 300 in Lippowany-Kossowanka, along with some 250 in other places within Bukovina.²²

In terms of religious views and habits, the small population of Bukovina Lipovans was not at all homogenous; rather, there were several different currents of belief systems. A main difference was observed between those Lipovans (living mainly in Fontina Alba, Lippowany-Sokolince and Lippowany-Kossowanka) called “popovci” (“with priests”) and others (living primarily in Klimautz) called “bezpopovci” (“without priests”). The former, like the main churches of Christian Orthodoxy, regarded the distinct rank of priests as a God-given institution. The latter regarded the institution of priesthood as obsolete due to sins committed by the orthodox clergy in the past.²³ The “popovci” also maintained a cloister of lay monks in Fontina Alba, which they had founded in the late 18th century. In 1840, the Lipovan community there, due to the factual lack of a priest of their belief, intended to institute a spiritual head from outside, who would, among other duties, conduct pastoral care and education.²⁴

Secular authorities got involved, and some inquiries were made into the Lipovan belief system, though with little effort, because the community did not allow outsiders to attend to their religious ceremonies and the written information it handed over remained meagre, too. Until then the Lipovans had even successfully resisted keeping any written records on births, weddings and deaths (!) – a public obligation otherwise indiscriminately imposed on all subjects of the Austrian Empire as early as since the late 18th century.²⁵ This was probably not only due to their general distrust of secular political structures, but also because of their interest in impeding feared future taxation efforts (and eventually due to a lack of skills in reading and writing, too).²⁶

In 1846, the Bukovina Lipovan community finally succeeded in “recruiting” a spiritual head, which had been a difficult task, since the community was looking not just for a priest of their own peculiar faith, but rather for their “own” bishop. Thus the “popovci” would be able to establish a lineage of consecration on their own and a genuine Lipovan clergy. A “jobless” Greek-Orthodox ex-bishop from Bosnia indeed converted to the Lipovan confession and then took over a quite well-funded new bishop’s see in the tiny village of Fontina Alba.²⁷ Until the 1890s, the cloister there had grown to the extent of 50 inhabiting brethren and had risen in significance as a bishop’s see – a “Metropolitan of all old-believing Lipovans of the world” in their own terms, a “Swiatytel”, that is an auxiliary bishop, in the terms of Austrian secular authorities.²⁸

22 Cf. POLEK, *Lipowaner*, vol. 1, 21; KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, esp. 45, 55, 59–60.

23 Cf. POLEK, *Lipowaner*, vol. 2, 7–11; DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 14; GOEHLERT, *Lipowaner*, 6.

24 Cf. POLEK, *Lipowaner*, vol. 2, 17–19 and 44; DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, p. 16; GOEHLERT, *Lipowaner*, 11.

25 Cf. POLEK, *Lipowaner*, esp. vol. 2, 20–21; Andreas WEIGL, *Quellen der Historischen Demographie*, in: Josef Pauser / Martin Scheutz / Thomas Winkelbauer, eds., *Quellenkunde der Habsburgermonarchie (16.–18. Jahrhundert)* (Wien–München 2004), 696–707, esp. 701.

26 Cf. GOEHLERT, *Lipowaner*, 8. The Lipovans on this occasion were regarded as being led by “blind religious fanaticism” by the relevant local authority. One still has to note that their successes in resisting being taxed, resulted in remarkable advantages in economic competition for the Lipovans. Austrian civil authorities were well aware of this, and sometimes supposed a direct nexus, too. For the matter of register books, the regional government enforced the implementation of relevant general laws around 1860 by installing a public officer from outside in Fontina Alba at the expense of the Lipovan community: Cf. KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, esp. 76–81; POLEK, *Lipowaner*, vol. 2, 22 and vol. 3, 33–43.

27 Cf. POLEK, *Lipowaner*, vol. 2, 28–31; DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, esp. 16–21.

28 DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 27. This extraordinary status even led to substantial involvement of the Lipovan clergy in Fontina Alba into religious politics on a European scale. Cf. POLEK, *Lipowaner*, esp. vol. 2, 32–43; GOEHLERT, *Lipowaner*, 7.

One result of this success of the “popovci” was that tensions with the “bezpopovci” intensified. During the 1850s both factions even charged the other at the regional government of Bukovina as being new and heretic aberrations of the ancient, right belief of Lipovans. This incident, together with the fact that the Lipovans still opposed the observance of many secular laws, instigated the political authorities to conduct a formal inquiry into their religious and social customs. The first results confirmed, among other problems, the lasting fierce resistance of both branches of the community against epidemic protection measures. Moreover, the “popovci” of Fontina Alba also had founded – without notifying the secular authorities – a cloister for nuns next to the existing monastery in the village.²⁹

From the mid-19th century onwards, the “priest-less” Lipovans experienced internal divisions due to religious disputes, too, leading (quite paradoxically, from a rational standpoint) to the conversion of a large part of the “bezpopovci” to the Greek-Orthodox church as early as in the 1840s, but particularly from the 1870s. In the late 1890s, the number of “bezpopovci” thus had diminished to about 400.³⁰

The Lipovan lifestyle during the second half of the 19th century: archaism, community self-isolation and psychosocial avoidance patterns

Regarding the Lipovan lifestyle and attitudes in the late 19th century, the publications of Polek as well as Kaindl and Wickenhauser give very instructive information, although one has to be critical, of course, and take into account the particular positions and interests of the authors, who belonged among the intellectual, educated elites of the province’s capital and for certain had (like the author of this article) a quite critical stance towards the anti-intellectual, ritualistic and backward-oriented interpretation of the Christian faith the Lipovans obviously practised.³¹ Johann Goehlert, in turn, had been a public servant in the Ministry of the Interior in Vienna, and Demeter Dan was a priest of the Greek-Orthodox Church in Bukovina, both institutions which, for decades, were engaged in fierce confrontations with the Lipovans.³²

In the 1850s, Goehlert characterised the Lipovans as “commonly renowned as honest and industrious” on the one hand – but “with fear of all innovations” on the other. He stated explicitly that this did not only refer to spiritual doctrines, but to “any institution they did not inherit from their ancestors.”³³ This is a picture highly congruent with the public image the Lipovans tried to present of themselves; it becomes visible particularly by a petition text to the Austro-Hungarian Ministry of the Interior in 1858, in which the proponents unambiguously declared:

“We, the Old Believers, with unshakeable persistence adhere to our mores and fixed customs sanctified for centuries, and every innovation which can be felt as an obstacle offending our

29 Cf. POLEK, Lippowaner, vol. 2, 36–37 and 45–46. DAN, Völkerschaften, vol. 1, 30.

30 Cf. GOEHLERT, Lippowaner, 7; POLEK, Lippowaner, vol. 2, 48–51; DAN, Völkerschaften, vol. 1, 28; DAN, Lippowaner, 284; KAINDL / WICKENHAUSER, Entstehung, 78–79.

31 Dr. Johann Polek, born in Moravia, was head of the university library in Czernowitz and Dr. Raimund Kaindl was a university lecturer and the “k.k. Hauptlehrer” (“main teacher”) at the grammar school there. Cf. POLEK, Lippowaner, title page; KAINDL, Entstehen, title page. Also: HRYABAN, ‘Bukowina-Band’, 7–8.

32 GOEHLERT, Lippowaner, title page; DAN, Völkerschaften, vol. 1, title page.

33 GOEHLERT, Lippowaner, 8; cf. also: KAINDL / WICKENHAUSER, Entstehen, 74, POLEK, Lippowaner, vol. 3, 14.

conscience is, for us, unchangeably an impossibility. Our confession, like all confessions, has its conforming ecclesiastical side, but it is popular, since our religion is merged with the people, the latter being an ecclesiastic one indeed. What does not harmonise with our religion is in disharmony with our secular life, too.”³⁴

This habit (which can be labelled totalitarian in aspiration and theocratic in legitimation) actually meant, among other issues, a common repudiation of alcoholic drinks, tobacco, musical instruments (but not singing, which was allowed), as well as of new fashions in food, clothing, hairdressing (beards were obligatory for adult men) and so on. Moreover, strict ideas on feasting caused a denial of meat consumption for half of all days of the year. Even coffee and tea were for a long time despised as noxious alterations to traditional lifestyle, but factual behaviour, according to Polek, in this regard changed somewhat in late 19th century.³⁵

The mentioned patterns of avoidance very obviously had an ascetic component, as they particularly referred to substances and activities prohibited by religious commands, which are known as potential sources of (“worldly”) well-being or even of transgressive mental states usually experienced as joyful. In this, the Lipovan faith was not different fundamentally from other concepts of particularly “pious” Christian lifestyles³⁶ but was particularly strict regarding the range of prohibitions.³⁷

Regarding potential misjudgements within contemporary publications, it seems worth pointing towards a tendency to overestimate the homogeneity of “Lipovan culture” at a certain point in time, as well as to a certainly overestimated stability of cultural patterns over time.³⁸ This particular deficiency seems important but unspecific, because it was a common aspect of self-delusion among scholars in the 19th century (and later, too) to exaggerate the unity and

34 Cit in: DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 22–25. Cf. KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, 73.

35 Cf. GOHLERT, *Lipowaner*, 10–11; DAN, *Völkerschaften*, esp. 30; DAN, *Lipowaner*, 286 u. 290; POLEK, *Lipowaner*, vol. 3, esp. 6–7 and 13.

36 For early modern time Catholicism, cf. i.e. Carlos WATZKA, *Seelenheil und Seelenleid* (Stuttgart 2021).

37 To be clear about this, from the author’s point of view as a sociologist and historian of mentalities, there is no serious reason why we, as modern readers of these descriptions of Lipovan life in 19th century, should *not* take their central contents as appropriate displays of structures and actions factually prevailing among that particular community, even if some elements of the displays may sound quite strange to us, and even when taking into account the particular outsider position of the educated contemporary authors, who certainly looked with contempt on many issues of the Lipovan belief system. Although the Lipovans were a small minority group, they lived spatially embedded within Bukovina society and were in regular contact with outsiders – thus, their behaviour in public was at least visible for many observers in everyday life. Therefore, presenting some fictitious fairy tales as putative reality of the group’s conduct would not have worked well and would have damaged the credibility of the writers (in contrast to, i.e. ethnographic authors who narrate about the cultural life of “exotic” people living far away, who are not accessible for direct observation to the vast majority of readers). For sure, the outsider’s position of the authors yet led to some unconscious biases in their depictions, let alone open and deliberate devaluations, which can be easily found in some of the texts. Dan for instance, with obvious pleasure, hinted several times at discrepancies between the official religious doctrines of the Lipovans and the factual behaviour of at least a considerable portion of them, naming putatively frequent transgressions of the proscription of alcoholic drinks and dancing. Cf. DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 31. “Tendential” displays of the Lipovans’ habits already were criticised by: KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, 71. There, even a contemporary statistical account is cited, which computed a significant difference in the frequency of crimes – in favour of the Lipovans compared with other confessions.

38 Cf. esp. POLEK, *Lipowaner*, vol. 3.

intelligibility of phenomena they dealt with professionally.³⁹ Moreover, some parts of contemporary descriptions of Lipovans could be interpreted misleadingly as sketching the “unique” cultural features, which, in fact, they were not. For instance, similar patterns of archaism as cultivated among the Lipovans can be found in quite a lot of religious groups, especially minority cults, during historical periods from antiquity to the present.⁴⁰

But it seems important here to note that such an attitude of refusal of “any alterations” acquired a very strong emotional component – in general and among the Lipovans, too: Goehlert referred to it as “timidity”. Dan called the behavioural pattern of self-isolation of the Bukovina Lipovans, who nearly all lived in very small, religiously near-homogenous villages, “anxious”. Kaindl and Wickenhauser stated a “reluctance” to “locating together with persons of different faith”, moreover citing a report on the “mistrust” against all potential change intruding from the outside world being a characteristic of the Lipovans’ common mindset. Goehlert mentions the “strong isolation” of the community but also the “commonality of attitudes” and the “unquestioned validity of tradition” among them. These can be seen as features continuously reproduced by a strong presence of fear.⁴¹ These aspects, from a sociological standpoint, primarily serve the functional need of a particularly high group cohesion⁴² of such small collectives for their survival over time. This attitude of avoidance of external contacts extended to all areas of life, except activities directly necessary for pragmatic reasons – foremost securing a means of subsistence via commercial exchange. The latter was exercised by some Lipovans with remarkable success, since many of them were skilled and industrious in agricultural – particular pomicultural – and handicraft production; moreover, in commercial exchanges they profited from their privileged tax status.⁴³ Necessary practical knowledge was transferred to the offspring within families and communities without the need for institutions like schools, which the Lipovans did not establish for a long time within their villages, as they were “opposed to the institution of regular elementary schools”, too.⁴⁴ The reluctance against anything “new”, according to Goehlert – until around 1860 – had even caused them to regard any books as dangerous for their spiritual life that had been edited after the mid-17th century, when the revisions of orthodox religious texts by Patriarch Nikon of Moscow had taken place and caused of the separation of the Lipovans from main current of the Orthodox Faith.⁴⁵ Polek characterised the Lipovans’ opinions on secular education as follows still in 1899:

“The Lipovan [sic] attaches little value to intellectual education. Currently, each Lipovan community has a school, but the teachers, mostly ignorant peasants, pursue no other goal than instructing the children in reading Church Slavonic books, writing Russian rudimentarily and learning some

39 Cf. HRYABAN, ‚Bukowina-Band‘, esp. 6–7, who refers, deservedly, to the ground-breaking critical analysis of both scientific and popular world explanations with regard to their situational, practical political usability: Pierre BOURDIEU, *Le sens pratique* (Paris 1980).

40 Cf. Christoph AUFFARTH et al., *Archaismus*, in: Christoph Auffarth et al., eds., *Lexikon Religion* (Stuttgart 2005), 89; for a detailed, up-to-date discussion from a sociological perspective: Cyril ISNART, ed., *The Religious Heritage Complex* (London 2021); one contribution there particularly relates to the Lipovans: Cristina CLOPOT, *Iconography and Religious Heritage. The Russian Old Believers of Romania*, in: ISNART, ed., *Religious Heritage*, 37–50.

41 GOEHLERT, *Lipowaner*, 9; DAN, *Lipowaner*, 288; KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, 73–75.

42 Cf. i. e. Donelson FORSYTH, *Group Dynamics* (Belmont 2014).

43 Cf. GOEHLERT, *Lipowaner*, 11; DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 30 and 33; DAN, *Lipowaner*, 288 and 294.

44 GOEHLERT, *Lipowaner*, 10.

45 Cf. GOEHLERT, *Lipowaner*, 10.

ecclesiastical chants. All other knowledge for the Lipovans seems to be more a danger to the faith than an enrichment of understanding.”⁴⁶

A far-reaching rejection of even secular medicine was regarded as a particular feature of this mindset, comprising a harsh refusal of vaccinations, too – the particular issue of interest here.

Fear of state authorities and medical experts and the aspiration for purity and self-reliance as motives for Lipovan anti-vaccinationism

In their petition to the imperial government in 1858, the Lipovan representatives asked to be exempted, “as in the past”, from several state laws, naming as “unacceptable demands”: “The introduction of registers, cow pox vaccination, magisterial consent in weddings, confirmations of medical inspections in deaths, oaths and other political and administrative regulations, which we were not forced to comply with [...] since our arrival in Bukovina”. On the issues of medical treatment and vaccination in particular, the petition then says:

“Against cow pox vaccination we have maximum repugnance, because our religious doctrines explicitly forbid any mixture of blood with animal materials. The love for order, cleanliness, frequent and strict fasting keep illnesses away from us and we do not have any example that one of our 2,000 religious fellows would have died from smallpox. Likewise, we do not accept physicians, because on one hand we hold illnesses to be temporal infestations sent from above, and on the other hand we ascribe the curing of sicknesses not to human art, but to the One, whose ineffable name has redeemed us from the most severe illness of original sin and whose unresearchable decisions guide our sorrow and all our joy.”⁴⁷

As visible here, a concept of purity – both spiritual and material – played an important role in shaping the religious beliefs of the Lipovans. Nineteenth century publications on their lifestyle expressly state that the Lipovans regarded all outsiders as “impure”, which led to complicated procedures to keep some physical distance to things that had been in direct contact with a non-believer’s body.⁴⁸

Of course, the issue of purity is closely connected to emotionally important habits of risk-management, thus relating directly to the topic of infections and epidemics prevention, too.⁴⁹ Quite obviously, in psychological terms, observing religious rites worked for groups like the Lipovans in these days as the functional equivalent of the more empirically based norms of

46 POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 9. Dan nonetheless recognised some changes in the concerning attitudes of at least parts of the Lipovans in late 19th century: cf. DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 31; DAN, *Lipowaner*, 290.

47 Cit. in. DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 22–23. The shared views of Lipovans on smallpox protection reported by a government official one year before was very similar. Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 25.

48 Cf. DAN, *Völkerschaften*, vol. 1, 31; DAN, *Lipowaner*, 288–290; KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, 75–76.

49 Cf. Mary DOUGLAS, *Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* (London 1966). In case of late 19th century Lipovans, particular ritual purification practices relating to childbed and birth, are known, too. Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 18.

hygiene that had prevailed in the main current of European culture already for centuries by then and had intensified by and large in late 19th century due to the spectacular successes of modern microbiological research.⁵⁰ Yet, the Lipovans in late 19th century still tried to find calm by traditional manners only: in religious beliefs, and sometimes in practices regarded “magical” by their more “enlightened” contemporaries, too.⁵¹

But the official statement of the Lipovans dating from 1858 primarily exhibits an attitude of fatalism towards Earthly dangers, since it openly states that the purposeful neglect of potential medical help was held to be a religious virtue. Of course, this opinion was severely criticised by virtually all “outsiders”. An official report on the Lipovans by a local officer in 1844 stated:

“They try to suppress any epidemics among humans and animals by silencing them, for not allowing any physician to enter their house, because they live in the delusion that the physician would not be a professional summoned in order to mitigate corporeal sufferings, but a creature of extraordinary evil power that could not operate [positively] for a proper believer.”⁵²

In 1896, Polek reported some more details on the Lipovan “medical culture”, which obviously was coined by a drive towards self-reliance, too, in using “natural”, easily accessible remedies only:

“Each Lipovan used to take a bath before Sun- and Holidays, in summer and in winter. [...] Usually several bathe together [...]. Afterwards, they recreate themselves in a brook running besides. [...]. But if an illness befalls a Lipovan, he never calls a physician. He expects help from God only. To gain it, he prays or shares alms [...]. Else he applies, depending on the sickness, sweating baths, cold washings and tea from elderberry or linden blooms, peppermint or forest clover, or he drinks a glass of brandy [...] or uses totally superstitious means.”⁵³

Such supposedly “purifying” remedies of a “common” kind had the advantage of being applicable without the consultation of some medical professional from the outside world. External criticism did not only relate to the denial of secular professional knowledge among the Lipovans; even their theology was attacked on these grounds – since it could be proven to rely on a very selective, not to say an idiosyncratic interpretation of the “Word of God” laid down in the Bible: Wasn’t it already said in Jesus Sirach (Ecclesiasticus):

“Treat the doctor with the honour that is his due, in consideration of his services; for he, too, has been created by the Lord. Healing itself comes from the Most High, like a gift received from a king. [...] The Lord has brought forth medicinal herbs from the ground, and no one sensible will

50 Cf. i.e. Mark HARRISON, *Disease and the Modern World. 1500 to the Present Day* (Cambridge–Malden 2013); LOUIS MAGNER, *A History of Infectious Diseases and the Microbial World* (Westport 2009).

51 Cf. esp. POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 25 and 32: The author mentions magical healing practices – for any kind of disease – operating with analogies, i.e. leaving money for (otherwise despised) alcoholic drinks or half of such a drink itself at a tavern, citing a spell, wishing that the sickness shall remain there, too.

52 Cited in: KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, 81.

53 POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 25.

despise them. [...] He has also given some people knowledge [...]. He uses these for healing and relieving pain; the druggist makes up a mixture from them.”⁵⁴

The particular contents of disputes on theological matters with representatives of the Lipovans are not known, but one can be quite sure that such biblical references played an important role – yet, for a long time without success, as is presented below. Authorities had hoped that strict refusal of vaccination would stop after the Lipovan communities experienced a great many deaths due to variola during the 1870s, when their communities were even forcibly isolated by the military, but for the time being “everything remained like before”.⁵⁵

Smallpox among the Bukovina Lipovans in 1898/1899 and the protracted administrative struggle for its control fought between Vienna, Czernowitz, Sereth and Klimoutz

As already pointed out, there was a distinct decrease in smallpox mortality within the Austrian Empire in general during the 1890s due to improvements in vaccination techniques and systematic extension of the relevant prevention campaigns to large parts of the entire population. Therefore, the new sharp rise in variola cases and deaths in 1897/1898, which were concentrated almost exclusively on the two Eastern regions of Galicia and Bukovina, attracted quite thorough attention even at the Imperial Government in Vienna, namely in the Ministry of the Interior, which was responsible for health issues at that time. As mortality rates were particularly high in Bukovina, where the epidemic also seemed to have started, a special inquiry was conducted into the sanitary situation in the region – and foremost on the Lipovans living there, already known as fierce opponents of vaccination. Thus, ample official records on this issue were produced not only in Bukovina itself, but also within the Ministry of the Interior in Vienna. Therefore, the pertinent files, accessible for research in the Austrian National Archive today, offer detailed insights into this last epidemic outbreak of smallpox within the Habsburg monarchy before WWI.

Moreover, the topic was dealt with publicly and at length in the journal *Das Österreichische Sanitätswesen* („ÖSW“) already in 1899.⁵⁶ The pertinent, anonymously published article “Die Infektionskrankheiten im Jahre 1898” cites from a report sent in by the Sereth/Siret District. In it, the “epidemic in the Lipovan communities Klimoutz and Fontina Alba” was noted as being of “particular interest” because of the high concentration of incidences there

54 Sir 38, 1–4. This text, dating from the early second century before Christ, although a „late writing“ within the Old Testament, had become a standard part of the biblical canon in European Christianity since the editing of the Septuaginta – the Greek translation of the Hebrew and Aramaic sources, and therefore was part of the early, commonly acknowledged versions of the Bible in Russian Orthodoxy, too. A first complete printed edition in Cyrillic letters, the so-called Ostrog Bible, was issued in 1581. Cf. Henry R. COOPER, *The Formation of the Church Slavonic Version of the Holy Bible* (Madison–London 2003), esp. 130–145.

The English version of Jesus Sirach is cited above according to the text at “Catholic Online”: https://www.catholic.org/bible/book.php?id=28&bible_chapter=38.

55 POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 25. In 1813, the Lipovans even managed to get officially exempted from “forced vaccination” by a decree of the Bukovina government. Cf. *ibid.*

56 N.N., *Die Infektionskrankheiten im Jahre 1898*. In: *ÖSW* 11 (1899), 443–448, 456–461, 467–471.

compared to the rest of the district: Whereas in the other 21 communities only one in 200 persons was reported to have fallen ill in 1898, for Klimoutz and Fontina Alba, morbidity of more than a quarter of the whole population was registered! Of course, sanitary officials directly referred to lack of earlier vaccinations within the Lipovan community. Interestingly, the article also says that the positive habits of the community had motivated their acceptance as immigrants to the region in the late 18th century, but then pointed out that the opinion of state authorities on them would have changed “due to their resistance against all regulatory orders”. Regarding the repudiation of vaccination it summarised: “They resisted vaccination, stating the argument that their faith would prohibit a mixture of blood with animal matters or with the content of the pustules of heterodox persons.”⁵⁷

The fact that medical treatment in general was seen with suspicion and largely dismissed by contemporary Lipovans was also reported. Regarding the refusal of prevention measures against variola, the article moreover reproduces an argument not yet known from the literature on Lipovan history: “Smallpox is viewed as an illness that purifies the blood [!] and protects the body from other diseases.” Obviously a direct link between getting – and surviving – variola and being a “pure” human being thus was established in Lipovan ideology.⁵⁸ The article continues: “Based on such principles, the resistance of the population to all orders regarding sanitary policy become understandable and the quick spread of smallpox explainable.”⁵⁹

The article then pointed to some differences among the local population, too. The reader was informed that the community of Klimoutz, in contrast to that of Fontina Alba, did not exclusively consist of Lipovans but also had a few Ruthenian, German and Jewish inhabitants. Further, the difference between the “popovci” and the “bezpopovci” was mentioned, moreover the fact that a smaller part of the Bukovina Lipovans – labelled as “the progressive element” – had converted to the Greek-Orthodox Church during the last decades. Particular attention was paid to the occupational activities of the community because of their potential epidemiological consequences: Many Lipovans were then active in earthwork and fruit trade, both professions which caused them to travel a lot throughout large parts of the year, thus probably spreading the virus enormously.⁶⁰ Of course, this caused particular worries, even though the high risk of transmission through fruit handling was perhaps not explicitly picked up. But it was revealed to the public that the Lipovan community had totally concealed most of the early cases of the current epidemic for three months, from the probable start in July until October of 1898, and had not looked for medical help either: “Only in October, when police were ordered there to supervise the sanitary measures because of massed incidences of smallpox and their heavy, often deadly course, a more reliable registration of the diseased was achieved.”⁶¹

57 Ibid., 445.

58 Yet in early modern medical thought, smallpox had been quite commonly interpreted as a sickness of the blood. Cf. Karel CERNÝ, Protection from Smallpox before 1700. The “Buying of Pustules” in Early Modern Central Europe, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (2021), 41–53, esp. 47. Therefore, the pertaining concept among the Lipovans seems to reflect traditional medical attitudes, too, thus (implicitly) referring to the traditional doctrines of humoral pathology.

59 N.N., *Infektionskrankheiten*, 446.

60 For this issue, cf. DAN, *Lipowaner*, 294, too, who reports that the fruit trade activities of the community often implied border-crossing to Romania or Russia, too, another aspect of potential epidemic spread.

61 N.N., *Infektionskrankheiten*, 447.

It was also stated that the fatalities caused by the contagion among Lipovans were nearly all children: 335 out of 339 cases of infection with smallpox in Klimoutz and Fontina Alba, registered in a first stage, related to children. With the exception of two diseased non-Lipovan inhabitants, none of the infected had undergone immunisation for smallpox before. Ninety of the children died of the disease.

One can assume that the fact that children were primarily affected was one reason why the strategy of neglect and non-treatment “worked” for the Lipovans themselves for such a long time. Children, as ever, were particularly vulnerable and had little social power and agency. Moreover, in this case, they were situated within a community with – even in contemporary comparison – a highly patriarchal worldview.⁶² Most of the adults in both communities, in contrast, probably had undergone infection with smallpox during earlier stages of their lives. In fact, they were survivors of earlier epidemics and therefore had high grades of “natural” immunisation against a new variola infection, as the journal article explicitly points out.

The health officer in charge had examined all households in the winter of 1898 and found a portion of about two-thirds of the population bearing the typical, visible signs of earlier smallpox infection. Moreover, he observed many infections had been concealed until then. Therefore, more than a quarter of the whole local population in Klimoutz and Fontina Alba must have acquired smallpox in 1898.⁶³ The journal article on the issue concludes by stating the measures taken by sanitary authorities: Emergency vaccination, of course, but also – quite moderate – limitations of traffic to and from the communities. Finally, it sums up:

“The fact that smallpox could spread so extensively just among both Lipovan communities in 1898, whilst for the other communities of the district of Sereth, for which vaccination state is regarded favourable, [...] only occasional cases of infection with smallpox were observed [...] is renewed proof of the beneficial effect of vaccination against variola.”⁶⁴

This, of course, was the main lesson the journal editors, as well as Austrian sanitary officials, wished their readers to learn and disseminate from that “micro-history”.⁶⁵ Yet, the journal article provides little information about the Lipovans’ perceptions and judgements of the whole issue. Some more detailed insights into them, and in particular into the reactions of regional and local authorities, could be gained by examining the Viennese archival sources already mentioned.⁶⁶

The chronologically first notice regarding a specific smallpox problem in Bukovina dates from mid-August 1898, after several inconspicuous weekly reports on epidemic matters sent from Czernowitz, and set out only small numbers of incidences, explaining them, if at all, as imported from Romania.⁶⁷ But an official report, dated 19 August, then referred:

62 Cf. POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 16.

63 N.N., *Infectionskrankheiten*, 447.

64 N.N., *Infectionskrankheiten*, 448.

65 Of course, no “objective” proof exists whether the Lipovans were right and kept their souls pure for the “other world” by refusing to get vaccinated, in contrast to the majority of Europeans of these days, who held more worldly views. We only know that an appallingly high share of children had only a very short existence in this life due to a death that would have been avoidable in most instances by the precaution of vaccination.

66 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031, 1032, 1033: Epidemien Inland 1898 und 1899.

67 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031, Nr. 25376/98.

“Within the Lipovan community Klimoutz [...] one incidence of smallpox occurred. Given that the Lipovans repudiate vaccination obstinately with fanatical stubbornness and, as a people engaged in commerce, could easily disseminate smallpox by steady traffic, the most extensive dispositions were conducted to avoid a further spread of the disease.”⁶⁸

Obviously, the spread of variola to the Lipovan areas had attracted some attention by the provincial authorities right from the point when they were informed about it, even if only a single incidence was officially reported in the beginning. Their report conceded that there was eminent epidemiological danger for the whole region but indicated that the “most extensive” measures – not yet defined in detail – had been already taken. The following weekly reports to Vienna related somewhat higher but still minimal numbers of infections.⁶⁹

But a further file, dating from 21 September, told that the highest ranking health official in Bukovina had moved to the Sereth District personally and tried to persuade “the spiritual head of the Lipovans” to “interfere with the community by instruction and elucidation”, to get them to “participate in protection by vaccination”. That medical officer obviously tried to treat the “religious sentiments” of the Lipovans with care, arguing that vaccination would not be a matter of religious rules or faith but a mere “secular matter” – yet without success.

The weekly reports from October then displayed growing numbers of variola infections for both the villages of Klimoutz and Fontina Alba, without giving much additional detail, but naming the inhabitants as “Impfrenitenten” (“vaccination refusers”) or “Impfgegner” (“vaccination opponents”).⁷⁰ Therefore, the community was assigned a clear, pejoratively intended “label”. The sanitary report of the last week of that month then provoked the first traceable reaction within the Ministry of the Interior, which – according to the draft of a reply – ruled that provisions against the further dissemination of the disease into neighbouring communities should be conducted “with all insistence”, that the further course of the epidemic had to be reported continuously and, moreover, a report with “scientific exactness”, which could be used for a publication, had to be prepared at the end of the epidemic.⁷¹ Interestingly, the response letter to the regional government did not mention anything about how to handle the smallpox cases within the Lipovan communities themselves, thus leaving these decisions to the regional and local administration levels.

Subsequent weekly reports in November again stated rising numbers of variola cases in Klimoutz and Fontina Alba (i.e. more than 100 in the second week alone) but repeated that the “most extensive” measures against spread of the epidemic already would have been implemented.⁷² Moreover, the regional government asserted that further information was being collected, and some details on the supposed proliferation of the disease from Klimoutz to Alba Julia were

68 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: Nr. 27905/98.

69 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 28544/98 and 30902/98.

70 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 34689/98 and 33891/98.

71 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 36255/98. Obviously, there was already a plan of using the Lipovan anti-vaxxers-case for a public statement to the professional sanitary community. In November / December 1899, the short report indeed appeared in print as part of the article: N.N., Infektionskrankheiten.

72 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 38300/98.

presented. Most interestingly, the report tells that the acting provincial sanitary officer, Dr. Basil Kluczenko (1844 – after 1913),⁷³ negotiated personally with the bishop of the “with priests” Lipovans, but in vain, with “stubbornness and religious fanaticism of the Lipovans”, named as the causes of this failure.⁷⁴ At least, among the non-Lipovan inhabitants of neighbouring villages, an “emergency vaccination” was conducted with success.

In mid-November, the Bukovina regional government finally felt compelled to inform all district authorities within the country – but also the vicegerency of Galicia and the Russian and the Romanian consulates in Czernowitz – about the serious state of the epidemic on site, and now instigated the “emergency vaccination” of persons not yet protected against variola within all parts of the country. The pertinent report sent to Vienna on 16 November⁷⁵ again asserted that all necessary provisions had already been taken and claimed a reduction of proliferation of the disease outside the Sereth District to nearly zero; it was signed personally by the head of the state government in Bukovina, Friedrich Bourguignon von Baumberg (1846–1907), vicegerent of Bukovina from 1897 to 1903.⁷⁶ This was a clear sign that the topic was, in fact, regarded as a serious problem. More detailed information was now given to the Ministry in Vienna through an annexed copy of a decree issued to the district authority in Sereth in August 1898. It literally ordered:

“1. Most strict isolation of the sick. To enforce this, a contaminated house must be put under guard, if necessary. 2. Diligent disinfection of the whole surroundings of the sick, accommodation, clothing, laundry, etc. 3. Strict enactment of the notification duty. Because not much can be expected from the population in this regard, the status must be ascertained precisely [by officials] by going from house to house; and every new case of smallpox is to be reported to the district authority immediately. 4. Emergency and re-vaccination to the broadest extent. 5. Most strict surveillance of the travel traffic outgoing from the polluted community [...] it must be prevented in any case that persons from houses infected by smallpox be allowed to travel to the outside, until their unsuspecting state of health and the disinfection of any suspicious matters are ascertained by a physician.”⁷⁷

These measures certainly sound quite severe at first glance, but since their primary addressee was a “community physician” (“Gemeindefarzt”) who continued to reside in the town of Hadikfalva (Dornești), about 20 kilometres away from Klimoutz, and moreover who had to care for 13 communities and estates in the surrounding region,⁷⁸ it seems very questionable, how such thorough surveillance of an uncooperative local population could have worked. This impression is strongly reinforced by the fact that there were no police stations in the small villages of Klimoutz and Fontina Alba. Therefore, the mentioned “guards” had to go for a peculiar “patrol”

73 For biographical data on Basil Kluczenko, cf. ÖAW, ed., Österreichisches Biographisches Lexikon. Online: https://www.biographien.ac.at/oeb1/oeb1_K/Kluczenko_Basil_1844_.xml.

74 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 38300/98.

75 Ibid.

76 For biographical data, cf. Karl GUTKAS, *Geschichte des Landes Niederösterreich* (St. Pölten 1983), 566–567.

77 Record Nr. 16624, dated 13 August 1898, copy in: ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 38300/98.

78 Kundmachung der Bukowinaer k.k. Landesregierung vom 27. April 1895, Z. 6788. Printed in: ÖSW 7 (1895), 289–294.

each time from outside (!).⁷⁹ These circumstances throw a sobering light on the miseries of factual sanitary control efforts in areas as remote and economically insignificant as rural Bukovina was in these days, at least from the standpoint of the Austrian central government.⁸⁰ The proclaimed aims of “biopolitical” control and factual possibilities to exert it were certainly quite different things – yet, this insight was quite inconvenient for state administration itself, and therefore probably silenced to a remarkable extent as long as possible. Like for centuries before, direct central state interference in such areas still was, by and large, limited to “extraordinary occasions” – like rebellions, wars, or visits by an emperor, and “ordinary folks” were mostly left to themselves, as long as taxes imposed were paid. As we have already seen, the Lipovans had an exemption even for that matter, as they were not obligated to pay direct state taxes and had even resisted official registration of persons and property quite successfully until the last decades of the 19th century. In the Bukovina case, the assertion of an effective public sanitary regime had, moreover, been seriously hindered by the poverty of the region, as the vicegerency itself conceded repeatedly – for instance in a decree from 1894 concerning the difficulties of putting into effect the measures against cholera scheduled by the Viennese central government.⁸¹

During the first stage of the smallpox outbreak in summer and autumn of 1898, both affected Lipovan communities apparently did not comply at all to the officially decreed sanitary precautions – not only with regard to potential vaccination, but also by continuing their travelling trade, upon which they relied heavily to make their living.

But none of this probably came to the attention of Viennese ministerial authority until mid-November of that year, when inconsistencies in earlier reports sent from Czernowitz obviously generated some mistrust against the truthfulness of these declarations. Now, the regional government was asked explicitly, “whether and in what manner the isolated accommodation and treatment of persons suffering from smallpox was provided, and if the peddling trade was prohibited in the communities struck by variola.”⁸²

Remarkably, the vicegerency of Bukovina did not answer this question directly at all but instead sent the usual, formal weekly report, notifying of decreasing numbers of infections, complemented simply with a cut-out from a local newspaper, which reproduced in length a decree issued by the district authority head for Sereth on 12 November, saying:

“On the occasion of a smallpox epidemic reigning to a considerable extent within the communities of Fontina Alba (Bilakiernica) and Klimoutz of this district, I find myself urged to make the following provisions for the duration of this epidemic, for the purpose of avoiding to the greatest extent possible the dissemination of the smallpox by travel traffic from those communities [...]:

1. Persons whose houses are struck by the smallpox disease may not, under any circumstances, leave the locality of their domicile for the duration of the danger of infection.
2. Persons from families with no existing smallpox diseases or where the mentioned infectious disease has already expired must notify of their scheduled departure – even if only for a short leave – to the pertinent

79 Record Nr. 16624, dated 13 August 1898, copy in: ÖSTA, AVA, MdI, Sanitätsakten: K. 1031: 38300/98.

80 For this topic, cf. esp. WATZKA, Disease Prevention.

81 Decree by Bukowinean Landesregierung, 18 November 1894, Nr. 20857. Published in: ÖSW 6 (1894), 683.

82 ÖSTA, AVA, MdI, Sanitätsakten: K. 1031: 38300/98.

community head and may commence it only after reliable disinfection of their travel items has been done and after the approval of a travel certificate issued by the community head and countersigned by the exposed imperial-royal police officer. 3. This certificate is valid for only one journey and must be renewed for every repetition of a departure. 4. The travel certificate must be issued in the name of the traveller, specifying his age and the destination of travel [...]. 5. The head of the community [...] must inform the community where the departing person is going, of his imminent time of arrival. 6. At the destination community the relevant travellers must register themselves at the community office displaying the certificate. 7. The perpetrators against these orders must be notified of the relevant crime court for punishment according to § 393 of the penalty code.”⁸³

Most remarkable, it seems likely that the measures proclaimed to the public with this decree were ordered for the first time at this point in time – in mid-November (!) – that is three months after the first notice of smallpox cases among the unvaccinated Lipovans, when the regional government claimed to have already taken up the “most extensive dispositions” against a potential epidemic spread.

At least at some point between August and November, some police officer obviously indeed was “exposed” continuously to Klimoutz to monitor the implementation of sanitary regulations there, as this measure is mentioned in the cited announcement. Regarding the impending punishment for perpetrators, it might be added that the cited law⁸⁴ was vague and left the scale entirely open to the judgement of the individual case – a further hint towards the rather “clement” attitude of contemporary local authorities in regard to sanitary matters.

In any case, whatever measures actually were taken against further proliferation of the disease, they did not succeed: the numbers of registered infections fell somewhat during December 1898 in Klimoutz and Fontina Alba, but now the Bukovina authorities had to report infections in several other communities scattered over four districts of the province, too.⁸⁵ As mainly the Sereth and the neighbouring Strozynetz districts were hit, the geographical pattern of the spread could only be seen as a result of failure of local prevention measures taken in the Lipovan communities. Yet the vicegerency’s report to Vienna remained tacit about the assumed paths of dispersion of the illness, mainly hinting for individual cases to an alleged “import” from Galicia. Quite probably, the regional authority thus tried to avoid occasions for unnecessary discussions on its own potential neglect in the past. But this tactic did not work; further detailed information was demanded, and thus the vicegerency in Czernowitz had to submit a further report. This text, provided on 12 December, explained among other issues that

“in the Lipovan communities of Klimoutz and Fontina Alba, which are hit by a heavy and extensive smallpox epidemic, special isolation localities for the persons infected with variola were not [!] erected, because according to experiences hitherto, one must assume with full certainty, that the relevant families would have completely refused to turn over these persons to the isolation houses.”⁸⁶

83 Local journal cut-out, stored in file: *Ibid.*

84 Strafgesetz vom 1. September 1852. Published in: *Reichsgesetzblatt 1852*, 36. Stück, Nr. 117.

85 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 40018/98; 40633/98; 41662-98

86 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1031: 41974-98.

In sum, regional authorities seem to have been quite helpless, but maybe indifference played a role in the obvious neglect of legal regulations, too – which of course would not be openly declared by public officials. The report continued, asserting that “foreign persons” – what this actually meant remained unclear – “with full severity” were prohibited to enter the houses of the infected and that at the end of each infection a “diligent disinfection” was done. Concerning trafficking, it was claimed that “rural communities in this country” would be rarely visited by external traders, because of the “lack of needs” of the peasant population. Afterwards, the report admitted that the peddling trade had likewise not been prohibited in the area until recent (!). Instead, the vicegerency declared that it had *now* issued some decree to the district authorities, still leaving the issue of “in which cases and by which manner” temporal prohibitions of travelling commerce should be imposed, up to them.⁸⁷

Interestingly, the pertinent record at the Ministry of Interior in Vienna does not provide hints about negative reactions on the sloppy way of dealing with its regulations. The smallpox epidemic in Bukovina, although attracting some attention, was probably at that point in time considered a local and minor problem among Viennese bureaucrats, not worth engaging in an open confrontation with their somewhat negligent colleagues in Czernowitz. The ministerial reply sent there on 29 December 1898 merely encouraged them to “consider” the provision of emergency and ordinary vaccinations in the region during the following year.⁸⁸

In mid-January of 1899 the Bukovina vicegerent felt the need to report to Vienna that the region currently would suffer from “repeated carry-overs of smallpox from Galicia, Romania and Russia”, thus scapegoating all available neighbouring countries for the persistent trouble. Furthermore, annual vaccination statistics within the whole province in 1898 were delivered, adding the quite indisputable fact that greater damage was avoided by them. Regarding the Lipovans, the new account wrote:

“The large dangers of dispersion of smallpox by the vaccination-opponent Lipovans population in the communities of Fontina Alba and Klimoutz have been overcome, too, because variola now occurs only sporadically in these communities.”⁸⁹

Yet, the weekly report for the second week of January in 1899 already sends a somewhat different message, as smallpox had now spread further to other districts of the country – and to the Lipovan community of Lippowany-Kossowanka near Lukawetz in particular.⁹⁰

The subsequent weekly statements sent to Vienna each reported around 40 cases of variola infections for Lipoweni-Lukawetz, but only 10 to 20 for the whole rest of Bukovina, and none for Klimoutz and Fontina Alba. In February 1899 the contagion even reached Czernowitz, the

87 ÖSTA, AVA, MdI, Sanitätsakten: K. 1031: 41974-98. The text of the attached decree moreover gives the impression that the vicegerency in Czernowitz did not know exactly which kind of decrees had already been issued on the topic by its subordinate authority in Sereth, and which not. Moreover, only the prohibition of the peddling trade “within the communities infected by smallpox” was prohibited explicitly – but nothing was said about inhabitants of such places commuting outwards for commerce.

88 ÖSTA, AVA, MdI, Sanitätsakten: K. 1031: 41974-98.

89 ÖSTA, AVA, MdI, Sanitätsakten: K. 1032: 3046/99.

90 This report was filed wrongly among the records of 1898: ÖSTA, AVA, MdI, Sanitätsakten: K. 1031: 42892/98.

capital city of Bukovina.⁹¹ It did not end in the spring, causing a sanitary official in Vienna to comment on 1 April within a record file that “in the face of the notorious insolence of the [Bukovina] population, further diffusion in Czernowitz is very likely.”⁹²

Moreover, a critique on the lack of explanations given by regional authorities on the origin of the disease within several districts was now written into the ministry’s records. On 18 March the provincial government issued another decree on vaccination, now saying:

“The imperial-royal government of the country sets high value on finally including the Lipovans into the immunisation. Therefore, the Lipovan communities [...] are also to be integrated into vaccination sections and scheduled dates shall be announced in time. With respect to the particular importance [...] the performance of the vaccination has to be assigned to the imperial-royal authority’s physician.”⁹³

Subsequent weekly statistics on the epidemic in Bukovina then showed only moderate numbers of new cases of smallpox throughout the country and no longer mentioned the Lipovan communities in this regard. Yet, the significance of this silence remains somewhat unclear. But the focus of attention at that point had probably shifted considerably among the involved state authorities, since the disease had reached the provincial capital. Obviously even there, only part of the infected were taken, as ordered, to isolation localities.⁹⁴

In April 1899, as the health of urban dwellers was in visible danger, too, the vicegerency in Czernowitz was finally “urgently invited” by the Ministry of the Interior “to have an adequate handling of the eradication measures of the sanitary police” (!).⁹⁵ Interestingly, afterwards the smallpox epidemic indeed ended but only after causing at least 168 deaths across Bukovina in 1899.⁹⁶ Regarding the Lipovans, the full scale of the smallpox epidemic that occurred the year before was only disclosed to the Ministry in Vienna probably in February 1899 by a report authored by the physician from the Sereth district authority and submitted (probably intended as a final report on that painstaking issue) by the vicegerency in Czernowitz.⁹⁷ Unfortunately, the full, original report was not saved in the Viennese record (but rather, as a note said, was sent back to the regional government after use), but a summary of it was compiled and filed within the Ministry.

91 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 5768/99.

92 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 10200/99.

93 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 10200/99.

94 The sanitary department in Vienna was informed about that problem directly by the magistrate of the city first, not by the provincial government, which moreover obviously had “overlooked” counting a considerable portion of these smallpox infections taking place right under its medical official’s eyes.

95 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 13279/99.

96 Cf. WATZKA, *Pockensterblichkeit*, 173.

97 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 6026/99.

Dr. Perl's surprising report on the real extent of the 1898 smallpox epidemic among the Bukovina Lipovans and the crucial role of infants' mothers in ending it

The report by Josef Perl transmitted outstanding information on the issue, as his short text overturned several main elements of the earlier narrations on the epidemic's reality as presented by the regional administration. In particular, its summary stated: During personal inquiry, Perl found many more victims of smallpox within the communities of Klimautz and Fontina Alba – 667 within five months – than had been previously reported to the authorities, confirming the suspicions there on the existence of systematic strategies of secreting them among the Lipovans.⁹⁸ Nearly all infected persons were children – an issue easily explained by Perl by the local “medical history”, highlighting that contemporary Lipovan communities consisted nearly exclusively of persons who themselves had survived earlier smallpox infections, mostly in their childhood. At least some 90 children within the two small villages had died from variola in the 1898 local outbreak there. The report also mentions the way in which the first breach into the tenacious anti-vaxxing attitudes there finally was blown: the mothers of infant children.⁹⁹ They were obviously more willing to accept the empirical evidence of the vaccination's life-protecting value. The actual difference in infant mortality risks due to smallpox was probably clearly perceptible for them by comparison of deaths among the children in their community with those in neighbouring, non-Lipovan villages.

98 In earlier decades, Austrian authorities from time to time even had tried to recruit police informers among the Lipovans – without lasting success – and certainly reinforcing their propensity to isolation against outsiders. Cf. KAINDL / WICKENHAUSER, *Entstehen*, esp. 74.

99 Because of its significance, the official summary of the report is cited here verbatim, omitting only some shorter, repetitive elements: “The voluminous report of 71 pages by the district medical officer Dr. Perl in Sereth contains a critical discussion of the smallpox epidemic which prevailed in [...] 1898 in the Lipovan communities of Klimautz and Fontina Alba. Apart from interesting historical and ethnographical communications on the Lipovans, one can gather from the report on matters of sanitary police: Within the mentioned two communities (with a number of 1031, respectively 1322, inhabitants) between August and December of 1898 all in all – which was revealed only afterwards – 667 persons were infected by variola and 90 of them died [!]. With the exception of three adults, only children suffered from smallpox, which can be explained by the fact that among the remaining inhabitants 1532 had already overcome smallpox during earlier epidemics in the years 1889, 1888, 1878, 1873 and 1864. Among the roughly 2400 residents, indeed, barely 200 persons were left, who evidently had neither earlier nor now acquired the disease; these were partly children of youngest age, partly non-Lipovans who had been inoculated. Because the Lipovans are opponents of vaccination – which allegedly infringes their statutes of faith – only 24 children could participate in the protection against smallpox by vaccination – those children who were brought to vaccination by their mothers secretly [!]. Out of 20 children, on which the lymph adhered, only one lightly fell ill of variola. This perception – because vaccination was attempted in those communities for the first time – allegedly had a mighty influence on the population, and thus the district physician hopes that absolute refusal of vaccination there has been broken. The measures displayed in the report on isolation of the sick and limitation of traffic should be viewed with some scepticism with regard to the extraordinary extent of the epidemic. To prevent dissemination to the outside every [...] departing person had to acquire [...] a certificate, saying that the travel items [...] were disinfected and that the person was “not suspected of infection”. The fact that Lipovans are primarily occupied with commerce explains that within two months 1500 such certificates were issued [!]. (Whether this was thus only a pure fake measure shall be left aside). From these two infected communities, transmissions took place within the district of Sereth to Strolaynetz, Bance and Sereth, moreover outside of the political district (as far as known to Dr. Perl) to Kimpolung, Tralautz, Storozynetz and Lippoweni-Lukawetz.” ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 6026/99.

It is not said in the summary explicitly, but one may expect that the intense emotional bond between mothers and their infants¹⁰⁰ contributed heavily to their willingness to leave behind religiously substantiated traditions of denial and avoidance and overcome the anxieties which were certainly connected with such a tradition-breaking behaviour. Obviously, mothers ready to take this courageous step first expected heavy resistance from other community members: They had brought their children “secretly” to the vaccination point. After that period of reorientation by a few female members of the Lipovan community within a collective crisis, a broader cultural change obviously took place in quite a short time, and vaccination started to become an acceptable option for many members of the community within a few years.

This assumption is strengthened by the observation that registered deaths due to smallpox were clearly reduced to near zero in Bukovina in general, and in the Lipovan communities, too, within two years after the outbreak. Mortality statistics show 465 deaths caused by smallpox for the whole of Bukovina in 1898 and 168 (about a third of the former number) in 1899, but in 1900, registered lethal cases of smallpox in the region fell to 9, and from 1901 to the end of the first decade of the 20th century, only two deadfalls by variola were registered altogether.¹⁰¹ This probably occurred under the condition of intensified control activities by sanitary authorities among the Lipovans after the revelations of Dr. Perl, which must have caused considerable outrage at least among the medical and sanitary professional communities, who debated the issue publicly, as we saw, in the ÖSW-article in late 1899, after having still feared a further massive spread of smallpox to take place in summer, which fortunately did not occur.¹⁰²

In volume three of his tripartite presentation of Lipovan history and habits, appearing in print 1899, Polek referred to the beginning of the end of vaccination refusal among the Lipovans. But, remarkably, in this public statement, the attribution of progressive attitudes is rather different (in fact, in terms of gender, reverse) to that found in the non-public report of Perl, as Polek stated: “Only at the beginning of this year [1899] in Lippowany near Suczawa the more intelligent fathers of families allowed their children to be vaccinated voluntarily.”¹⁰³ One has to note that this statement relates to a different Lipovan community, and maybe, after the pioneering example of mothers in Klimautz and Fontina Alba – unmentioned in this or other contemporary published texts on the issue – it was indeed the fathers of the families, who, after changing their minds, initiated the protective vaccination process. Their wives (as doubtlessly primary carers of infants) in any case will have been involved closely in the matter, too. In any case, the termination of the epidemic on the local and regional level probably has to be attributed primarily to the vaccination activities, as the isolation obviously could not have been very effective, least – as it was stated clearly in the “critical” official report of Dr. Perl – among the Lipovans of Klimoutz and Fontina Alba, who somehow even had managed to obtain more than 1500 “sanitary certificates” for travel activities for a widely infected population of some 2000 people within a term of five months (!).¹⁰⁴ Probably, a considerable portion of the villagers

100 On psychological, evolutionary and psychodynamic theory of attachment cf. esp.: John BOWLBY, *Maternal Care and Mental Health* (Geneve 1952); John BOWLBY, *Attachment and Loss*, 3 vol. (London 1969–1980); Daniel STERN, *The First Relationship. Infant and Mother* (Cambridge 1977).

101 Cf. WATZKA, *Pockensterblichkeit*, esp. 173.

102 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1033.

103 POLEK, *Lippowaner*, vol. 3, 26.

104 ÖSTA, AVA, Mdl, Sanitätsakten: K. 1032: 6026/99.

indeed appeared symptomatically inconspicuous themselves due to repeated earlier infections, when controlled by local officials, but with respect to the high numbers cited, suspicion of “whether this [...] was only a pure fake measure“, not exerted in reality, was a nearby consequence – even if the Ministry of the Interior itself obviously did not pursue the issue afterwards, but silenced it.¹⁰⁵ Probably, in its view, there were too many and much larger troubles in those peripheral Eastern provinces that deserved more attention and manpower than such minor “peculiarities of circumstances”.¹⁰⁶

Conclusion: The wish for life and progress in an endangered community

Although due to the limits of the information, the picture remains fragmentary, it can be summarised that inquiring about the history of the last smallpox epidemic within the pre-war Habsburg Monarchy led us to a traditionalist and isolationist religious community in Bukovina, which in the 1890s obviously was heavily in crisis: Growing pressure to comply with administrative demands by the secular state, but also inner doctrinal struggles and increasing offers to convert to one of the main Christian churches, led to a considerable decrease in community members, which was exacerbated considerably by the loss of some 100 lives, mainly infants, due to the renewed spread of variola in the second half of the decade, which met a still unvaccinated population. The emotional consequences must have been massive, since at least a portion of the Bukovina Lipovans then decided to turn away from their allegedly sacred and irrefutable principles of refusing professional medical help in general and variola vaccination in particular. As often in history, women seem to have been the first to favour the prospect for life – specifically the survival of their infants who were in imminent danger of being infected by smallpox virus – over the rigid self-demands of sticking to a social and individual “identity” visibly outdated by the course of events.

Information on the author

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

¹⁰⁵ Moreover, from a retrospective epidemiological standpoint, a “healthy“ person who had acquired immunity by earlier infection could still have been a carrier of the variola virus at a certain time, transmitting the active virus, for instance by infected cloths, for weeks or even some months. Cf. Frederic O. MACCALLUM / James R. MACDONALD, Survival of Variola Virus in Raw Cotton, in: Bulletin of the World Health Organisation 16/2 (1957), 247–254.

¹⁰⁶ Cf. WATZKA, Pockensterblichkeit.

Forschungs- und Projektberichte

Martin Gabriel

Kolonialherrschaft, Pocken und Emotionen im bourbonischen Oaxaca

English Title

Colonial Rule, Smallpox, and Emotions in Bourbon Oaxaca

Summary

In 1796/1797, Oaxaca (New Spain) was once again hit by a smallpox epidemic. Authorities implemented an anti-contagion regime that included bans on private travel or quarantine of communities. Almost two decades earlier, Guatemalan administrators had fought smallpox by introducing an inoculation strategy. Differing from measures in Guatemala, Oaxacan policies still drew from a “modernist” approach to hygiene and public order. The state aimed at strengthening its position by transforming traditional structures or healthcare practices, but many inhabitants, male and female, resisted. While some criticized orders as being detrimental to the export economy, other elements of resistance were characterized as “emotional”. Mothers wanted to care for their offspring instead of leaving them in the care of administrators. Clerics, building on traditions of Marian devotion, supported the women. In the end, however, indigenous resistance should not be understood as irrational defiance against new medical practices, but rather as a trial in self-determination.

Keywords

Colonialism, emotions, epidemics, inoculation, New Spain, smallpox, 18th century

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

Einleitung

Es steht außer Frage, dass die Pocken (*variola*) eine der großen Geißeln Amerikas nach Beginn der europäischen Landnahme waren. Karibikinseln wie Hispaniola und Kuba wurden schon vor 1520 von verheerenden Epidemien getroffen.¹ Die Pocken, aber auch hämorrhagische Fieber, Masern oder Influenza, wüteten in der Folge in vielen Regionen des Doppelkontinents. Die Auswirkungen konnten – je nach Lebensweise der diversen Bevölkerungsgruppen oder Klima – stark divergieren, auch sind oft nur lückenhafte Angaben über Bevölkerungszahlen vor und nach Seucheneignissen vorhanden. Thomas Whitmore stellte mit Blick auf den Bevölkerungsrückgang im Zentralmexiko des 16. Jahrhunderts fest: „The fact of this depopulation is not seriously disputed. Almost everything else about it is.”²

Hinsichtlich der Epidemiegeschichte Mexikos bedürfen zwei Themenkomplexe besonderer Aufmerksamkeit: die Frage demographischer (und damit verbundener sozialer) Veränderungen sowie die Identifikation der Krankheiten. Die meisten Chronisten von Epidemien waren nicht medizinisch geschult, das Wissen über Infektionskrankheiten ohnedies äußerst beschränkt, und europäische und indigene Traditionen der Definition von Krankheiten unterschieden sich teils massiv.³ Speziell für das 16. Jahrhundert bleibt die Deutung vieler Krankheiten spekulativ. Auch wenn heute neue naturwissenschaftliche Methoden wertvolle Ergebnisse liefern können, muss doch klar sein, dass z. B. die Arbeit mit (unvollständigen) Skeletten nach wie vor große Herausforderungen in sich birgt – auch hinterlassen Pocken nur in zwei bis fünf Prozent aller Fälle Spuren am menschlichen Skelett.⁴ Moderne Schätzungen zu vorkolonialen Bevölkerungszahlen divergieren enorm, für Nordamerika 1492 schwanken sie zwischen rund zwei und 18 Millionen.⁵ Durch derart unsichere Grundlagen wird die Charakterisierung epidemiologisch bedingter Veränderungen deutlich erschwert. Infektionskrankheiten hatten in Regionen mit Nutztierhaltung und dichter Besiedlung unmittelbar wie auch langfristig andere Auswirkungen als in dünnbesiedelten Gebieten mit (halb-)nomadischen Kulturen.⁶ Zurecht wird betont, dass etwa die Pocken nicht isoliert von Phänomenen wie Zwangsarbeit, Kriegführung oder Ko-Infektionen mit anderen Krankheiten auftraten, Populationen selten durch *ein* epidemisches

-
- 1 Dauril ALDEN / Joseph C. MILLER, Out of Africa. The Slave Trade and the Transmission of Smallpox to Brazil, 1560–1831, in: *Journal of Interdisciplinary History* 18/2 (1987), 195–224, hier 198–199; James C. RILEY, Smallpox and American Indians Revisited, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 65/4 (2010), 445–477, hier 449–450.
 - 2 Thomas M. WHITMORE, A Simulation of the Sixteenth-Century Population Collapse in the Basin of Mexico, in: *Annals of the Association of American Geographers* 81/3 (1991), 464–487, hier 465.
 - 3 Rebecca Ann DUFENDACH, *Nahua and Spanish Concepts of Health and Disease in Colonial Mexico, 1519–1615*, Dissertation (University of California, Los Angeles 2017), hier 196–197; Donald JORALEMON, New World Depopulation and the Case of Disease, in: *Journal of Anthropological Research* 38/1 (1982), 108–127, hier 113.
 - 4 Timothy L. BRATTON, The Identity of the New England Indian Epidemic of 1616–19, in: *Bulletin of the History of Medicine* 62/3 (1988), 351–383, hier 382; Peter MITCHELL, The Archaeological Study of Epidemic and Infectious Diseases, in: *World Archaeology* 35/2 (2003), 171–179, hier 175.
 - 5 George R. MILNER / George CHAPLIN, Eastern North American Population at ca. A.D. 1500, in: *American Antiquity* 75/4 (2010), 707–726, hier 708.
 - 6 Andrew P. DOBSON / E. Robin CARPER, Infectious Diseases and Human Population History, in: *BioScience* 46/2 (1996), 115–126, hier 115.

Ereignis dauerhaft dezimiert werden, und es keine monokausale Erklärung für Bevölkerungsverluste gibt.⁷ Ebenso muss auf die enorme Bedeutung von Pflege für die Minimierung der Opferzahlen in historischen Pockenepidemien hingewiesen werden.⁸

Pocken als epidemiologisches Phänomen

Im 18. Jahrhundert stellten die etwa als *speckled monster* oder *ángel de la muerte* bekannten Pocken eine fast weltweit verbreitete Bedrohung dar.⁹ Zwischen dem 17. und 18. Jahrhundert blieb die Zahl von Epidemien im indonesischen Archipel zwar stabil, jedoch suchte *variola* weit größere Gebiete heim und die Ausbrüche dauerten länger an; intensivierte Sklavenimporte trugen v. a. nach 1750 dazu bei, verheerende Epidemien in Brasilien auszulösen; in Finnland waren die Pocken zwischen 1776 und 1800 für rund elf Prozent aller Todesfälle verantwortlich.¹⁰ Dabei ist zu betonen, dass das Virus bei entsprechenden Umweltbedingungen extrem langlebig, für seine Verbreitung aber auf eine ausreichende Zahl an menschlichen Wirten angewiesen ist, und die Übertragung durch Husten, Niesen, Spucken usw. erfolgt.¹¹

Zu den zentralen Annahmen hinsichtlich der Ausbreitung der Pocken in Amerika gehört die These, dass eine milde Variante eingeschleppt wurde und danach mutierte, und weiters, dass die genetische Homogenität amerindischer Bevölkerungen eine Angriffsfläche bot.¹² Während Forscher wie Alfred Crosby die Idee von „virgin soil epidemics“ forcierten, kann dieser Zugang kritisiert werden, da das Immunsystem auch bei einer völlig neuen Bedrohung Antikörper entwickelt. Im frühneuzeitlichen Europa litten jüngere Generationen, in deren Lebenszeit es bis dahin keine Pockenepidemien gegeben hatte, massiv unter dem Virus, selbst wenn dieses schon jahrhundertlang endemisch war.¹³ Die Annahme fehlender Immunität allein

-
- 7 Yu LI u. a., On the Origin of Smallpox. Correlating Variola Phylogenics with Historical Smallpox Records, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 104/40 (2007), 15787–15792, hier 15790; Russell THORNTON / Tim MILLER / Jonathan WARREN, American Indian Population Recovery Following Smallpox Epidemics, in: American Anthropologist 93/1 (1991), 28–45, hier 38–41.
 - 8 Richard H. FROST, The Pueblo Indian Smallpox Epidemic in New Mexico, 1898–1899, in: Bulletin of the History of Medicine 64/3 (1990), 417–445, hier 435–437.
 - 9 Lucia LIONETTI, La larga lucha contra el flagelo del „monstruomoteado“. De la inoculación variólica al descubrimiento de la vacuna, in: Yolanda de Paz Trueba u.a., Hg., Volver al después del contagio. Las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días (Buenos Aires 2021), 37–81, hier 37.
 - 10 Peter BOOMGAARD, Smallpox, Vaccination, and the Pax Neerlandica. Indonesia, 1550–1930, in: Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde 159/4 (2003), 590–617, hier 594; Romola J. DAVENPORT / Jeremy BOULTON / Leonard SCHWARZ, Urban Inoculation and the Decline of Smallpox Mortality in Eighteenth-Century Cities. A Reply to Razzell, in: The Economic History Review 69/1 (2016), 188–214, hier 208; ALDEN / MILLER, Africa, 204–207.
 - 11 Francis J. BROOKS, Revising the Conquest of Mexico. Smallpox, Sources, and Populations, in: The Journal of Interdisciplinary History 24/1 (1993), 1–29, hier 12; Christopher WARREN, Could First Fleet Smallpox infect Aborigines? A Note, in: Aboriginal History 31 (2007), 152–164, hier 156–157.
 - 12 Ann G. CARMICHAEL / Arthur M. SILVERSTEIN, Smallpox in Europa before the Seventeenth Century. Virulent Killer or Benign Disease?, in: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 42/2 (1987), 147–168, hier 167.
 - 13 Marshall T. NEWMAN, Aboriginal New World Epidemiology and Medical Care, and the Impact of Old World Disease Imports, in: Journal of Physical Anthropology 45/3 (1976), 667–672, hier 671; Andrew NOYMER, Population Decline in Post-Conquest America. The Role of Disease, in: Population and Development Review 37/1 (2011), 178–183, hier 180.

greift offensichtlich zu kurz und es erscheint nachvollziehbar, dass Epidemien in Amerika – wie in anderen Teilen der Welt und in anderen Epochen – wesentlich durch Armut oder spezifische Umweltbedingungen ermöglicht wurden.¹⁴

In der frühneuzeitlichen Medizintradition Westeuropas galt prinzipiell die Annahme, dass Infektionskrankheiten durch die Einrichtung von Quarantänemaßnahmen und Sanitätskordons eingedämmt werden sollten.¹⁵ Die Bekämpfung der Pocken durch Inokulation (Variolation), wie sie z. B. in China schon Jahrhunderte früher praktiziert worden war, erlangte in Gebieten unter europäischer Herrschaft erst im Verlauf des 18. Jahrhunderts – und nach teils erheblichem Widerstand – durch die Fürsprache einflussreicher Personen wie Lady Mary Montagu (Großbritannien), Cotton Mather (Neuengland), Voltaire (Frankreich) oder Katharina II. (Russland) größere Bedeutung.¹⁶ Bei der Variolation wurde eine geringe Menge infektiöses Material aus Pockenpusteln über den Nasaltrakt oder die Haut eingebracht, um die Immunisierung zu erreichen.¹⁷ Während in China die effizientere Variante der Inokulation über die Nase bevorzugt wurde, war in Europa die Immunisierung via Epidermis verbreiteter.¹⁸ Die Praxis hatte in ein bis zwei Prozent der Fälle einen tödlichen Verlauf zur Folge; dagegen lag die Sterblichkeit bei unbeabsichtigten Ansteckungen mit *variola maior* bei 25 bis 40 Prozent.¹⁹ Allen Anstrengungen zum Trotz entwickelten sich die Pocken bis zum 18. Jahrhundert zur häufigsten Ursache für die Erblindung von Europäerinnen und Europäern.²⁰

-
- 14 David S. JONES, *Virgin Soils Revisited*, in: *The William and Mary Quarterly* 60/4 (2003), 703–742, hier 705.
- 15 Annemarie KINZELBACH, *Infection, Contagion, and Public Health in Late Medieval and Early Modern German Imperial Towns*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 61/3 (2006), 369–389, hier 386–388; Kira L. S. NEWMAN, *Shutt Up. Bubonic Plague and Quarantine in Early Modern England*, in: *Journal of Social History* 45/3 (2012), 809–834, hier 809–810.
- 16 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, hier 346–349; Philip H. CLENDENNING, *Dr. Thomas Dimsdale and Smallpox Inoculation in Russia*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 28/2 (1973), 109–125, hier 110; William L. LANGER, *Immunization against Smallpox before Jenner*, in: *Scientific American* 234/1 (1976), 112–117, hier 112–115.
- 17 Anne Marie MOULIN, *La métaphore vaccine. De l'inoculation à la vaccinologie*, in: *History and Philosophy of Life Sciences* 14/2 (1992), 271–297, hier 273–274.
- 18 Donald Leslie BAKER, *Sirhak Medicine. Measles, Smallpox, and Chŏng Tasan*, in: *Korean Studies* 14 (1990), 135–166, hier 157; Joseph NEEDHAM / Gwei-djen LU, *Hygiene and Preventive Medicine in Ancient China*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 17/4 (1962), 429–478, hier 465–466.
- 19 Frank FENNER, *Smallpox. Emergence, Global Spread, and Eradication*, in: *History and Philosophy of the Life Sciences* 15/3 (1993), 397–420, hier 405; Kathryn SWEET, *The Unwelcomed Traveler. England's Black Death and Hopi's Smallpox*, Dissertation (Arizona State University, Tempe 2014), hier 98.
- 20 Donald A. HENDERSON, *The Miracle of Vaccination*, in: *Notes and Records of the Royal Society of London* 51/2 (1997), 235–245, hier 236.

Die Bekämpfung der Pockenepidemien von 1780 und 1796/97

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts traten immer wieder verheerende Pockenepidemien in Amerika auf, so in Mexiko-Stadt 1761/1762, in Nuevo México 1780 und, damit zusammenhängend, in weiten Teilen des westlichen Nordamerika.²¹ Die Inokulation zur Bekämpfung der Pocken war zu diesem Zeitpunkt u. a. bereits in Peru angewandt worden, dennoch blieb Isolation bis weit in die 1790er-Jahre die dominierende Gegenmaßnahme.²²

Im Zuge der Pockenepidemie in Guatemala und Chiapas 1780 waren es Kreise um den Mediziner José Flores (1751–1824), die hinter der Durchsetzung einer großangelegten Inokulationsstrategie standen. Dass sich die Region nach einem Erdbeben (1773) in einer infrastrukturellen Umbruchphase befand, mag die Spielräume örtlicher Eliten vergrößert haben.²³ Während Erfolge durch die Inokulation unbestreitbar waren, ist zu betonen, dass die Maßnahmen eine zumindest teilweise Realisierung eines ethnisch konnotierten Herrschaftssystems darstellten. Variolationen wurden nämlich nur in Maya-Siedlungen durchgeführt, während *castas* mit gemischtem ethnischen Hintergrund und afrikanischstämmige Personen ignoriert wurden, auch mussten Maya-Gemeinschaften eine Steuer für medizinische Maßnahmen abführen. In abgelegenen Regionen blieb die Opferzahl aber nach wie vor hoch.²⁴

Staatliche Aktivitäten zur Pockenbekämpfung in Oaxaca 1796 basierten auf der traditionelleren Implementierung von Quarantänezonen. Dazu lag eine Weisung des Vizekönigs vor, die wiederum von der *Disertación físico-médica* des Arztes Francisco Gil (1784) beeinflusst war, in der dieser die möglichst vollständige Isolation als zentral für die Bewältigung von Pockenepidemien charakterisiert hatte.²⁵ Inokulationen sollten, so Gil, nur durchgeführt werden, wenn eine Epidemie anderweitig nicht einzudämmen war.²⁶ Bereits 1785 hatte König Karl III. von Spanien (1716–1788) die Verteilung von Gils Werk in Spaniens amerikanischen Besitzungen

21 Martha FEW, Circulating Smallpox Knowledge. Guatemalan Doctors, Maya Indians and Designing Spain's Smallpox Vaccination Expedition, 1780–1803, in: *The British Journal for the History of Science* 43/4 (2010), 519–537, hier 522; Cole HARRIS, Voices of Disaster. Smallpox around the Strait of Georgia in 1782, in: *Ethnohistory* 41/4 (1994), 591–626, hier 604.

22 Catherine MARK / José G. RIGAU-PÉREZ, The World's First Immunization Campaign. The Spanish Smallpox Vaccine Expedition, 1803–1813, in: *Bulletin of the History of Medicine* 83/1 (2009), 63–94, hier 66. Für Neuspanien wurde die Inokulation erstmals 1779 durch vizekönigliche Weisung offiziell anerkannt, vgl. dazu Michael C. MEYER, Public Health in Northern New Spain, in: *Estudios de Historia Novohispana* 11 [1991], 135–153, hier 143–144.

23 Michael M. SMITH, The "Real Expedición Marítima de la Vacuna" in New Spain and Guatemala, in: *Transactions of the American Philosophical Society* 64/1 (1974), 1–74, hier 10; FEW, *Circulating*, 522–523.

24 W. George LOVELL, "Destroying Generation after Generation". Outbreaks of Smallpox in the Cuchumatán Highlands of Guatemala (1780–1810), in: *Storicamente* 17/3 (2021), 1–33; FEW, *Circulating*, 526–527.

25 Archivo General de las Indias, Secretaría de Estado y del Despacho de Estado, ES.41091.AGI/21/Estado, 26, N. 50, Carta 517, f. 1r., Brief an den Staatsminister des Äußeren, Orizaba am 30. September 1797; Santiago CASTRO-GÓMEZ, Biopolíticas imperiales. Ilustración y discurso colonial en la Nueva Granada (1750–1816), in: Sabine Hofmann / Monika Wehrheim, Hg., *Lateinamerika. Orte und Ordnungen des Wissens. Festschrift für Birgit Scharlau* (Tübingen 2004), 45–67, hier 57.

26 Robert J. MOES, Smallpox Immunization in Alta California. A Story Based on José Estrada's 1821 Postscript, in: *Southern California Quarterly* 61/2 (1979), 125–145, hier 129–130.

angeordnet.²⁷ Objektiv gesehen hätte es für die Region Oaxaca – zumindest sozial- und wirtschaftspolitisch – Vorteile gehabt, von Beginn an auch auf Inokulation und nicht ausschließlich auf Quarantäne zu setzen. Während letztere quasi automatisch dazu führt, das Alltagsleben einer Bevölkerung massiv zu stören, hätte eine Inokulation es (mit der Einschränkung, für die folgenden zwei bis drei Wochen auf Unterstützung angewiesen zu sein) erlaubt, die bekannte Lebensführung grundsätzlich aufrecht zu erhalten.²⁸ Im Falle Oaxacas musste auch berücksichtigt werden, dass die Regionalwirtschaft stark vom Export, v.a. jenem des Farbstoffs Koschenille,²⁹ abhängig war, der bei weitreichenden Quarantänemaßnahmen de facto zur Unmöglichkeit geworden wäre.³⁰ Dabei ist zu bedenken, dass der schreckliche Anblick von Pockenopfern auch dazu führen konnte, die Inokulation abzulehnen: es war schlicht nicht nachvollziehbar, warum diese einen milden Verlauf anstelle von Tod oder entstellenden Narben verursachen sollte.³¹ Auch bestand die Gefahr, dass Personen nach erfolgter Variolation mit dem Virus selbst Epidemien auslösen konnten;³² die Problematik, dass Infektionskrankheiten eines der „most basic of human narratives“³³ – den physischen Kontakt – infrage stellen, musste also auch hier anerkannt werden.

Generell ist für viele epidemiologische Ereignisse im Spanisch-Amerika des 18. Jahrhunderts – oder das Verständnis von physischer und gesamtstaatlicher Hygiene – zu konstatieren, dass sie in eine Umbruchsphase einzuordnen sind. Ebenso wie die Tatsache unbestreitbar ist, dass vorkoloniale mexikanische Medizintraditionen starke Bezüge zu Kosmologie und Glauben aufwiesen, muss betont werden, dass noch im späten 18. Jahrhundert die „akademische“ Medizin auch im Alltag der spanischen Bevölkerung weniger wichtig war als die Arbeit von Volksheilerinnen oder Barbieren.³⁴ Harish Naraindas hat (mit Blick auf Britisch-Indien) auch die verstärkte Bereitschaft eingefordert, religiöse Verehrung in Zeiten von Epidemien nicht nur als Manifestation von Glauben, sondern auch von Wissen zu verstehen.³⁵

-
- 27 Rosemary K. VALLE, James Ohio Pattie and the 1827–1828 Alta California Measles Epidemic, in: *California Historical Quarterly* 52/1 (1973), 28–36, hier 33.
- 28 Sanjoy BHATTACHARYA / Niels BRIMNES, Introduction. Simultaneously global and local. Reassessing Smallpox Vaccination and its Spread, 1789–1900, in: *Bulletin of the History of Medicine* 83/1 (2009), 1–16, hier 10; Joyce D. GOODFRIEND, New York City in 1772. The Journal of Solomon Drowne, Junior, in: *New York History* 82/1 (2001), 25–52, hier 40–46.
- 29 Martin GABRIEL, Eine Laus erobert die Welt. Die Koschenilleschildlaus (*Dactylopius coccus*) und das „rote Gold“ Neuspaniens, in: *Amerindian Research* 17/4 (2022), 212–223.
- 30 Der Schaden durch die Unterbrechung von Handelsbeziehungen wurde auch in Großbritannien als Argument gegen Quarantäne ins Feld geführt; George PYE, *A Discourse of the Plague. Whereas Dr. Mead's Notions are consider'd and refuted* (London 1721), hier 51.
- 31 Sara GRIDSTONE GRONIM, Imagining Inoculation. Smallpox, the Body, and Social Relations of Healing in the Eighteenth Century, in: *Bulletin of the History of Medicine* 80/2 (2006), 247–268, hier 248–249.
- 32 Suzanne KREBSBACH, The Great Charlestown Smallpox Epidemic of 1760, in: *The South Carolina Historical Magazine* 97/1 (1996), 30–37, hier 31–32.
- 33 Priscilla WALD, *Contagious. Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative* (Durham 2008), hier 2.
- 34 Blanca LÓPEZ DE MARISCAL, El drama demográfico de la Nueva España en el siglo XVI. El espacio de la mujer, in: Lucía Melgar, Hg., *Persistencia y cambio. Acercamientos a la historia de las mujeres en México* (Ciudad de México 2008), 79–98, hier 83; LIONETTI, *Lucha*, 40.
- 35 Harish NARAINDAS, Preparing for the Pox. A Theory of Smallpox in Bengal and Britain, in: *Asian Journal of Social Science* 31/2 (2003), 304–339, hier 307.

Protest und Emotion

Die Auseinandersetzung mit den historischen Realitäten eines multikulturellen Kolonialreiches erfordert stets den Willen, die z. T. sehr unterschiedlichen Perspektiven der betroffenen Gruppen und Individuen miteinzubeziehen – und dies geht über eine simple Dichotomie von Kolonisierenden versus Kolonisierten weit hinaus. Gerade Kolonialherrschaft hatte zweifellos nicht nur politische oder wirtschaftliche Auswirkungen, sondern baute auf einem spezifischen Gedankengerüst auf und resultierte auch in Veränderungen auf psychologischer und psychosozialer Ebene. Daher erscheint ein Verweis auf Lucien Febvres Diktum angebracht, wonach die Geschichtswissenschaft Themenbereiche wie die Geschichte von Ideen ohne ein grundlegendes psychologisches Interesse kaum verständlich machen könne.³⁶ Begibt man sich auf die Ebene der Untersuchung von Protest oder zivilem Ungehorsam, wird klar, dass frühe Studien von *crowd historians* zumeist eine Position vertraten, der zufolge demonstrierende oder aufständische Gruppen nachvollziehbare Methoden anwenden bzw. Ziele verfolgen: „logical choices that can be easily grasped by historians once the rioters' basic assumptions are understood. The historical study of protest, indeed, remains dominated by the claim to rationality“.³⁷ In diesem Zitat tauchen bereits zentrale Begrifflichkeiten wie „logisch“ und „Rationalität“ auf. Dabei kann aber sehr wohl die Frage gestellt werden: sind emotionalisierte Proteste automatisch auch irrational? Randall Collins stellte 1990 fest: „What holds a society together – the ‚glue‘ of solidarity – and what mobilizes conflict – the energy of mobilized groups – are emotions“.³⁸ Dies bildet auch die Basis für das Postulat von prinzipiell mit sozialen Gemeinschaften identen „emotional communities“.³⁹ Emotionen sind häufig sehr eng an (kaum bis gar nicht verhandelbare) moralische Wertvorstellungen gebunden und machen es nötig, lokale Systeme von Rechten und Pflichten sowie Wertzuschreibungen im Blick zu behalten.⁴⁰ James Jasper unterstreicht die Existenz von an sich selbst oder nach außen orientierten (*reciprocal*/reziproken bzw. *shared*/geteilten) Emotionen in sozialen Bewegungen; während Solidarität oder Freundschaft als reziprok zu sehen wären, sind die Ablehnung von Fremden oder der Protest gegen eine Regierung demnach als geteilte Emotionen einzustufen.⁴¹

36 Lucien FEBVRE, La sensibilité et l'histoire. Comment reconstituer la vie affective d'autrefois?, in: Annales d'histoire sociale 3/1–2 (1941), 5–20, hier 13.

37 Peter N. STEARNS / Carol Z. STEARNS, Emotionology. Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards, in: The American Historical Review 90/4 (1985), 813–836, hier 816.

38 Randall COLLINS, Stratification, Emotional Energy, and the Transient Emotions, in: Theodore D. Kemper, Hg., Research Agendas in the Sociology of Emotions (New York 1990), 27–57, hier 27–28.

39 Barbara H. ROSENWEIN, Worrying about Emotions in History, in: The American Historical Review 107/3 (2002), 821–845, hier 842.

40 Rom HARRÉ, An Outline of the Social Constructionist Viewpoint, in: Ders., Hg., The Social Construction of Emotions (Oxford 1986), 2–14, hier 6.

41 James M. JASPER, The Emotions of Protest. Affective and Reactive Emotions in and around Social Movements, in: Sociological Forum 13/3 (1998), 397–424, hier 417.

Die Protestbewegung in Oaxaca 1796/1797

Im Verwaltungsgebiet Oaxaca wurde kurz nach Ausbruch der Pockenepidemie 1796 ein umfassendes Quarantäneregime eingerichtet, dessen Maßnahmen (Verkehrsbeschränkungen, Einrichtung von „Kinderspitälern“ usw.) anfänglich auch von der indigenen Bevölkerung akzeptiert wurden. Bald jedoch stießen die Vorgaben des Staates (die sowohl ökonomische wie auch soziale Grundlagen indigenen Lebens infrage stellten) auf wachsende Ablehnung, die Kooperationsbereitschaft schwand, Beamte wurden bedroht.⁴² Während Geistliche in verschiedenen Regionen Südmexikos Prozessionen organisierten, um die Seuchengefahr zu bannen, wurden schließlich bewaffnete Milizverbände in die „Protesthochburgen“ wie Teotitlán del Valle entsandt, um für Ordnung zu sorgen.⁴³ In Teotitlán hatten am 8. Oktober mit Steinen bewaffnete, indigene Frauen einen verstorbenen Buben in einer Art Triumphzug und in einer Stimmung, die nach Angaben von Beobachtern eine Mischung aus Trauer und Ausgelassenheit widerspiegelte, aus der provisorischen Leichenhalle zur Kirche überführt und dort in demonstrativer Missachtung der offiziellen Vorgaben beerdigt.⁴⁴ Dies stellt eine interessante Parallele zu einer Typhusepidemie 1795 in Guatemala dar, wo Maya-Frauen im Ort Santa María Nebaj mehrere Spanier de facto als Geiseln nahmen, um die Bestattung ihrer Kinder in der Dorfkirche zu erzwingen.⁴⁵

Bezeichnend ist, dass die Kolonialmacht, aber auch Anwälte und Priester, Frauen eine entscheidende, aktive Rolle bei den Unruhen zusprachen, während Kinder zentrale Symbole für den Protest darstellten. Neuspanien war – wie weite Teile der hispanischen Welt – von einer besonders starken Marienverehrung geprägt und Oaxaca bildete hier sicherlich keine Ausnahme. „Mary is the ‚maternal ideal‘ – all-giving, all-nurturing, and all-loving. [...] For women, the Virgin Mary can also be seen as autonomous, powerful, and worthy of veneration because [...] she has succeeded without needing men.”⁴⁶ Speziell spanische Theologen waren für die Entstehung einer „Marianologie“ verantwortlich gewesen, und Marias Kind Jesus wiederum eignete sich aus indigener Sicht als Symbol eines Neuanfangs – potentiell auch eines Neuanfangs ohne koloniale Unterdrückung.⁴⁷ Die westeuropäische Medizin des Mittelalters hatte Frauen als zu unruhestiftenden Akten neigend charakterisiert, was in tendenziell weniger strenger Bestrafung

42 Paul RAMÍREZ, „Like Herod’s Massacre”. Quarantines, Bourbon Reform, and Popular Protest in Oaxaca’s Smallpox Epidemic, 1796–1797, in: *The Americas* 69/2 (2012), 203–235, hier 213–217.

43 Archivo General de Simancas, Secretaría de Estado y del Despacho de Guerra, ES.417161.AGS/SGU, LEG, 6974, 16, f. 153r., Brief an den Vizekönig von Neuspanien, Aranjuez am 6. Februar 1797.

44 RAMÍREZ, Massacre, 215–216. Da die Frauen die Steine schon vorab unter ihren Umhängen versteckt hatten, ist die Aktion nicht als gänzlich spontanes Vorgehen zu deuten; die Beerdigung im Kirchhof zeigt wiederum auch, dass sich die Bevölkerung nicht vom Katholizismus (oder ihrer Vorstellung davon) distanzierte.

45 Alvis E. DUNN, A Cry at Daybreak. Death, Disease, and Defence of Community in a Highland Ixil-Mayan Village, in: *Ethnohistory* 42/4 (1995), 595–606, hier 599–601.

46 Nancy FREY BREUNER, The Cult of the Virgin Mary in Southern Italy and Spain, in: *Ethos* 20/1 (1992), 66–95, hier 89.

47 Donna SPIVEY ELLINGTON, Impassioned Mother or Passive Icon. The Virgin’s Role in Late Medieval and Early Modern Passion Sermons, in: *Renaissance Quarterly* 48/2 (1995), 227–261, hier 244–245; William B. TAYLOR, The Virgin of Guadalupe in New Spain. An Inquiry into the Social History of Marian Devotion, in: *American Ethnologist* 14/1 (1987), 9–33, hier 19–20.

des „sexus imbecillus“ resultierte.⁴⁸ Vor allem im ländlichen Neuspanien wurde Maria mit präkolonialen „Gottheiten“ kombiniert, die meist mit Mutterschaft und/oder landwirtschaftlicher Fruchtbarkeit in Verbindung gebracht worden waren.⁴⁹ Die Vorstellung von einem besonderen Band zwischen Müttern und deren Kindern („Stücke ihrer Herzen“), die während und nach den Protesten postuliert wurde,⁵⁰ konnte letztlich von indigenen wie europäischen Traditionen gestützt werden. *Tumultos* wie jener in Teotitlán müssen aber auch heute noch als Charakteristikum des ländlichen Oaxaca gesehen werden – bezeichnenderweise vor allem in Gebieten mit starker kommunaler Solidarität und/oder großer Skepsis gegenüber auswärtigem Einfluss.⁵¹

Dass die Proteste gegen die Quarantäne in Oaxaca weder in eine „irrationale“ noch in eine „rationale“ Sphäre eingeordnet werden sollten (auch wenn die zeitgenössischen, vorwiegend juristischen, spanischen Quellen eine derartige Unterscheidung nahelegen würden),⁵² ergibt sich zum einen aus der Tatsache, dass verschiedene Interessensgruppen aus unterschiedlichen Motiven den Beschränkungen ablehnend gegenüberstanden. Zum anderen ist bereits die Dichotomie von Rationalität und Irrationalität zu hinterfragen: „The specter of irrationality arises when we assume that emotions [...] lead us to do things we normally would not do or do not ‘really’ want. But even the most fleeting emotions are firmly rooted in moral and cognitive beliefs that are relatively stable and predictable.”⁵³ Die Einrichtung von Spitälern oder die Bestattung von Kindern auf gesonderten Friedhöfen konnten als Angriff auf indigene Selbstbestimmung im Allgemeinen und die normative Rolle von Frauen gesehen werden.⁵⁴ In San Pedro Yaneri argumentierten die Männer des Dorfes bei der Weigerung, kleine Kinder in eine provisorische Krankenstation zu bringen, mit dem nachvollziehbaren Argument, dass diese, angesichts unzureichender Kleidung und ungünstiger Witterung am gewählten Standort, in ernsthafter Lebensgefahr wären. In einem Dorf im Intendanzgebiet von Puebla wiederum wurde dezidiert auf die Praktiken in Teotitlán del Valle verwiesen und vom dortigen Krankenrevier als einem *casa de la muerte* gesprochen.⁵⁵ Rolf Widmer hat auch explizit darauf verwiesen, dass die Isolation der Kinder eine indigene Familie potentiell wichtiger Arbeitskräfte beraubte und die Gemeinschaft unmittelbar schwächte.⁵⁶ Emotionen (wie Trauer über den Verlust geliebter Menschen oder Zorn auf eine Staatsmacht, der mangelnde Sensibilität gegenüber Traditionen und Ignoranz gegenüber sozioökonomischen Notwendigkeiten vorzuwerfen war) konnten in all diesen Fällen von zentraler Bedeutung sein. Akzeptiert man Pilar Gonzalbo Aizpurus Feststellung, wonach die indigenen Gruppen Neuspaniens trotz tödlicher Epidemien Netzwerke von Loyalitäten und familiäre Kohäsion erhalten konnten,⁵⁷ ist dies mit Einschränkungen

48 SPIVEY ELLINGTON, *Mother*, 250.

49 TAYLOR, *Virgin*, 19.

50 RAMÍREZ, *Massacre*, 225.

51 Philip A. DENNIS, *Conflictos por tierras en el valle de Oaxaca* (Ciudad de México 1990), hier 142.

52 RAMÍREZ, *Massacre*, 218.

53 JASPER, *Emotions*, 421.

54 Rodolfo PASTOR, *Campeñas y reformas. La Mixteca, 1700–1856* (Ciudad de México 1987), 404–407; Angela T. THOMPSON, *To Save the Children. Smallpox Inoculation, Vaccination, and Public Health in Guanajuato, Mexico, 1797–1840*, in: *The Americas* 49/4 (1993), 431–455, hier 432.

55 RAMÍREZ, *Massacre*, 228–229.

56 Rolf WIDMER, *Política sanitaria y lucha social en Tehuantepec, 1795–1796*, in: *Historias* 21/2 (1989), 71–89, hier 80.

57 Pilar GONZALBO AIZPURI, „La familia“ y las familias en el México colonial, in: *Estudios Sociológicos* 10/30 (1992), 693–711, hier 704.

sowohl in einem emotionalen wie einem sozioökonomischen Sinne zu verstehen. Dass der Widerstand gegen Hospitalisierung und Isolation die Bekämpfung der Epidemie erschwerte, erscheint logisch;⁵⁸ letztlich sollten aber weder die Wirksamkeit von Quarantäne im frühmodernen Kontext überbewertet noch ihre Ablehnung durch indigene Menschen romantisierend verklärt werden, auch wenn die Geschichte von „ordinary individuals [that] shaped public health“⁵⁹ zweifellos Beachtung verdient. Brian Owensby konstatierte für das 18. Jahrhundert, dass „few Indians would have thought that the law was ‚irrelevant‘ or ‚alien‘ to them.“⁶⁰ Der Umgang mit dem spanischen Rechtswesen war eine Realität und Notwendigkeit, so fehlerbehaftet das System auch gewesen sein mag. Ebenso ist hier aber auch davon auszugehen, dass Personen wie der Intendant von Oaxaca, Antonio Mora y Peysal, ein Verfechter von Reformen im spanischen Staatswesen, der erst kurz vor dem *tumulto* von Teotitlán für seine Loyalität und Arbeit zum Wohl der „treuen und nützlichen Vasallen“ in Oaxaca ausgezeichnet worden war,⁶¹ wesentlich dazu beitrugen, die Maßnahmen zur Pockenbekämpfung an die Erwartungen der Bevölkerung anzupassen (und somit wiederum die ihm selbst als sinnvoll erscheinenden Reformbewegungen im Reich zu fördern).

Conclusio

Das ursprüngliche Quarantäneregime in Oaxaca endete im November 1796. An seine Stelle trat eine Inokulationsstrategie, die von Anreizen wie Geschenken und der Erlaubnis begleitet war, verstorbene Kinder wieder auf den alten Ortsfriedhöfen zu beerdigen; zeitgenössische Beobachter unterstrichen rasch die guten Resultate auf regionaler Ebene.⁶² Anfang 1797 wurde ein Großteil der Kontaktbeschränkungen in der Provinz aufgehoben. Im Herbst erreichten die Pocken das dichtbesiedelte Zentralmexiko und Vizekönig Miguel de la Grúa Talamanca y Branciforte (1750–1812) als höchstrangiger Verwalter Neuspaniens drängte nunmehr auf die rasche Variolation der Einwohnerschaft.⁶³ Erwähnenswert sind an dieser Stelle zwei Punkte aus

58 Julio CONTRERAS UTRERA, La epidemia de la viruela en la villa de Orizaba y en los pueblos de Maltrata, Aquila e Ixhuatlancillo. 1797–1798, in: *Contribuciones desde Coatepec* 19/37 (2022), 1–20, hier 2.

59 Mark Allan GOLDBERG, *Conquering Sickness. Race, Health, and Colonization in the Texas Borderlands* (Lincoln–London 2016), 175.

60 Brian OWENSBY, *Empire of Law and Indian Justice in Colonial Mexico* (Stanford 2008), 296.

61 Archivo General de Simancas, Secretaría de Estado y del Despacho de Guerra, ES.417161.AGS/SGU, LEG, 6973, 26, f. 3v., Brief an Diego de Gardoqui, Ciudad de México am 27. Mai 1796; Brian R. HAMNETT, Dye Production, Food Supply, and the Laboring Population of Oaxaca, 1750–1820, in: *Hispanic American Historical Review* 51/1 (1971), 51–78, hier 76.

62 Virginia GUEDEA, La medicina en las gacetas de México, in: *Mexican Studies/Estudios Mexicanos* 5/2 (1989), 175–199, hier 190; América MOLINA DEL VILLAR, Los alcances de la inoculación y el impacto de la viruela de 1797 en la parroquia de San Agustín Joncatepec, in: *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 40/157 (2019), 178–214, hier 188.

63 RAMÍREZ, *Massacre*, 230. Insgesamt wurden in Neuspanien bis zu 70.000 indigene Menschen einer Inokulation unterzogen (E. W. STEARN / A. E. STEARN, Smallpox Immunization of the Amerindian, in: *Bulletin of the History of Medicine* 13/5 [1943], 601–613, hier 602); dass die Opferzahlen dennoch hoch waren, zeigt sich etwa an der nördlichen Provinz San Luis Potosí, wo rund 30.000 Personen erkrankten, von denen ein Drittel nicht überlebte. Ana IRISARRI AGUIRRE, La vacunación contra la viruela en la provincia de San Luis Potosí tras la expedición de Balmis. 1805–1821, in: *Fronteras de la Historia* 12 (2007), 197–226, hier 202.

Brancifortes Verordnung zur Pockenbekämpfung vom Februar 1797: Bischöfe und Ortspfarrrer erhielten den Auftrag, im Anlassfall separate Begräbnisstätten für Seuchenopfer anzulegen, wurden aber zugleich auch aufgefordert, öffentliche und private Gebete zur Beendigung der Epidemie zu unterstützen.⁶⁴ Eine hygienepolitische Maßnahme, die während der Pockenbekämpfung in Oaxaca extrem negative Emotionen hervorgerufen hatte, findet sich hier also neben einer der klassischen (und auf Gefühle abzielenden) Reaktionen auf Infektionskrankheiten in der christlichen Welt.

Proteste gegen die Variolation gab es in Oaxaca nicht, was die Annahme einer „anti-modernistischen“ Stimmung unter der indigenen Bevölkerung konterkariert.⁶⁵ Die indigenen Aktivitäten zeigen auch, dass etwa Mutterliebe kein „modernes“ Phänomen darstellt, wie manchmal behauptet wird.⁶⁶ Zugleich ist anzunehmen, dass Verteidigungsstrategien von Anwälten nach den Unruhen gezielt mit der Tradition spielten, Frauen weniger streng zu bestrafen, und daher die emotionale Komponente viel stärker betonten als wirtschaftliche Hintergründe. Dass die Thematik von „Emotionalität“ hier wirkungsmächtig war, ist in jedem Fall kaum zu bestreiten. In einer volkstümlichen Geschichte aus Norditalien trifft ein Einsiedler auf eine alte Frau – die personifizierte Pest – und fragt diese, wie viele Menschen sie in der nahen Stadt töten wird. Sie antwortet, es würden nicht mehr als 1.000 sein, doch tatsächlich sterben zehn Mal so viele. Bei einem Wiedersehen beschuldigt der Eremit die Frau der Lüge, doch sie meint, sie habe nur 1.000 Menschen getötet: die anderen seien aus Angst gestorben.⁶⁷ Epidemien waren stets mit Emotionen verbunden: Furcht vor dem Unbekannten oder dem Tod, Hass auf Sündenböcke oder Liebe, die das Weiterleben sinnvoll erschienen ließ. Ebenso sollte aber auch beachtet werden, dass nicht nur die Krankheiten Emotionen hervorriefen, sondern auch die Maßnahmen, die gesetzt wurden, um der Epidemien Herr zu werden.

Informationen zum Autor

Mag. Dr. Martin Gabriel, Lehrbeauftragter für Neuere und Österreichische Geschichte am Institut für Geschichte sowie Fachprüfungsverantwortlicher für die Studienberechtigung Geschichte an der Universität Klagenfurt, Universitätsstraße 65–67, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, E-Mail: martin.gabriel@aau.at

64 Robin PRICE, State Church Charity and Smallpox. An Epidemic Crisis in the City of Mexico, 1797–98, in: *Journal of the Royal Society of Medicine* 75/5 (1982), 356–367, hier 361.

65 Es wäre auch verfehlt, z. B. gegen die Inokulation gerichtete Unruhen in Virginia und das de-facto-Verbot der Praxis (1770) als per se „anti-modernistisch“ zu betrachten; Philip RANLET, The British, Slaves, and Smallpox in Revolutionary Virginia, in: *Journal of Negro History* 84/3 (1999), 217–226, hier 218.

66 STEARNS / STEARNS, *Emotionology*, 818. Es kann m. E. ebenso bezweifelt werden, dass etwa die Aktivitäten von Lady Montagu, die Inokulationen an ihren Kindern durchführen ließ, ausschließlich einer „rationalistischen“ Geisteshaltung und nicht ebenfalls einer emotionalen Bindung geschuldet waren; siehe dazu BARNES, *Public Life*.

67 Manlio BRUSATIN, *Il muro della peste. Spazio della pietà e governo del lazzeretto* (Venezia 1981), 57.

Philipp Reichrath

**Viele kranke Kinder – *emotives Tun* bei
Jane Addams und Dr. Alice Hamilton
im Kontext humanitärer Hilfe nach Ende des
Ersten Weltkrieges**

English Title

Lots of sick children – *Doing emotions* in the humanitarian work of Jane Addams and Dr. Alice Hamilton after World War I

Summary

This report reconstructs ‘doing emotions’ – a praxeological concept of emotion – in a 1919 travel report by the social reformers Jane Addams and Dr. Alice Hamilton that is concerned with advocating humanitarian aid. This report on the social situation of the civilian population in Germany was written after the end of the First World War. It provides revealing insights into the realities of life with special regards to the situation of children in 1918/1919. The report predominantly highlights the distressing situation of children who were at particular risk of illness and suffering because of starvation and infectious diseases. After a brief introduction to the history of Addams and Hamilton’s work, this paper will discuss Addams’ method of ‘sympathetic understanding’ in praxeological terms on the basis of the travel report.

Keywords

Aftermath of World War I, doing emotions, Women’s Movement, sympathetic understanding, Jane Addams, relief efforts, Germany

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

Einleitung

Emotionen spielen im Lebenswerk von Jane Addams (1860–1935) eine bedeutende Rolle. Als engagierte Sozialreformerin war es für sie wichtig, Emotionen in die Genese von Wissen einfließen zu lassen, sich von Emotionen bewegen zu lassen sowie Zuwendung, Güte und Fantasie in die Begegnungen mit anderen Menschen einzubringen.¹ Sie entwickelte ihre Ansichten methodologisch in Form einer Sozialethik beständig weiter und war der Ansicht, dass ihre Idee des *sympathetic understanding* und die daraus entstehenden Wissensformationen (*sympathetic knowledge*) “the only way of approach to any human problem”² sei. Das gegenseitige Verständnis, das durch eine Perspektivübernahme der*des Anderen hervorgebracht werden soll, ist bei Addams insbesondere wichtig, um Krieg und das damit verbundene Leiden zu verhindern. In ihrer Vorstellung kann es somit durch die Auseinandersetzung der jeweiligen Perspektive des Gegenübers zu einer gewaltfreien Lösung von Konflikten kommen.³ Addams Methode lässt sich, wie in diesem Beitrag aufgezeigt wird, als eine *emotive Praxis*⁴ ausdeuten. Um dies aufzuzeigen, wird in diesem Artikel zuerst kurz in den Werkkontext insbesondere von Jane Addams eingeführt, bevor unter Rückgriff auf das praxeologische Konzept des ‚emotiven Tuns‘ von Monique Scheer⁵, ein Reisebericht aus dem Jahr 1919⁶ betrachtet wird. Dieser Reisebericht zeigt insbesondere die verschiedenen (gesundheitlichen) Leiden und die Folgen des Ersten Weltkrieges auf die Zivilbevölkerung in Deutschland. Dabei konzentriert er sich auf die Situation von Kinder und damit verbunden die Darstellungen von unendlich erscheinendem Leid.

Jane Addams und Dr. Alice Hamilton: Friedensbewegte Sozialreformerinnen

Jane Addams war während der sogenannten *Progressive Era* (~1890–1920) eine wichtige und international stark vernetzte Sozialreformerin. Ihr Lebensmittelpunkt und Ort ihrer Reformbestrebungen war Chicago, Illinois. Sie hat bedeutenden Einfluss auf die Geschichte Sozialer Arbeit in den USA⁷ sowie die Public Administration genommen und ist deshalb wichtiger Bestandteil des US-amerikanischen *welfare state building* geworden.⁸ Auch auf die Soziologie

1 Vgl. Patricia M. SHIELDS, Jane Addams. Progressive Pioneer of Peace, Philosophy, Sociology, Social Work and Public Administration (Cham 2017), 21.

2 Jane ADDAMS, A New Conscience and an Ancient Evil (New York 1912), 11.

3 Vgl. Allen F. DAVIS, Jane Addams on Peace, War, and International Understanding. 1899–1932 (New York 1976), 70–71.

4 Vgl. Monique SCHEER, Emotion als Kulturelle Praxis, in: Hermann Kappelhoff u. a., Hg., Emotionen. Ein interdisziplinäres Handbuch (=Interdisziplinäre Perspektiven zu Emotion und Kultur, Stuttgart 2019), 352–362, hier 356.

5 Ebd., 356.

6 Jane ADDAMS / Alice HAMILTON, Official Report of Jane Addams and Dr. Alice Hamilton September 1919 – A Graphic Picture of Hunger Stricken Central Europe. An Eloquent Appeal to the Hearts of Generous Americans. (Omaha 1919).

7 Vgl. Inga PINHARD, Jane Addams. Pragmatismus und Sozialreform. Pädagogische Theorie und Praxis der Progressive Era (Farmington Hills 2009).

8 Vgl. Marcus GRÄSER, Wohlfahrtsgesellschaft und Wohlfahrtsstaat. Bürgerliche Sozialreform und *Welfare State Building* in den USA und in Deutschland 1880–1940 (Göttingen 2009).

und generell sozialwissenschaftliche Entwicklungen nahm sie zu ihrer Zeit bedeutenden Einfluss.⁹ Als überzeugte Anhängerin der Republik und der Demokratie setzte sie sich gemeinsam mit ihren Mitstreiter*innen für unterschiedlichste Sozialreformen mit einem klaren Gerechtigkeitsfokus ein: So wurde sie bspw. für das Frauenwahlrecht oder auch für Reformen in den Bereichen Armen- und Industriefürsorge, Gesundheitsfürsorge, Kinderarbeitsschutz und auch in der Friedensbewegung nebst zahlreichen anderen sozialen Belangen aktiv. Zentraler Ausgangspunkt und örtlicher Knotenpunkt für all diese Bemühungen war das Settlement *Hull-House*, das zweite seiner Art in den USA. Es wurde 1889 gegründet und ist, bei aller Pluralität und Heterogenität der Settlement-Bewegung, die bekannteste und einflussreichste Institution dieser Art gewesen.¹⁰ Settlements generell können als der historische Vorläufer der modernen Gemeinwesenarbeit angesehen werden. Wie der Name bereits verrät, waren Settlements lokale Niederlassungen – speziell in stark von Armut und Verelendung betroffenen Stadtvierteln. Diese wurden von Angehörigen sozial gut gestellter Schichten als Teil der privaten Fürsorge betrieben, um die Situation im jeweiligen Stadtviertel zu bessern.¹¹ Die Settlements verstanden sich als Gemeinschaftsstätten, die durch nachbarschaftliche Interaktion die Klassengrenzen überwinden wollten. Verschiedenste auf Freiwilligkeit basierende pädagogische Angebote und Austauschmöglichkeiten in Form von Clubs oder öffentlichen Diskussionen waren Teil einer breit angelegten soziokulturellen Bildungsarbeit.¹² Es wurde also versucht, durch regen Austausch, der über die Klassengrenzen hinweg stattgefunden hat, die gesellschaftliche Lage zu verbessern. In diesem Zuge waren Settlements oft in lokale Reformbestrebungen involviert, die die Lebensqualität in den Vierteln verbessern sollten.¹³

Das Settlementkollektiv *Hull-House* versuchte der armutsgeplagten Bevölkerung Chicagos Teilhabe an Demokratie und Nachbarschaftlichkeit zu ermöglichen. Diese ‘neighborhood idea’ fußte auf der Annahme, dass “a positive spirit in a particular community, would be the key to successful reform politics, beginning at the local level but expanding eventually to the national”.¹⁴ Dank der Etablierung pädagogischer und medizinisch-hygienischer Institutionen und Infrastruktur konnte sich das Settlement viel Einfluss erarbeiten. Die Angebote umfassten von Medikamentenausgabe, Krankenpflege, über eine Suppenküche, Kinderbetreuung inklusive Säuglingspflege, Diskussionsrunden für die Arbeiterbewegung, vielfältige Bildungs- und Kulturangebote, eine öffentliche Badeanstalt sowie unzählige weitere Angebote, die sich an den Bedürfnissen der Nachbarschaft ausrichteten. Gerade in den Armenvierteln Chicagos waren viele Migrant*innen angesiedelt, die in ihren jeweiligen Communities separiert waren. Sie sollten durch das Settlement miteinander in einen interkulturellen Austausch gebracht werden.¹⁵

-
- 9 Vgl. hierzu insbesondere: Mary Jo DEEGAN, *Jane Addams and the Men of the Chicago School, 1892–1918* (New Brunswick–Oxford 1988).
- 10 Roland ANHORN, *Wie alles anfang ... und kein Ende findet ... Traditionelle und kritische Soziale Arbeit im Vergleich von Mary E. Richmond und Jane Addams*, in: Ders. u. a., Hg., *Kritik der Sozialen Arbeit – kritische soziale Arbeit* (=Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit 12, Wiesbaden 2012), 225–270, hier 241.
- 11 GRÄSER, *Welfare*, 21–23.
- 12 Wolf-Reiner WENDT, *Geschichte der Sozialen Arbeit 1. Die Gesellschaft vor der sozialen Frage 1750–1900* (Wiesbaden 2017⁶), 344.
- 13 PINHARD, *Pragmatismus*, 45–47; vgl. ANHORN, *Ende*, 241–242.
- 14 Camilla STIVERS, *Settlement Woman and Bureau Men. Constructing a Usable Past for Public Administration*, in: *Public Administration Review* 55/6 (1995), 522–529, hier 526.
- 15 Vgl. Jane ADDAMS, *Twenty Years at Hull-House* (New York 1910).

Auch unabhängige Sozialforschung war Teil dieses Kollektivs: Das hier wohl bekannteste Beispiel sind die *Hull-House Maps and Papers* aus dem Jahr 1895 – eine groß angelegte soziologische Studie über die vorwiegend migrantische Nachbarschaft von *Hull-House*.¹⁶ Die Auswertung dieser umfassenden Daten zeigte, dass es nicht nur bestimmte Bevölkerungsgruppen und -schichten gab, die besonders unter dem “starvation struggle” und den “social ills”¹⁷ litten, sondern auch, dass sie deshalb dem in der Verfassung verbrieften “Pursuit of Happiness” nicht folgen konnten, da es, so die Diagnose, an demokratischen Strukturen und solidarischem Miteinander mangelte. Das war für die sich damals entwickelnde Profession Soziale Arbeit ein großer Schritt, welcher die Loslösung vom Paradigma der individualisierenden Ausgestaltung sozialer Wohltätigkeit, also von der Ansicht, dass Personen ausschließlich selbst für ihre misslichen Lagen verantwortlich sind, begünstigte und eine erste gesellschaftskritische Form von Sozialer Arbeit hervorbrachte.¹⁸

Eine von Addams Mitstreiterinnen war Dr. Alice Hamilton (1869–1970), eine promovierte Pathologin und Bakteriologin, die ihr nicht nur eine enge Freundin, sondern auch ihre Leibärztin war. Hamilton lebte 20 Jahre lang gemeinsam mit Addams in *Hull-House* und setzte sich in verschiedenen Kontexten der sozialen Reformen für Hygiene, Kinderkliniken sowie im Kampf gegen die Ausbreitung von Berufskrankheiten ein. Insbesondere war sie in der *Occupational Diseases Commission* von Illinois vertreten und Mitglied diverser Gesundheitsausschüsse. 1919 wurde sie als erste Frau Assistant Professor an der Harvard Medical School. Ihr Lehrstuhl war in der Industriemedizin angesiedelt. Sie hatte sehr großen Einfluss im Bereich der industriellen Toxikologie und war eine der führenden Größen ihrer Zeit.¹⁹

Addams war friedensbewegt und befasste sich dezidiert mit den Folgen kriegerischer Auseinandersetzungen.²⁰ Deshalb war sie vom Kriegsausbruch in Europa besonders ergriffen und durchaus schockiert²¹ – auch da sie bereits intensive persönliche Kontakte zu Angehörigen der internationalen Frauenbewegung pflegte.²² Zu diesem Zeitpunkt hatte sie die Funktion als *national chairman* der *Woman’s Peace Party* inne, was ihr eine Einladung nach Den Haag als Abgesandte zum *International Congress of Women* (28.–30. April 1915) einbrachte. Gemeinsam mit Hamilton machte sie sich auf den Weg, um sich vor Ort über den Kriegsausbruch auszutauschen. In diesem Zuge ist ab dem 28. April 1915 die *Women’s International League for Peace and Freedom* gegründet worden, welche aktiv danach strebte, den Krieg zu beenden.²³ Die politische Gemengelage rund um die Rolle der USA, deren später Kriegseintritt und

16 RESIDENTS OF HULL-HOUSE, *Hull-House Maps and Papers. A Presentation of Nationalities and Wages in a Congested District of Chicago, Together with Comments and Essays on Problems Growing out of the Social Conditions*, by the Residents of Hull-House, a Social Settlement (Chicago 1895).

17 Jane ADDAMS, *Democracy and Social Ethics* (New York 1902), 8–11.

18 Vgl. hierzu insbesondere ANHORN, Ende.

19 Barbara SICHERMAN, *Alice Hamilton. A Life in Letters* (Vanbride/Mass.–London 1984), 237–242.

20 Jane ADDAMS, *Newer Ideals of Peace* (New York 1907).

21 Vgl. Neil LANCOT, *The Approaching Storm. Roosevelt, Wilson, Addams, and their Clash over America’s Future* (New York 2021).

22 Vgl. Rita BRACHES-CHYREK, *Jane Addams, Mary Richmond und Alice Salomon. Professionalisierung und Disziplinbildung Sozialer Arbeit* (Berlin–Toronto 2013), 248–259.

23 Jane ADDAMS / Emily G. BALCH / Alice HAMILTON, *Women at The Hague. The International Congress of Women and its Results* (Chicago 2003), 73.

die Bereitstellung humanitärer Hilfen – der sogenannten *Relief Efforts* in Form von Nahrungsmittel-, Kleidungs-, Geld- und sonstigen Sachspenden – war hochgradig kontrovers. Die Vorwürfe gegenüber Addams reichten von “pro-German” bis hin zu “Socialist”²⁴, da ihre pazifistische Einstellung als unpatriotisch verstanden wurde. Sie vertrat die Meinung, dass der Kriegseintritt der USA zu einer Ausweitung, statt zu einem Ende des Krieges führen würde. Deshalb wurde ihr vorgeworfen, dass sie Deutschland als Kriegspartei unterstützen würde. Insgesamt hat ihre pazifistische Einstellung zu großer öffentlicher Kritik an ihr geführt, bspw. von Woodrow Wilson und der *League of Nations*. Die Kritik hat zu starken Reputationseinbußen Addams geführt und sie als reformpolitische Akteurin in ein schlechtes Licht gesetzt. Die Anfeindungen ihr gegenüber gingen so weit, dass sie unter FBI Beobachtung stand.²⁵

Die Angst, mit den *Relief Efforts* dem Deutschen Reich in die Hände zu spielen und die Kriegstreiber zu unterstützen,²⁶ führte dazu, dass erst nach Unterzeichnung des Versailler Vertrages großflächig Hilfsgüter,²⁷ die schon seit Kriegsbeginn gesammelt wurden, verteilt wurden. Eine in Deutschland verbreitete Form der *Relief Efforts* waren bspw. die sog. Quäkerspeisungen.²⁸ Die Quäker, Addams selbst war Quäkerin, waren gemeinsam mit der Frauenbewegung sehr aktiv bei der Organisation der *Relief Efforts*. Sie hatten als Religionsgemeinschaft großen Einfluss und waren von den Kontroversen nicht so stark betroffen wie die Frauen- und Friedensbewegung, sie waren jedoch auf Vorsicht bedacht, dass das auch so bleibt.²⁹ Ideal der *Relief Efforts*, nebst einer angemessenen Grundversorgung der Zivilbevölkerung, war es letztlich auch, dass durch diese Hilfen demokratische Strukturen in Mitteleuropa geschaffen werden können, die einen nachhaltigen Frieden ermöglichen sollten. Dies prägt auch die Darstellungsformen im Reisebericht, der an die *Society of Friends* (das Zentralorgan der Quäker) adressiert ist. Er trägt den Titel: “A Graphic Picture of Hunger and Disease Stricken Central Europe. An Eloquent Appeal to the hearts of generous Americans of special interest to physicians”.³⁰

24 Katherine JOSLIN, Introduction, in: Jane Addams, *Peace and Bread in Times of War* (Chicago 1922/2002), xxi.

25 Vgl. JOSLIN, Introduction, xxi. Addams wurde von Hoover, dem damaligen Vorsitzenden des FBI, der selbst beim *International Committee of Friends* mitwirkte, als ‚gefährlichste Frau Amerikas‘ bezeichnet. Daraus entstehende interne Spannungen bei diesem zentralen Hilfsorgan der Quäker veranlassen diese dazu, Geld und Nahrungsmittelspenden ausschließlich als Formen der Hilfe ihrer selbst erscheinen zu lassen. Dies zog den Unmut vieler Deutschamerikaner*innen, die an den Spenden rege beteiligt waren nach sich.

26 Vgl. LANCOT, Storm, 45–51.

27 Charles STRICKLAND, *American Aid to Germany, 1919 to 1921*, in: *The Wisconsin Magazine of History* 45/4 (1962), 256–270, hier 258.

28 Vertiefend zum Engagement der Quäker: Daniel MAUL, *The Politics of Service. US-amerikanische Quäker und internationale Humanitäre Hilfe 1917–1945* (Berlin–Boston 2021).

29 Hierzu insbesondere: MAUL, Politics, 107–110.

30 ADDAMS / HAMILTON, Report.

Viele kranke Kinder – emotives Tun im Reisebericht von Addams und Hamilton

Bereits der Titel verrät, dass es sich um einen sehr emphatisch geschriebenen Bericht handelt, der neben normativen Emotionalisierungen auch drastische Darstellungen enthält. Eine erste Auffälligkeit ist, dass es vorwiegend um die Situation von Kindern und Müttern geht, um verzweifelte Ärzte und ebenso um eine mit der Situation überforderte öffentliche Hand, die nur das Wohl der ihnen anvertrauten Kinder im Sinne hat. Es geht nicht um die direkten militärischen Feind. Somit wird ein moralisch legitimer Bezugspunkt hergestellt, der Kinder als unschuldig an der krisenhaften Situation, in der sie sich befinden, darstellt. Es ist bereits damit der Rekurs auf eine normierte emotio-kulturelle Ordnung auszumachen, die eine spezifische Vorstellungen von Kindheit umfasst. Kinder sind rein, politisch nicht mündig und somit (moralisch) unschuldig am Krieg und der daran anschließenden Krise. Sie sind nicht selbstverschuldet in ihre missliche Lage gebracht worden, was sie der Hilfe besonders „würdig“³¹ macht. Diese emotio-kulturelle Ordnung ist anschlussfähig an die auf Innerlichkeit fokussierten Tugendhaftigkeitsideale der Quäker. Diese bauen auf Nächstenliebe und Hilfe: Das Licht Gottes *wohnt* in einem jeden Menschen und der Ort der religiösen Wahrheit ist die persönliche Glaubenserfahrung. Zu dieser gehört sehr zentral das menschliche Gewissen und damit die Menschenwürde, die im Krieg per se verletzt wird. Nächstenliebe und Hilfe sind auch Teil dieser kulturellen Ordnung, die aus Gründen der Innerlichkeit zur humanitären Hilfe und zur Unterstützung der Kinder anhält, um ihre Würde nicht zu gefährden.³²

Der Bericht umfasst insgesamt 16 Seiten und ist wie folgt aufgebaut: Nach einer ausführlichen Danksagung und Aufzählung der beteiligten Personen und Institutionen – also diversen Vereinigungen der Quäker und Anhängerinnen der Frauenbewegung werden die Reiserouten³³ der insgesamt acht internationalen Reisegruppen³⁴ dargestellt sowie die von ihnen besuchten Institutionen: Kliniken, Kinderärzte, Suppenküchen, Kur- und Heilanstalten, Jugendfürsorgeämter sowie Waisenhäuser.

Nach diesem allgemeinen Teil fährt der Bericht mit den Beobachtungen Addams und Hamiltons in weiten Teilen Preußens und in Frankfurt am Main fort. Ihre Beobachtungen fangen mit einer prolongierten und detailreichen Darstellung von Hungerleiden bei Kindern und den Auswirkungen auf deren Physis und Psyche an, bevor sich der Reisebericht in sozialhygienisch-statistischer Manier der Tuberkulose und den Möglichkeiten ihrer Bekämpfung widmet.

31 Im Kontext sozialer Hilfen waren die Kategorien „Würdigkeit“ und „Unwürdigkeit“ zu diesem Zeitpunkt noch besonders bedeutsam. Personen, die sich selbstverschuldet in missliche Lagen gebracht hatten, waren moralisch für ihre Situation selbst verantwortlich. Fürsorgliche Hilfe wurde nur denjenigen zu Teil, die angesichts guter Aussichten auf „Besserung“ (durch Reproduktion in Form von Lohnarbeit), durch ein tugendhaftes, fleißiges und arbeitsames Verhalten, vorzuweisen hatten. Kinder waren somit in ihrer Unterstützungsnotwendigkeit anerkennungsfähig. Dazu: ANHORN, Ende, 231.

32 MAUL, Politics, 27–31.

33 Von Köln über Berlin bis in das Erzgebirge, Leipzig, Halle, Chemnitz, Schlesien, Breslau, das Ruhrgebiet und zuletzt Frankfurt am Main.

34 Prominente andere Vertreterinnen der internationalen Frauenbewegung im Bericht sind u. a. Alice Salomon und Elisabeth Rotten, die als Reisegruppe ebenfalls die Situation erforschten.

Gefolgt von einem allgemeinen Abschnitt zum Anstieg anderer Krankheiten (Rachitis, Nephritis und Kindbettfieber). Das Ende ist ein moralischer Appell, der fragt, wie man es zulassen könnte, dass unschuldige Kinder weiter verhungern würden, wenn der Krieg doch nun vorbei sei. Der Bericht schließt mit dem Satz: “Much remains to be done in the way of interpretation and honest discussion before even a beginning of mutual understanding can be made”.³⁵

Dies hat auf der einen Seite direkten Bezug auf die normativen Ansichten Addams, dass Kinder unschuldig leiden, obwohl Abhilfe geschaffen werden könnte, und verweist auf Addams' progressivistische Methode des *sympathetic understanding*. Die Methode des *sympathetic understanding* lässt sich kurz zusammenfassen als ein analytisch-empathisches Handlungskonzept der verstehenden Perspektivenübernahme, die zu einer den Menschen dienenden Handlung leiten soll. Dies wird an folgendem Zitat aufgeschlüsselt:

“The pale people we saw on the streets, especially in the industrial quarters, were very serious and quiet, and in the railroad stations there was a conspicuous lack of all that talk and family bustle which one associates with German travel. Even the children were quieter. For them the war had evidently been translated into a lack of milk and butter and chocolate. The editor of a large city newspaper told us that he had been able the night before to take home a bottle of milk and that his little girl, who met him at the door, had shouted joyously to her mother that peace had come. He went on to say that the child could only feast her eyes, as the milk was intended for the little baby. We were told by a mother that her little girl had asked her if it was true that there were countries in the world where there was no war and where people could eat all they wanted to. Perhaps it was these mothers who suffered most, these intelligent women who knew perfectly well how important proper feeding was and who yet were unable to obtain the barest necessities for their children. One such mother said it was hardest at night after the children were in bed and one heard them crying and whimpering from hunger until they fell asleep and even after.”³⁶

Die anekdotischen Erzählungen können als mobilisierende Emotionspraktiken gelesen werden: Sie mobilisieren emotiv durch Analogisierung sozialer Lagen, um diese nachvollziehbar zu machen und schließen dann mit normativen Appellen und/oder Warnungen. Mobilisierende Emotionspraktiken sind nach Scheer diejenigen, die darauf abzielen, dass wir uns, insofern eine gewisse Disposition vorhanden ist, „von Emotionen anstecken [lassen]“.³⁷ Diese Dispositionen (im Sinne von Bereitschaft, Willigkeit, Voraussetzung) sind habitualisierter Art, demnach kulturspezifisch und nicht als natürlich gegeben anzusehen.³⁸

Eine solche emotive Mobilisation findet sich im oben zitierten Textabschnitt: Es werden kulturspezifische Wahrnehmungsdispositionen der Rezipient*innen angesprochen: Zuerst wird über den allgemeinen Eindruck, das Straßenbild gesprochen, welches durch die Beschreibung der Industrieviertel und der Bahnhöfe weiter spezifiziert wird. Diese sind soziale Räume mit besonderer Bedeutung in der Industrialisierung, mit deren Wahrnehmung durch eine Analogisierung ein Bruch der gewohnten Wahrnehmung forciert wird. Die Assoziationen dieser Bilder

35 ADDAMS / HAMILTON, Report, 15.

36 Ebd., 4–5.

37 SCHEER, Emotion, 357.

38 Vgl. ebd.

werden durch Irritation gebrochen: Die Wahrnehmung von Stille an Orten des Trubels, der Geschäftigkeit und der Bewegung. Besonders, dass selbst die Kinder still waren, bricht deutlich mit der Verhaltensnorm und soll für den Notstand dieser sensibilisieren. Kinder spielen, sie sind laut und oft belustigt, fröhlich usw. – Kindheit wird kulturell positiv wahrgenommen. Diese kindliche Leichtigkeit und v. a. Unbeschwertheit als Vorstellungen werden hier beiseite gewischt. Dies kann als eine argumentative Aktivierung emotionaler Habitualisierungen gelesen werden; gerade angesichts des Fortgangs der Erzählung: Die verstummten Kinder sind eine Disruption des vorherrschenden Idealbilds von Kindern. Sukzessive steigert die plastische Erzählweise die emotionalen Gehalte, indem das Notleiden der Kinder aus ihrer Perspektive heraus mit der Lebensrealität der Rezipient*innen aus der US-middle und -upper-class konfrontiert wird: Zuerst, dass es weder Milch noch Schokolade gibt, ist für die Rezipient*innen des Reiseberichtes wahrscheinlich kaum vorstellbar. Die hierin grundlegenden Wahrnehmungsdispositionen, die eine ganz andere *Normalität* repräsentieren, werden im Fortgang weiter herausgefordert und gipfeln indem in der gar märchenhaften Vorstellung von Ländern, in denen Kinder so viel essen können wie sie möchten – und kein Krieg herrscht. Auch der letzte Abschnitt des o.g. Zitates repräsentiert die emotio-kulturellen Dispositionen: Er greift die emotional aufgeladene moralische Kategorie der ‚sorgenden Mütter‘ in existenzieller, nicht selbstverschuldeter Krise auf. Sie würden helfen, wenn sie könnten – deshalb muss ihnen geholfen werden, ist letztlich der dem inhärente moralische Appell, der die quäkerischen Tugendhaftigkeitsideale anspricht. Im Endeffekt soll Mitgefühl geweckt werden, zur Perspektivübernahme angeregt werden.

Diese Art der Darstellung ist Teil des *sympathetic understanding*. Patricia Shields fasst es wie folgt zusammen: “Addams wants us to incorporate our emotions into our sense of knowledge. In doing so we are able to bring emotional kindness and imagination to encounters with others”.³⁹ Die hierbei entstehenden Wissensformationen nennt Addams *sympathetic knowledge*. Sie verfolgt damit nicht nur das Ziel Sympathie und Mitgefühl hervorzurufen, sondern auch, dass die im Denken vorherrschenden Dualismen wie bspw. europäisch/amerikanisch, jung/alt, Arbeitgeber/-nehmer*in, katholisch/protestantisch, männlich/weiblich usw. aufgehoben werden.⁴⁰ Vier Annahmen bilden dafür die Grundlage:

Die menschliche Existenz ist ontologisch durch soziale Verbundenheit definiert, insofern, als Menschen die Fähigkeit haben einen gemeinsamen Zweck zu verfolgen.

Unter der Voraussetzung, dass Individuen die Zeit und Mühe auf sich nehmen, ein tiefes Verständnis füreinander aufzubauen, hat dieses Wissen das Potential disruptiv zu wirken und empathische Sorge füreinander hervorzubringen.

Menschen werden, wenn sie empathisch miteinander verbunden sind, auch füreinander Sorge tragen und hängt eine effektive demokratische Gesellschaft von sorgenden Antworten auf soziale Fragen stärker ab, als von moralischen Systemen, wie z. B. einer rechtebasierenden Ethik, die Moralität in individuellen Handlungen verortet.⁴¹

39 SHIELDS, Addams, 21.

40 Vgl. ebd.

41 Maurice HAMINGTON, *The Social Philosophy of Jane Addams* (Chicago 2009), 71–72.

Die Besonderheit des handlungsorientierten methodischen Paradigmas des *sympathetic understanding* liegt darin, dass es *emotives Tun* ist: Es überschreitet in Form eines Praxiskomplexes Tätigkeit und Sprache, denn es ist die simultane Verbindung von Wahrnehmung, Denkart, Fühlen sowie physiologischer Reaktionen. Es ist somit ein Bündel an Praktiken, die von einem Individuum ausgeführt werden, die determinieren, „ob sie als Gefühl, Stimmung, Affekt, Laune, Passion, Emotion etc. bezeichnet [werden]“.⁴² Scheer zu Folge sind Emotionen als kulturelle Praktiken vor allem mit den Praktiken anderer Akteure verbunden, gerade wenn es darum geht, Emotionen zu mobilisieren, zu benennen, zu kommunizieren oder zu regulieren. Emotionen sind dabei keine irrationalen Kräfte oder nur biologische Reflexe, sondern resultieren aus Lernprozessen kultureller sowie zivilisatorischer Art.⁴³ Demnach sind das *Sich-bewegen-Lassen* durch *sympathetic understanding* und die Genese von Wissen aus der Perspektive des Gegenübers, durch Einlassung emotionale Praxiskomplexe, die immer wieder auf die Herstellung eines kommunikativen Gleichgewichts abzielen, das nicht viel mehr als die Bereitschaft zur *perplexity* (das ‚*Sich-irritieren-Lassen*‘) in Addams Konzeption benötigt. *Perplexity* als emotionale Disposition verweist auf einen Erfahrungsraum, der die jeweiligen sozio-kulturellen Normen einer Erfahrungsgenese zugänglich macht, also einen Lernprozess anstößt, welcher eine kritische Reflexion unterschiedlicher Lebenswelten ermöglicht.⁴⁴

“Everyone we saw – men, women and children – had lost weight, many of them to the point of emaciation. This loss of weight is very serious because it is a sign of lowered nutrition and consequently diminished resistance to infectious diseases, especially in the young.”⁴⁵ Hier wird die Argumentation fortgeführt: generalisiertes Leid und dessen direkt beobachtbare Konsequenzen führen zu weiteren, noch fataleren Auswirkungen: Unterernährung und damit der Verlust von Widerstandsfähigkeit (bzw. Erhöhung der Anfälligkeit) gegenüber Infektionskrankheiten ist nicht nur eine medizinisch-epidemiologische Warnung, sondern Teil der Verständnissgenese für die Situation der *Anderen* durch *emotives Tun*. Diese Warncharakteristik, die oftmals durch empirische Belege im Bericht untermauert wird, beispielsweise durch Darstellung erhöhter Kindersterblichkeit, Vitaldaten von Kindern und ähnlichem, wird aber wiederum an benennende und beschreibende emotionalisierte Darstellungen rückgekoppelt. Ein Beispiel ist das Luftbad in Frankfurt, das keine ‚richtig kranken Kinder‘ mehr aufnimmt, da das medizinische Hilffsystem dort an die Leistungsgrenze gestoßen ist – und dennoch waren die Kinder dort “quite shockingly wasted”⁴⁶. Addams und Hamilton argumentieren im Bericht auch mit sozialhygienisch-epidemiologischen Daten und schlüsseln die zu Verfügung stehenden Nahrungsmittel für spezifische Regionen,⁴⁷ den Anstieg des Krankenstandes, steigende Tuberkulose-Infektionszahlen,⁴⁸ die Mängel in der Nährstoffversorgung oder dem Anstieg von Kindbettfieber und Hauterkrankungen wegen Seifenmangels, auf. Die Datenlage zeigt, dass es vor allem in den Städten viel zu wenig von allem gibt, um selbst die bedürftigsten und bereits erkrankten Kinder ausreichend zu versorgen. Dies wird auch durch Autoritätsargumentationen,

42 SCHEER, Emotion, 357.

43 Ebd.

44 HAMINGTON, Philosophy, 71–72.

45 ADDAMS / HAMILTON, Report, 3.

46 Ebd.

47 Ebd., 7.

48 Ebd., 11–12.

wie Expert*innenmeinungen – bspw. die des Pädiaters Adalbert Czerny der Berliner Charité, fundiert.⁴⁹ Ebenso sind Darstellungen der verzweifelten Versuche, Besserung herbeizuführen bspw., dass aus den Spülmaschinen der großen Berliner Hotels Fett gewonnen wurde, um es den kargen Nahrungsmitteln wieder zuzusetzen, vorzufinden.⁵⁰ Auch die sozialen Wirkungen des Hungers, wie Schulabsentismus oder aus Armut entstehende Kriminalität werden aufgegriffen – Hunger bedingt moralisch illegitimes Verhalten, bspw. Lebensmitteldiebstahl und Schleichhandel.⁵¹

Resümee – *Emotives Tun* im Kontext der Relief Efforts

“We saw so many cases of emaciation in children and babies, so extreme, that it was hard to believe the condition was caused by hunger alone and not generalized tuberculosis, yet such was the case”⁵². Bei aller Ungläubigkeit über das unsagbare Leid und sehr viele kranke Kinder ist im gesamten Bericht nie der letzte Funke Hoffnung ausgelöscht, dass diese Situation sich nicht bessern könnte. Im Gegenteil: Beständig wird aufgezeigt, dass Hunger das größte Leiden ist, das inklusive seiner Folgeprobleme durch die *Relief Efforts* schnell gebessert werden kann. Dafür ist neben einer Spendenbereitschaft auch die Akzeptanz humanitärer Hilfeleistungen notwendig. Beides soll durch die Darstellungen im Bericht durch das Anregen von *sympathetic knowledge* befördert werden. Im Endeffekt handelt es sich bei dem Reisebericht um einen getanenen appellativen und sozialetischen Emotionskulturkomplex. *Sympathetic understanding* ist hier eine emotive Kommunikationspraktik mit sozialer und relationaler Gefühlswahrnehmung und -benennung.⁵³ Durch diese Praktik soll die soziale Ordnung in ihrer Strukturiertheit auf die Bedeutung von Gefühlsnormen zurückgeworfen werden. Dadurch können Perturbationen der sozialen Ordnung, durch die Perspektivenübernahmen, entstehen. Diese Perturbationen wiederum vermögen es strukturierend auf die emotiokulturelle Ordnung zurückzuwirken und diese zu verändern.

Die entstehenden Emotionskomplexe wirken somit modulierend auf die kulturellen Emotionsdispositionen zurück und schaffen so im Sinne Addams den erhofften Verstehensprozess. Hierbei wird auf die habitualisierten Einverleibungen normativer Muster innerhalb dieser spezifischen Gefühlskultur rekurriert.⁵⁴ Ergo sind jedwede Warnung und jede Forderung nach Prävention und/oder nach Linderung von Leid im vorliegenden Reisebericht *emotives Tun*, das kulturspezifische Habitualisierungen und deren Dispositionen anspricht und zur Wissensgenese durch Perspektivübernahme anregen soll.

Emotionen sind im Kontext humanitärer Hilfen nicht wegzudenken. Denn wer dazu bewegt werden kann, ‚hinzusehen‘ und damit verbunden das emotionale Leid wahrzunehmen, die Perspektive der anderen Menschen zu übernehmen, wird sich der Meinung, dass verhungern

49 Ebd., 12.

50 Ebd., 10.

51 Ebd., 7.

52 Ebd., 14.

53 Vgl. SCHEER, *Emotion*, 358.

54 Ebd., 359.

und viele schwer kranke Kinder wohl kaum moralisch konsensfähig sind, anschließen. Um es klar zu betonen: Es geht nicht darum, dass Mitleid evoziert, sondern Mitgefühl produziert werden soll.

Addams und Ihre Mitstreiterinnen haben es geschafft, methodisch der Individualisierung und Entstrukturalisierung von sozialen Problemlagen durch die pädagogisierende Emotionalisierung politisch entgegenzuwirken, wenngleich auch nur partiell. Das gekonnte Spiel mit Gefühlsdispositionen und der geschickt angeregten Perspektivübernahme war sicherlich ein wichtiger Baustein zur Etablierung sozialer Hilfen im Zuge ihrer erfolgreichen Settlement-Arbeit in Chicago. Insbesondere zeigt sich dieser Komplex bei ihrer Unterstützung durch die *Relief Efforts* in Deutschland. Generell ist im Kontext der Geschichte der Professionalisierung Sozialer Arbeit in ihrem Zusammenspiel mit der Medizin sowie der Sozialhygiene der Faktor Emotion nicht zu unterschätzen und bedarf noch weiterer Untersuchungen. Festzuhalten bleibt, dass soziale Hilfen als Form der Krankheits- und Seuchenprävention sowie der gesundheitlichen Aufklärung gerade ab Ende des 19. Jahrhunderts für die Professionalisierung Sozialer Arbeit und die Pädagogik generell von Bedeutung ist und in ihren Verflechtungen bis in die Gegenwart Einfluss auf ein wichtiges interdisziplinäres Feld von Sozialer Arbeit, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie usw. ausübt.

Informationen zum Autor

Philipp Reichrath, M.A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Allgemeine Pädagogik, Institut für Erziehungswissenschaft an der Universität Tübingen. Münzgasse 26, 72070 Tübingen, E-Mail: philipp.reichrath@uni-tuebingen.de

Marie Louise Herzfeld-Schild

GOING VIRAL: Music and Emotions during Pandemics (1679–1919)

Summary

This project provides a comparative history of the imbrication of music in the emotional experiences of pandemics. It develops a conceptualisation and methodology for studying music and emotions across history, generates historical knowledge about music's emotional dimensions in three major pandemics – the Bubonic Plague, Cholera and Spanish Flu –, highlighting both difference and continuity and provides a solid conceptual, methodological and historical foundation for comparative studies on music, emotions and pandemics across a vast range of disciplines. The results will not only be applicable in related historical settings but also enable a meaningful interdisciplinary discourse with the Social and Natural Sciences about music and emotions in pandemics, including Covid-19.

Dieses Projekt untersucht die Rolle von Musik in der emotionalen Erfahrung von Pandemien im Rahmen einer vergleichenden historischen Untersuchung. Dazu entwickelt es Konzepte und Methoden für die Erforschung von Musik und Emotionen im Verlauf der Geschichte, erarbeitet geschichtliche Erkenntnisse über emotionale Dimensionen von Musik in drei Pandemien – der Pest, der Cholera und der Spanischen Grippe –, indem es sowohl Unterschiede als auch Kontinuitäten aufzeigt, und schafft eine solide konzeptionelle, methodologische und historische Grundlage für vergleichende Studien über Musik, Emotionen und Pandemien in zahlreichen anderen Disziplinen. Die Forschungsergebnisse sind nicht nur für verwandte historische Zusammenhänge relevant, sondern werden auch einen fruchtbaren interdisziplinären Diskurs mit den Sozial- und Naturwissenschaften über Musik und Emotionen in Pandemien, einschließlich Covid-19, ermöglichen.

Keywords

Pandemics, music, emotions, 17th century, 19th century, 20th century, Western Europe, Vienna

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

Introduction

Within days of Covid-19 reaching Europe in early 2020, music had emerged as one of the most prominent media for emotional engagement with the effects of lockdown, sickness and grief. Starting in Italy, musicians played from their balconies in shared solidarity; on YouTube, videos of digital choirs and orchestras went viral and moved thousands of viewers; and by the end of the year, Tiktok – built around shared sounds – had become the most popular new app on social media, connecting users who would otherwise have felt isolated. Although music culture, education and economics had been heavily disrupted by closures and social distancing measures, the primacy of music for expressing, navigating and shaping emotional experiences of the pandemic was remarkable. Very soon, journalists showed interest in finding evidence not only for the role of music in past pandemics but also for continuities with today, while researchers gathered by Zoom to discuss the impact of music on emotional well-being during major health crises such as Covid-19. It quickly transpired, however, that both lacked an established research vocabulary, shared methodologies and sufficient historical knowledge to describe, evaluate or analyse the phenomenon adequately.

Since September 2022, my research project “GOING VIRAL: Music and Emotions during Pandemics (1679–1919)”, funded by the European Research Council (ERC), implemented at the University of Music and Performing Arts Vienna (mdw) and conducted together with two Postdoctoral researchers and two PhD students, has started to fill this gap: We aim to provide both historical knowledge about the role of music during major historical pandemics since the seventeenth century and the development of an analytic vocabulary and a comparative methodology for the study of music and emotions throughout history, in pandemics and beyond. To make such a study possible, we will utilise the pioneering Bourdieusian methodology of Monique Scheer¹ into the research of emotions, making no claim to recover them in their ephemeral nature but rather to build holistic and critical accounts of their embodied practice, and develop Scheer’s work further in a music-historical context.

Alongside these main research aims, the project addresses three other understudied areas: first, it contributes substantially to comparative approaches within cultural history that, despite having come to prominence in recent years, lack any sustained engagement with the history of the emotional dimensions of music. Secondly, it extends work on the history of pandemics that has been largely confined to epidemiological or sociological research, and without sufficient interest in either the musical or the emotional. Thirdly, it follows the recognition in recent scholarship of the necessity for extending the study of music beyond composition and performance to encompass the full extent of its integration in everyday life as a social practice – a phenomenon described by Christopher Small as “musicking”.² The project will, indeed, extend Small’s work even further to encompass sensual and experiential, embodied and emotional specificities of musicking in history.

1 Monique SCHEER, Are Emotions a Kind of Practice (and is that what makes them have a history)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion: History and Theory 51/2 (2012), 193–220.

2 Christopher SMALL, Musicking. The Meanings of Performing and Listening (Hanover 1998).

Our research begins, therefore, with music as woven into ordinary life, from singing in church, school or while working in the fields, to playing or listening in the concert hall, the pub or the living room, to the ringing of bells or the discussion of the medical implications, theological dimensions and legal regulation of music-making. All these practices, in their renewed and altered potency during pandemics, deeply shaped the loneliness of quarantine, the feeling of solidarity and the fear of sickness and death. By working comparatively throughout history, we aim to highlight too that these represent not transhistorical continuities but phenomena that belong to specific times and places. Our hypothesis is that musicking in the plague-stricken streets of the 17th century was quite different – emotionally, socially and phenomenologically – from musicking during Covid-19 even if some practices can seem similar. Our approach thus stands in contrast to, for example, Michael Spitzer’s *History of Emotion in Western Music* which claims a “unitary paradigm of emotion” for Western music between the 17th and the 20th century.³ Instead, it builds on studies from both the Natural Sciences and Cultural History that suggest that both emotions and their relationship to music are wholly embedded in their socio-cultural environments.⁴

In order to work at historical depth, the project’s theoretical components will be complemented by three case studies that will start in 2024. They will most likely – but this is not set in stone yet – concentrate on a single, albeit exceptional city in the history of music, Vienna, working across three major historical pandemics, none of which, until now, has been studied in regard to the role of music and emotions: the last two outbreaks of the Bubonic Plague in 1679/80 and 1713/14, the first Cholera outbreak in 1831/32 and the Spanish Flu in 1918/19. Vienna, as the site of a lively musical culture, of major cultural and demographic exchange and rich historical documentation, provides excellent conditions for studying the highly localised interlocking effects of disease legislation, lockdown, new music and media practices as well as the globalised nature of disease in a city that has for a long time been highly networked – whether through the Habsburg empire, trade networks or the movements of musicians. Far from being of significance only to historians of Vienna, these studies will also provide a useful testing ground for approaches that may be adopted in other urban contexts.

Our results will thus be applicable in other comparative historical settings of music, emotions and/or pandemics: The project aims to not only provide future music historians, (historical) music anthropologists and (medical) ethnomusicologists but also scholars of the History of the Emotions, the Senses, the Body and Medicine with both historical and theoretical knowledge and methodological tools for approaching their subjects in a wider interdisciplinary and historical context. At the same time, the project will offer a solid theoretical, methodological and historical basis for enabling a meaningful interdisciplinary discourse with scholars from Music Psychology, Music Therapy and Cognitive Science about music and emotions during the Covid-19 pandemic.

3 Michael SPITZER, *A History of Emotion in Western Music. A Thousand Years from Chant to Pop* (Oxford 2020).

4 See e. g. Lisa FELDMAN BARRETT, *How Emotions are Made. The Secret Life of the Brain* (New York 2017); Marie Louise HERZFELD-SCHILD, ed., *Musik und Emotionen. Kulturhistorische Perspektiven* (= Studien zu Musik und Gender 1, Stuttgart–Berlin 2020).

Music and Emotions in Pandemics: What we know and what we do not know

Studies that examine music in pandemic contexts can mostly be found in two areas of music research: the scientific and the historical. For scientific studies, encompassing quantitative and empirical approaches from Music Sociology and Ethnology, Music Psychology and Therapy, Cognitive Science and Neuroscience, the Covid-19 pandemic has been of immense interest. With its innovative cultural-historical approach, our project perfectly complements the scientific studies and at the same time addresses a striking gap in historical research into music and pandemics.

Historical overviews of the Spanish Flu,⁵ for instance, rarely include reflections about music, while studies of music during World War I⁶ only now and then touch on the Spanish Flu. The very few music-related studies that explicitly focus on cholera are primarily limited to Fanny Hensel's *Cholera Cantata*.⁷ More in-depth research exists for music during Plague outbreaks between 1300 and 1600 in Italy, most notably by Christopher Macklin⁸ and Remi Chiu, whose PhD thesis *Plague and Music in the Renaissance* considers a wide range of rich and exciting sources and offers fascinating insights into the role of music in medical and magical contexts as well as into social and musical practices related to the Saint Sebastian cult.⁹ Despite providing some fascinating glimpses into praxeological and phenomenological dimensions, both Chiu and Macklin ultimately aim for musical analyses of contemporary "pestilential" music that show intriguing aspects of both the compositions and how they might have been temporally or thematically connected to the Plague. As Chiu points out, though, it remains, "more often than not, speculative at best"¹⁰ whether the motets and madrigals he discusses – that have recently been edited in a song collection¹¹ – were composed or used for, during or in direct reference to the pandemic. In several recent interviews¹² and a journal article,¹³ Chiu also commented on the present pandemic, looking for structural similarities between musical practices during the 14th-century Milan plague and Covid-19. Although he explicitly reflects about the challenges

-
- 5 See e. g. Laura SPINNEY, *Pale Rider. The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World* (London 2017).
 - 6 See e. g. E. Douglas BOMBERGER, *Making Music American. 1917 and the Transformation of Culture* (Oxford 2018); William BROOKS / Christina M. BASHFORD / Gayle Sherwood MAGEE, eds., *Over here, over there. Transatlantic conversations on the music of World War I* (Urbana/IL 2019).
 - 7 Edgar KELLENBERGER, Fanny Hensel und die Cholera-Epidemie 1831, in: *Musik und Kirche* 67/5 (1997), 295–303.
 - 8 Christopher MACKLIN, Stability and Change in the Composition of a 'Plague Mass' in the Wake of the Black Death, in: *Plainsong and Medieval Music* 25/2 (2016), 167–189; Christopher MACKLIN, *Plague, Performance and the Elusive History of the Stella Celi Extirpavit*, in: *Early Music History* 29 (2010), 1–31; Christopher MACKLIN, 'Musica sanat corpus per animam'. Towards an Understanding of the Use of Music in Response to Plague, 1350–1600, PhD diss. (University of York 2008).
 - 9 Remi CHIU, *Plague and Music in the Renaissance* (Cambridge 2017).
 - 10 *Ibid.*, 6.
 - 11 Remi CHIU, *Songs in Times of Plague (= Recent Researches in the Music of the Renaissance 172, Middleton/WI 2020)*.
 - 12 See e. g. Ed PRIDEAUX, *Stayin' alive! How music has fought pandemics for 2,700 years*, in: *The Guardian* (6 April 2020), <https://www.theguardian.com/music/2020/apr/06/stayin-alive-how-music-fought-pandemics-2700-years-coronavirus> (last accessed: 20.04.2023).
 - 13 Remi CHIU, *Functions of Music Making Under Lockdown. A Trans-Historical Perspective Across Two Pandemics*, in: *Frontiers in Psychology* 11 (2020), doi: 10.3389/fpsyg.2020.616499.

of such a historical comparison, his work shows anachronisms similar to those of so many other recent discourses that posit parallels or continuities between music, emotions and pandemics throughout history.

Thus, what we know about music in pandemics is – when history is concerned – almost entirely limited to the Renaissance or – in regard to Covid-19 – almost exclusively based on quantitative and empirical methods. We do not know about the cultural history of music in pandemics since ca. 1600, either in terms of compositions, discourses and practices or of music’s emotional dimensions, and nor do we know about trans-historical continuities, discontinuities, relationships or entanglements across times. The contrast between the prominence of and interest in music in the emotional experiences of Covid-19 and the lack of historical knowledge with which it may be compared clearly reveals that there is a dire need for a project that bridges this research gap. Our project is set to do exactly this. It will do this, however, by shifting the focus beyond a perspective that focuses mostly on music compositions, the way they were designed, performed and received, towards the role of musicking in the emotional experience of pandemics and explicitly including the body and the senses into the examination.

The Challenges of a Comparative History of Music, Emotions and Pandemics

Since their earliest beginnings in the late 19th century, comparative studies have been a highly debated historical undertaking. With the cultural turn the tension between a solid analytical theory (which needs to be generally applicable in order to form a common point of reference for the comparison) and historical case studies (which in their socio- and cultural-historical context withstand any generalization) has moved into the focus of criticism. Our research meets this challenge by a) ensuring constant reflection on how to bring the different theoretical, historical and comparative components together; b) informing its historical work with theory and its theory with historical work; and c) addressing not only differences and continuities but also relationships and entanglements between the different manifestations of the phenomenon in the different case studies, as the experience of one pandemic influenced how societies dealt with the next. With this approach, “[t]he point is no longer to search only for commonalities and differences within a chronologically ‘frozen’ configuration, but rather to track changes and their causes over longer periods”.¹⁴

Another challenge is that research of emotions in history has been both highly discussed and even skeptically-eyed. In response, the discipline has over the last two decades and more established a solid conceptual and methodological framework, developing concepts such as “emotives”¹⁵, “emotional communities”¹⁶, “affective spaces”¹⁷, “emotional regimes”¹⁸ and “emo-

14 Thomas WELSKOPP, *Comparative History*, in: *European History Online (EGO)*, published by the Institute of European History (IEG) (Mainz 2010), <http://www.ieg-ego.eu/welskoppt-2010-en> (last accessed: 20.04.2023).

15 William REDDY, *Against Constructionism. The Historical Ethnography of Emotions*, in: *Current Anthropology* 38 (1997), 327–351.

16 Barbara ROSENWEIN, *Emotional Communities in the Early Middle Ages* (Ithaca–London 2006).

17 Andreas RECKWITZ, *Affective Spaces. A Praxeological Outlook*, in: *Rethinking History. The Journal of Theory and Practice* 16 (2012), 241–258.

18 William REDDY, *Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions* (Cambridge 2001).

tional practices”¹⁹. By contrast, studying emotions in *music* history has long been excluded from the traditional musicological agenda as well as overlooked by historians of emotions more generally.²⁰ In reacting to growing scholarly interest, the methodological difficulties for musicology have very recently still been called “so severe that any scholarly approach could be considered as futile”.²¹ The challenge for music historiography would be to „conceptually master the emotional dimensions of music”²²

We will face this challenge by building on a theoretical and methodological basis that I have found to be most promising for ensuring a sound theoretical, conceptual and methodological approach to both music and emotions in history.

The Cultural History of Pandemics as “Emotional Epidemiology”

Pandemics are situations of massive and sudden disruption that call for rapid responses by public authorities, citizens and other historical actors. They often bring to the fore social tensions and anxieties and have thus been called “seismographs of the social sphere”.²³ We will explicitly address their history as “emotional epidemiology”²⁴, placing a strong focus on perceptions and interpretations of diseases and thus complementing epidemiological findings.²⁵ As “comparative emotional epidemiology”, the project follows Samuel Cohn’s ground-breaking transhistorical comparisons of the medical, social and cultural dimensions of different diseases from antiquity until today by explicitly studying their emotional dimensions and at the same time “challeng[ing] generalizations since the late enlightenment about the effects of epidemics and pandemics on collective mentalities”.²⁶ Categories such as “emotional regimes”, “identity” and “space”, that have been used in other cultural-historical pandemic studies,²⁷ are promising heuristic starting points for our project. Equally useful is the differentiation between the body social and the body personal that has often been made in the secondary pandemic literature when interpreting how historical actors identified threats and chose protection measures in pandemics: In closing brothels, for instance, the medical, epidemiological and

19 SCHEER, Are Emotions a Kind of Practice?

20 Marie Louise HERZFELD-SCHILD, Musik und Emotionen. Eine Einleitung, in: Marie Louise Herzfeld-Schild, ed., *Musik und Emotionen. Kulturhistorische Perspektiven* (= Studien zu Musik und Gender 1, Stuttgart–Berlin 2020), 1–21; see also Laurenz LÜTTEKEN, Die Botschaft der Tränen. Musikwissenschaftler wenden sich den Gefühlen zu. Doch lässt sich die emotionale Wirkung von Musik überhaupt denkend bewältigen? in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 76 (31 March 2021), N4.

21 See LÜTTEKEN, Die Botschaft der Tränen, N4.

22 Ibid.

23 Malte THIESSEN, Infizierte Gesellschaften. Sozial- und Kulturgeschichte von Seuchen, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 20/21 (2015), <https://www.bpb.de/apuz/206108/infizierte-gesellschaften-sozial-und-kulturgeschichte-von-seuchen?p=all> (last accessed: 20.04.2023).

24 Danielle OFRI, The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination, in: *New England Journal of Medicine* 361 (2009), 2594–2595.

25 Jörg VÖGELE, Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte, in: Malte Thießen, ed., *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (= Historische Zeitschrift Beihefte N.F. 64, Berlin–München 2014), 29–49.

26 Samuel COHN, Social and Institutional Reactions to the Influenza Pandemic of 1918–20, in: *Medicine, Conflict and Survival* 36/4 (2020), 315–332, here 315.

27 Cf. Bettina HITZER, Angst, Panik?! Eine vergleichende Gefühlsgeschichte von Grippe und Krebs in der Bundesrepublik, in: THIESSEN, ed., *Infiziertes Europa*, 137–156; THIESSEN, *Infizierte Gesellschaften*.

bodily aspects of pandemics were merged with the social, moral, legal and theological.²⁸ Emotional experiences, when approached from a perspective within the History of Emotions, participate in both realms, the body social and the body personal, and are understood as pro-active communicative media, as connecting link between the two.

The Cultural-Historical Study of Emotions

Our research builds on an established analytical framework for studying cultures of emotions in the past and present (see above). While these concepts have been informed by theories from many disciplines, they have taken shape within the discipline of History. Since the History of Emotions as a whole has largely been wedded to traditional historical sources and approaches, it has almost invariably focused on discursive representation. “Consequently, in-depth studies of the arts – so often taken as a wellspring of emotional experience – have played a relatively muted role in the shaping of the history of emotions as a field”.²⁹

In putting music at its core, the project takes this lacuna as starting point. However, instead of concentrating on “experience” – a term that has been highly controversially discussed across times and disciplines in regard to both its meaning and its historical approachability – we develop the theory of emotional practices. Since it was introduced in 2012, this concept has become one of the internationally and interdisciplinarily most acclaimed approaches to emotions in history. It implies

“1) that emotions not only *follow* from things people do, but *are* themselves a form of practice, because they are an action of a mindful body; 2) that this feeling subject is not prior to but emerges in the doing of emotion; and 3) that a definition of emotion must include the body and its functions, not in the sense of a universal, pristine, biological base, but as a locus for innate and learned capacities deeply shaped by habitual practices.”³⁰

With this, the History of Emotions becomes more than only “a history of changing emotional norms and expectations”.³¹ It rather shows that “[e]motions change over time not only because norms, expectations, words, and concepts that shape experience are modified, but also because the practices in which they are embodied, and bodies themselves, undergo transformation”.³²

Music as Emotional Practice

On the one hand, Scheer’s praxeological concept of emotions offers a highly suitable way to studying emotions in transhistorical comparison since it has change across time and space built into its skin. On the other hand, it provides a “rescue” to an otherwise “hopeless situation, collapsing the gap between [...] expression and [...] experience [...] through practice theory”³³.

28 See e. g. Sharon ACHINSTEIN, *Plagues and Publication. Ballads and the Representation of Disease in the English Renaissance*, in: *Criticism* 34/1 (1992), 27–49.

29 Marie Louise HERZFELD-SCHILD / Erin SULLIVAN, Introduction, in: Marie Louise Herzfeld-Schild / Erin Sullivan, eds., *Emotions, History and the Arts*, Special Issue of *Cultural History* 7/2 (2018), 120.

30 SCHEER, *Are Emotions a Kind of Practice?*, 220.

31 *Ibid.*

32 *Ibid.*

33 Rob BODDICE / Marc SMITH, *Emotion, Sense, Experience* (= Cambridge Elements. Elements in Histories of Emotions and the Senses, Cambridge 2020), 31.

I am convinced that it provides also a very promising approach to the emotional dimensions of music in history beyond emotional expression of music in performances, as Spitzer has limited it to, and towards emotional experience: in putting the body as “not [only] the locus of the competence, dispositions, and behavioural routines of practice, [but] also the ‘stuff’ with and upon which practices work”,³⁴ into the centre of cultural-historical emotions studies, Scheer’s concept emphasizes the importance of considering the History of the Body and the Senses for the History of Emotions. I have many times argued for combining the Histories of Emotions and the Senses in exactly this way if we want to fruitfully approach emotional dimensions of music in history.³⁵ In my ERC project, we aim to demonstrate this by transforming Scheer’s emotions-as-practices concept into the musical realm with its specific bodily and sensual modalities and characteristics and taking this as one of the main theoretical starting points for the development of the project’s concepts and methods.

With this praxeological approach, our research follows Small’s powerful neologism “musicking” in understanding music as a social practice within the widest contextual realm. In adding approaches from the Histories of Emotions, the Body and the Senses to this socio- and ethnomusicological concept, however, it goes beyond Small in understanding music not only as a *social* but also, and explicitly, as an embodied and *emotional* practice.

This twofold shift towards the social and subsequently the embodied emotional dimensions of musicking has consequences for our approach to studying music in history: The first consequence is that, to paraphrase Scheer, music-related “emotions not only *follow* from things [that music does to us], but *are* themselves a form of [musical] practice, because they are an [music-related] action of a mindful body” that gives emotional meaning to the music in the very act of perceiving it in an embodied way. The second consequence is, thus, that musical compositions that were written and/or used during, for or in direct reference to pandemics are just one small part of many other kinds of sources for our different historical case studies. At least as important are, first, any kind of music-surrounding sources that emphasise the *social* character of musicking, such as musical discourses, media and spaces with their material manifestations in written, audio and/or visual recordings, in musical, religious, medical or legal treatises, pamphlets, journals and books, fictional texts, musical instruments and other objects, technological and communication media, pictures, buildings, city- and landscapes etc., that in their particular form always depend on the historical context of the case studies; and secondly, anything that emphasizes the *embodied* aspects of music as an emotional practice and thus offers insights into the historical body with its senses and perceptions, its sickness, health and gender, its historicity and socio-cultural and phenomenological situatedness in time, space and sound.

34 SCHEER, Are Emotions a Kind of Practice?, 200.

35 See e. g. Marie Louise HERZFELD-SCHILD, Metapher und Mitvollzug. Zwei Ansätze zum Zusammenhang von Musik und Emotionen bei Plessner, in: Erik Norman Dzwiza-Ohlsen / Andreas Speer, eds., Philosophische Anthropologie als interdisziplinäre Praxis. Max Scheler, Helmuth Plessner und Nicolai Hartmann in Köln – historische und systematische Perspektiven (Paderborn 2021), 283–302; Marie Louise HERZFELD-SCHILD, Musik und Emotionen. Eine Einleitung, in: HERZFELD-SCHILD, ed., Musik und Emotionen. Kulturhistorische Perspektiven, 1–21; Marie Louise HERZFELD-SCHILD, Singen als emotionale Praktik des Erinnerns, in: *ibid.*, 103–126; Marie Louise HERZFELD-SCHILD, Geschichte der Gefühle, in: Frank Hentschel, ed., Historische Musikwissenschaft. Gegenstand – Geschichte – Methodik (= Kompendien Musik 2, Laaber 2019), 273–283; Marie Louise HERZFELD-SCHILD, MitLeidenSchaft. Emotion und Musik im Spannungsfeld von Leid und Leidenschaft, in: Carola Bebermeier / Evelyn Buyken / Gesa Finke, eds., Passions. Musik des 18. Jahrhunderts im Spannungsfeld von Leid und Leidenschaft (Würzburg 2017), 15–33.

Historical Case Studies & Comparative Approach

In 2024, we will start three case studies that ground their guiding questions in concepts, categories and methods that are developed at the moment. They include questions like: How did music practices change at the beginning, during and after the pandemic in terms of their discursive, social, spatial, material, sensual and bodily aspects, and which emotional meanings had evolved through these practices? How were the disruptions that the pandemic entailed emotionally negotiated by musical practices? How were these music practices shaped by emotional discourses and emotional regimes from medical, legal, political, theological authorities? Which emotional meanings did contemporary discourses ascribe to these musical practices? How were gender or minority differences entangled in these music-emotional practices, with attention to, for instance, the experience of Jews, non-citizens, the homeless, minstrels, prostitutes and travelers?

Due to the historical breadth of the case studies, ranging from the late 17th to the early 20th century, the kinds of sources and the insights they provide will be highly varied. They consist, for instance, of: medical, legal and theological treatises and regulations; literary sources such as prayer books, personal accounts, novels, sermons and journal articles; news shared in pamphlets, journals and newspapers; visual sources such as paintings, engravings, drawings, caricatures, photographs or videos; music and musicking sources such as scores, manuscripts, hymnal books, program notes or church service plans; musical and technical instruments, e. g. the gramophone; historical cityscapes and surviving archeology, maps and illustrations of hospitals, churches, ballrooms, homes and houses etc. These sources are relevant in both their content and their materiality, giving insight into historical musical and/or emotional vocabulary, discourses, knowledge, regimes, spaces, styles, communities and practices. They include reading or discussing treatises, novels or journal articles; singing devotional hymns alone at home or together in church; moving (walking, running) in or only distantly observing a procession or a funeral; dancing or playing an instrument at home, on a public square, in a music hall or in a pub, etc. In every case study, we will examine them in their manifold social, sensual and embodied dimensions: namely, how they were done, perceived, understood and emotionally experienced in time and space in the concrete historical context.

As the case studies develop historical insights peculiar to their own period these will be set in context of the overall study to identify why differences emerged and how the dynamics of these differences can themselves be theorised in order to provide comparative equipment for use across historical case studies. This will be used to establish, in the last two years of the project, a comparative approach towards music, emotions and pandemics that will form a solid foundation for related studies. With this, the project eventually – at its end in August 2027 – aims to have created deeply interdependent and mutually informed historical and conceptual knowledge and seeks to make it applicable to many different disciplinary interests in further studies.

Information on the author

Univ.-Prof. Dr. Marie Louise Herzfeld-Schild, M.A., Institut für Musikwissenschaft und Interpretationsforschung, mdw-Universität für Musik und Darstellende Kunst, Kreuzherrengasse 1, 1040 Wien, E-Mail: herzfeld-schild@mdw.ac.at

Gisela Theising

**„Wendet Wut, Angst, Kummer in Aktivität.“
Zur Dialektik von Emotionen und Pragmatismus
in der AIDS-Aktivistenkunst der
1980er und 1990er Jahre in New York City**

English Title

“Turn anger, fear, grief into action.” On the Dialectics of Emotions and Pragmatism in the AIDS Activist Art of the 1980s and 1990s in NYC

Summary

In 1988, the exhibition “ACT UP at White Columns”, a gallery in NYC, caused a sensation. ACT UP is a political movement that has fought against homophobia in society and politics and for adequate public education on AIDS as well as better medical care for HIV-positive and AIDS patients ever since 1987. An integral part of this movement was the work of artists, who, in an artistically condensed form, expressed the demand to break the silence of political leaders and not to be paralyzed by the overwhelming emotions caused by the AIDS crisis. In the following, the role of the artists in dealing constructively and successfully with the dialectic of emotions and pragmatism during the AIDS crisis will be evaluated by contrasting selected individual and collective works.

Keywords

AIDS activist art, heteronormativity, queer, New York City, 20th century, ACT UP NYC, Fierce Pussy, Gran Fury, SILENCE=DEATH

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

Einleitung



Abb. 1: The SILENCE=DEATH-Project, SILENCE=DEATH, Plakat 1986, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

Bei dem Titel „Wendet Wut, Angst, Kummer in Aktivität“¹ handelt es sich um ein Zitat von einem Poster aus dem Jahr 1986, das sechs queere junge Männer als Reaktion auf die AIDS-Krise und die verantwortungslose Untätigkeit der damaligen US-Regierung unter der Präsidentschaft von Ronald Reagan in Manhattan plakatierten (Abb. 1). New York City gilt als eine Metropole der Kunst. Dabei denkt man zunächst an Museen wie das Museum of Modern Art oder das Metropolitan Museum und die vielfältigen Galerien in Manhattan. Die innovative Basis des Rufs einer Metropole der Kunst findet man jedoch weniger in den New Yorker Museen und Galerien, sondern vielmehr in den außerparlamentarischen Bewegungen. Beispielhaft dafür sind die 1980er und 1990er Jahre, als die AIDS-Krise auf ihrem Höhepunkt war und viele junge Künstler:innen sich innerhalb der politischen Bewegung ACT UP² gegen Homophobie und für eine verantwortungsvolle AIDS-Politik engagierten. ACT UP steht für „AIDS Coalition To Unleash Power“, was zu Deutsch in etwa bedeutet: AIDS-Koalition zur Entfesselung von Macht bzw. Energie. Zwei dieser jungen Künstler:innen sollen im Folgenden exemplarisch vorgestellt werden.

Individuelle Kunst zwischen Phantasmagorie und Begehren

Mein erstes Beispiel ist Loring R. McAlpin, der 1960 in NYC geboren wurde. Sein Urgroßvater ist Nelson Rockefeller. Als queerer Mann setzte sich Loring bereits vor dem Höhepunkt der AIDS-Krise zu Beginn der 1980er Jahre mit diesem familiären Hintergrund kritisch auseinander. Beispielhaft dafür ist die Fotoserie von weißen Geschäftsmännern in den Finanzbezirken von NYC und San Francisco, die er unter dem Titel „Wild Life series“ zusammenfasst (Abb. 2a–2c). Die Fotografien vermitteln den Eindruck zufälliger Blickkontakte, wie man sie auf der Straße erlebt, um dann dem Blick schnell wieder auszuweichen. Doch in diesen kurzen unkontrollierten Momenten offenbaren die gehetzten und müden Gesichter den Stress und die Anstrengungen, denen die Männer innerhalb der Geschäftswelt ausgesetzt sind – emotionale Belastungen, über die die bis oben zugeknöpften weißen Hemdkragen mit den korrekt gebundenen dunklen Krawatten sowohl die Betrachter:innen als auch die Träger selbst hinwegtäuschen sollen. Diese Männer wirken wie eine Illustration des männlichen Charakters des Menschen, wie ihn Max Horkheimer und Theodor W. Adorno 1947 in der *Dialektik der Aufklärung* als Allegorie der Begegnung des Odysseus mit den Sirenen und ihrem verlockenden Gesang analysieren. Von Kirke vor dem Gesang der Sirenen gewarnt, verklebt Odysseus den Ruderern seines Schiffes die Ohren mit Wachs und lässt sich selbst an den Mast fesseln. Seine Ruderer werden auf diese Weise von dem Gesang der Sirenen nicht abgelenkt und können ungestört rudern. Er selbst setzt sich zwar der Lockung des Gesangs aus, Befriedigung und Freude werden

-
- 1 Kleingedruckte Zeilen auf dem Poster „SILENCE=DEATH“, das von der damals anonymen Künstler-Gruppe „The SILENCE=DEATH-Project“ im März 1986 schwarz in den Straßen von NYC geklebt wurde.
 - 2 ACT UP wurde 1987 zunächst in NYC gegründet und ist bis heute aktiv. Nach 1987 entstanden nicht nur in ganz Amerika, sondern weltweit Ableger von ACT UP, die untereinander vernetzt waren bzw. sind. Die folgenden Websites sind lediglich eine kleine Auswahl: <https://actupny.com/> (letzter Zugriff: 05.01.2023); https://www.homowiki.de/ACT_UP (letzter Zugriff: 05.01.2023); <https://www.actupparis.org/> (letzter Zugriff: 05.01.2023); <https://www.homopoliticus.at/engagement/aktionismus/act-up-wien-ab-1990/> (letzter Zugriff: 05.01.2023); <https://magazin.hiv/magazin/gesellschaft-kultur/act-up-in-deutschland/> (letzter Zugriff: 05.01.2023).



Abb. 2a



Abb. 2b

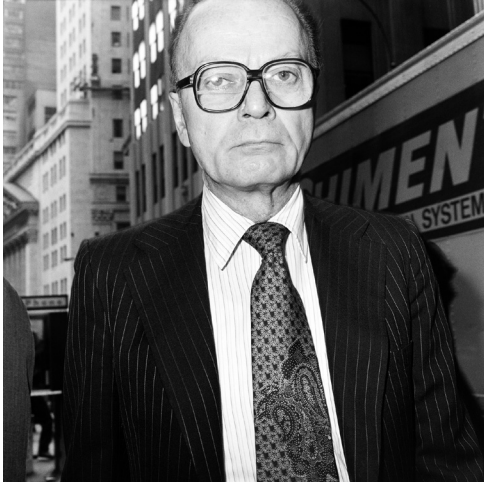


Abb. 2a bis 2c: Loring McAlpin, Wild Life series, Fotografien 1982, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

ihm jedoch aufgrund der Fesselung verwehrt. Horkheimer und Adorno kommen zu dem Schluss: „Furchtbares hat die Menschheit sich antun müssen, bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, männliche Charakter des Menschen geschaffen war, und etwas davon wird noch in jeder Kindheit wiederholt.“³ Odysseus hält die Sirenen aus der Lebenspraxis fern, an die er sich selbst gefesselt hat, „ihre Lockung“ – so Horkheimer und Adorno weiter – „wird zum bloßen Gegenstand der Kontemplation neutralisiert, zur Kunst.“⁴ Gegen diese Neutralisation der Lokung bis hin zum Triebverzicht und zur Definition von Kunst als reine Kontemplation setzt sich Loring McAlpin in seiner Fotoserie zur Wehr. Dabei übernahmen seine Kamera und deren

3 Max HORKHEIMER / Theodor W. ADORNO, *Dialektik der Aufklärung* (Frankfurt am Main 1982), 33.

4 Ebd., 33.

lichtstarker Blitz die Rolle einer Waffe, mit der er den Geschäftsmännern aus dem Hinterhalt von Häuserecken oder Bauzäunen geradezu auflauerte.

„Wie den Schuss einer Schrotflinte benutzte ich einen lichtstarken Blitz und eine normale Linse; das bedeutete, dass ich den Auslöser erst betätigen konnte, bis meine Objekte sich mir auf einen Meter genähert hatten. In den meisten Fällen bewegten sich diese Männer in einem Fußgängerstrom, der sie daran hinderte, mir Fragen zu stellen. Bevor sie realisiert hatten, was geschehen war, waren sie bereits drei Meter hinter mir. [...] Diese Männer wurden meine Beute. Ich jagte und ermordete auf phantasmagorische Art genau den Mann, zu dem ich sozialisiert werden sollte und dessen Verkörperung von mir erwartet wurde.“⁵

Diese Kunst übernimmt hier die Funktion des Widerstands gegen die Zwänge der bürgerlichen Sozialisation zu einem heterosexuellen Geschäftsmann, einer Sozialisation, die die Trennung zwischen zweckorientiertem Berufsleben auf der einen und Kunstgenuss in der Freizeit auf der anderen Seite als Basis für die eigene Machtstellung in einer heteronormativen Geschäftswelt voraussetzt. Umgekehrt ist die Auflösung dieser Trennung zugleich die Voraussetzung für die Entdeckung und Befriedigung individueller erotischer Bedürfnisse.

Ein weiteres Beispiel für die kritische und künstlerisch innovative Auseinandersetzung mit der Homophobie der bürgerlichen Gesellschaft bereits zu Beginn der 1980er Jahre sind die Fotografien von Zoe Leonard, die sie von ihrem Freund Iolo Carew machte (Abb. 3a–3d). 1961 in einer Kleinstadt im Staat New York geboren wuchs Zoe in eher bescheidenen Verhältnissen auf. Trotzdem war es ihr schon als Kind möglich, viel zu reisen, da ihre Mutter bei einer Fluggesellschaft arbeitete. Ihre beruflichen Tätigkeiten reichten vom Zimmermädchen über Tischlerin und Galerieassistentin bis hin zur Stripperin. Eine Konstante in ihrem Leben war die Fotografie. Seit ihrem 16. Lebensjahr fotografierte sie – wie sie rückblickend 1994 in einem Statement für die Zeitschrift *Art in America* sagt – „meine Ängste, meine Wünsche. [...] Ich richte meine Kamera auf etwas, das mich interessiert. Dann zeige ich es dir. [...] Du siehst was mich bewegt, mich beängstigt oder mich aufregt“.⁶ Die Fotoserie von Iolo Carew nahm Zoe 1981 auf, während die Abzüge erst 1990, 1991 und 2012 entstanden. Zoe und Iolo kannten sich von ihrer Arbeit im *Danceteria*, einem mitten in Manhattan gelegenen künstlerisch experimentierfreudigen Nachtclub. Seit 1980 waren sie dort wie andere Künstler:innen auch, unter ihnen Keith Haring und David Wojnarowicz, als Bedienung oder DJ beschäftigt. Das *Danceteria* war bekannt für seine außergewöhnlichen Angebote. Auf mehreren Stockwerken wurden dort Kunstaussstellungen, Performances, Modedesign und Livekonzerte miteinander verschmolzen.⁷

5 Schriftliche Mitteilung von Loring McALPIN an die Autorin, 18.04.1998; Übersetzung: G. Theising.

6 Holland COTTER, *Art after Stonewall*. Zoe Leonard, in: *Art in America* (June 1994), 61–62, Übersetzung: G. Theising. Das Statement von Zoe Leonard aus dem Jahr 1994 wurde 2015 reproduziert und online auf der Website von *Art in America* zur Verfügung gestellt: <https://www.artnews.com/art-in-america/features/from-the-archives-art-after-stonewall-63093/> (letzter Zugriff: 05.01.2023).

7 vgl. Tim LAWRENCE, *Dance Floor Transformation*. Gegenkultur. Postindustrialismus und neue Raumlandschaften im New York der 1970er und frühen 1980er Jahre, in: Mateo Kries / Jochen Eisenbrand / Catharine Rossi, Hg., *Night Fever. Design und Clubkultur 1960–heute* (Weil am Rhein 2018), 89–97, hier 97.

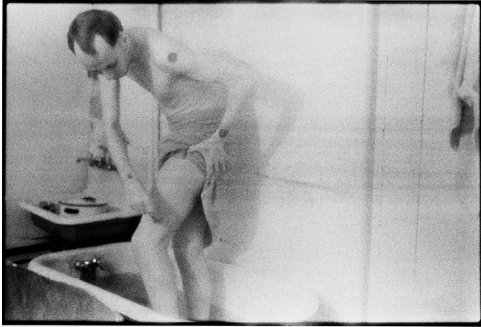


Abb. 3a: Iolo Carew, shaving his legs, 1981/2012.



Abb. 3c: Iolo no. 2, 1981/90.

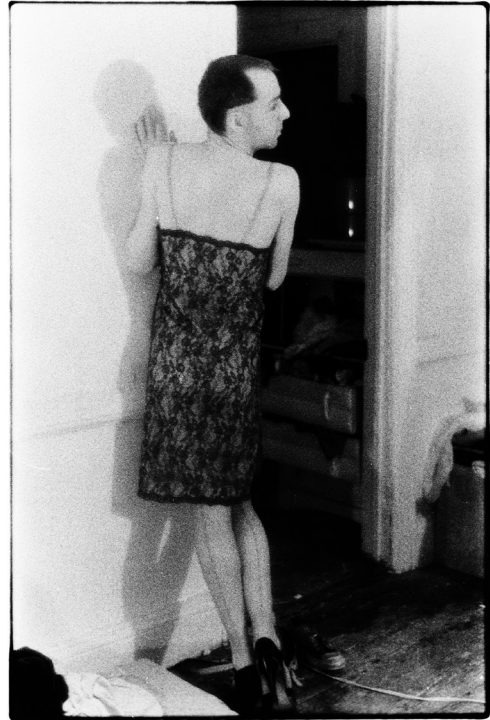


Abb. 3b: Iolo Carew wearing my slip, 1981/91.



Abb. 3d: Iolo no. 3, 1981/90.

Abb. 3a–3d: Zoe Leonard, 3a: Iolo Carew, shaving his legs, 1981/2012, 3b: Iolo Carew wearing my slip, 1981/91. 3c: Iolo no. 2, 1981/90. 3d: Iolo no. 3, 1981/90, Fotografien, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

Die künstlerische Experimentierfreudigkeit, die Zoe Leonard in Nachtclubs wie dem *Dance-teria* erlebt hatte, machte sie sich für die Fotoserie von Iolo Carew zu eigen, um ihre eigene sexuelle Orientierung zu entdecken und zu verstehen. „Ich musste ein Verlangen in mir selbst entdecken und ihm folgen, auch wenn es gegen den Strich aller sozialen Denkmuster um mich herum geht. Dieser Prozess des Entdeckens, Ausprobierens und des Vertrauens auf mein eigenes Verlangen ist prägend für mich.“⁸ Beispielhaft für diesen Prozess dekonstruiert Zoe Leonard mit den Fotografien von Iolo Carew die gewohnten Stilisierungen des männlichen Körpers, um ihn in einen Zustand der Selbsterfahrung queerer Erotik zu überführen. Maskuline Merkmale wie Brusthaare, Stoppelbart und Geheimratsecken sowie feminine Merkmale wie s-förmige Körperhaltung, geneigter Kopf, Nahtstümpfe und Spitzenkleid sind so miteinander verbunden, dass sie sich den Kategorien einer heteronormativen Einordnung nicht nur entziehen, sondern ihr eine ebenso empfindsame wie ausdrucksstarke Persönlichkeit gegenüberstellt. Durch die Grobkörnigkeit der Abzüge finden sich vor allem neugierige Betrachter:innen in der Rolle von Voyeur:innen wieder, die wie durch einen Schleier die portraitierte Person zwar beobachten können, ohne aber deren Zustand der Selbsterfahrung zu stören. Einer Selbsterfahrung, die – wie Michel Foucault es in Anlehnung an den Philosophen Seneca ausdrückt –

„[...] nicht einfach die einer beherrschenden Kraft ... [ist]; es ist die Erfahrung einer Freude, die man an sich selber hat. Wer es vermocht hat, endlich Zugang zu sich selber zu finden, ist für sich ein Objekt der Freude. Nicht bloß gibt man sich zufrieden mit dem, was man ist, und fügt sich in die Beschränkung, sondern man ‚erfreut sich‘ an sich selber“.⁹

Kollektive Kunst zwischen Trauer und Widerstand

Junge New Yorker Künstler:innen wie Loring McAlpin und Zoe Leonard schufen mit ihrer Kunst das emotionale Fundament, auf dem sich die Wünsche, Hoffnungen und das Verlangen einer *Queer Culture* entfalten konnten. Die Aggression gegen eine heteronormative Sozialisation ebenso wie die Freude an der Selbsterfahrung einer queeren Erotik hatten aber nicht nur eine emotionale, sondern auch eine pragmatische Seite, die sich in dem kollektiven künstlerischen Widerstand gegen die unzureichende und ignorante Politik der damaligen Reagan-Bush-Administration offenbarte. Iolo Carew starb Anfang der 1980er Jahre an AIDS. Damals kursierte aber noch die Bezeichnung „Gay Related Immune Deficiency Disease“ (GRID). Erst 1984 wurde diese homophobe Bezeichnung auf der Grundlage neuer Forschungsergebnisse durch die Bezeichnung „Acquired Immune Deficiency Syndrome“ (AIDS) korrigiert.

„1983 konnte das HI-Virus als Ursache gefunden werden. Die Übertragung fand durch sexuellen Kontakt, Bluttransfusionen und Verabreichung von Blutprodukten ... statt. Die Krankheit hieß ab da: ‚Acquired Immune Deficiency Syndrome‘ (AIDS). Ab 1984 gab es einen HIV-Test, mit dem die Infektion im Blut nachgewiesen werden konnte.“¹⁰

8 COTTER, Art, 61–62.

9 Michel FOUCAULT, Die Sorge um sich selbst. Sexualität und Wahrheit 3 (Frankfurt am Main 1989), 91.

10 Jörg GÖLZ, HIV und AIDS im Wandel der Zeit. Medizinische und gesellschaftliche Veränderungen, https://www.con-nexi.de/article-HIV-und-AIDS-im-Wandel-der-Zeit_356.html (letzter Zugriff: 05.01.2023).

Trotz dieser Forschungsergebnisse schürte nicht nur in den USA, sondern weltweit der Einfluss des Vatikans und anderer Fundamentalisten auf die politisch Verantwortlichen konservativer Regierungen, unterstützt durch die Berichterstattung konservativer Medien, die Vorurteile gegenüber homosexuellen Männern, Drogenabhängigen und Prostituierten als sogenannte Risikogruppen. Die Ausbreitung von AIDS wurde als der Zorn Gottes gegenüber einem unmoralischen Lebensstil propagiert und die heterosexuelle Lebensgemeinschaft der Ehe passend dazu als der beste Schutz gegen eine Infektion angepriesen. Statt die Aufklärung über die Übertragungswege und safe-sex-Praktiken ebenso wie die Erforschung und Zulassung neuer Medikamente zu forcieren, schwiegen die politisch Verantwortlichen und blieben untätig. Das Ergebnis war ein dramatischer Anstieg der Infektionen und der Todesfälle.

Seit Mitte der 1980er Jahre hatte sich AIDS zu einer Epidemie entwickelt. In dieser Situation beschlossen sechs queere junge Männer aus NYC, sich regelmäßig zu treffen, um sich über ihren Kummer, ihre Angst und ihre Wut auszutauschen, die sich während der ersten Jahre der AIDS-Krise angesammelt hatten. Einer von ihnen, Avram Finkelstein, hatte gerade seinen Freund Don verloren, der seit 1981 HIV-Symptome hatte und 1984 an AIDS starb. Während seines ersten Krankenhausaufenthaltes wurde Don von dem zuständigen Personal aus Angst vor einer Ansteckung nur notdürftig gepflegt.¹¹ Denn das Personal war aufgrund der Untätigkeit der damaligen Regierung unter Präsident Reagan ebenso wie der Gesundheitsbehörden über die Infektionswege nur unzureichend aufgeklärt. Die sechs Männer machten ihrem Unmut und ihrer Trauer in einem Plakat Luft, das sie 1986 neben der Werbung für Musikveranstaltungen auf Bauzäune und geeignete Wände „wild“ klebten (Abb. 1). Das Plakat besteht aus zwei Bestandteilen: Erstens vor schwarzem Hintergrund ein pinkfarbenes Dreieck, das auf die Kennzeichnung von Schwulen in den Konzentrationslagern der Nazis zurückgeht und dessen Aneignung durch die Schwulenbewegung an die unterschlagene Geschichte ihrer Unterdrückung erinnert. In der NS-Zeit zeigte die Spitze des Dreiecks allerdings nach unten. Auf ihrem Plakat drehten die sechs queeren jungen Männer das Dreieck so, dass die Spitze nach oben zeigt und ergänzten es durch den großformatigen weißen Schriftzug „SILENCE=DEATH“ darunter. In dieser Kombination werden die komplexen politischen und emotionalen Zusammenhänge zu einer Art Logo komprimiert, welches als Blickfang die Aufmerksamkeit der Passanten auf sich zog,¹² um sie zweitens mit einigen klein gedruckten Fragen zu konfrontieren und sie zum aktiven Protest aufzufordern:

„Warum schweigt Reagan über AIDS? Was geht in der Gesundheitsbehörde CDC, der Aufsichtsbehörde für Arzneimittel FDA und im Vatikan vor? Schwule und Lesben sind nicht entbehrlich ... Nutzt eure Macht ... Wählt ... Boykottiert ... Verteidigt euch ... Wendet Wut, Angst, Kummer in Aktivität.“¹³

11 Vgl. Avram FINKELSTEIN, *After Silence. A History of AIDS Through Its Images* (Oakland/Ca. 2020), 15–16.

12 Douglas CRIMP / Adam ROLSTON, *AIDS DEMO GRAPHICS* (Seattle 1990), 14.

13 Zur Entstehung, Verwendung und Bedeutung des SILENCE=DEATH-Posters vgl. FINKELSTEIN, *After Silence*, 38–57; Sarah SCHULMAN, *Let the Record Show. A Political History of ACT UP New York, 1987–1993* (New York 2021), 319–327.

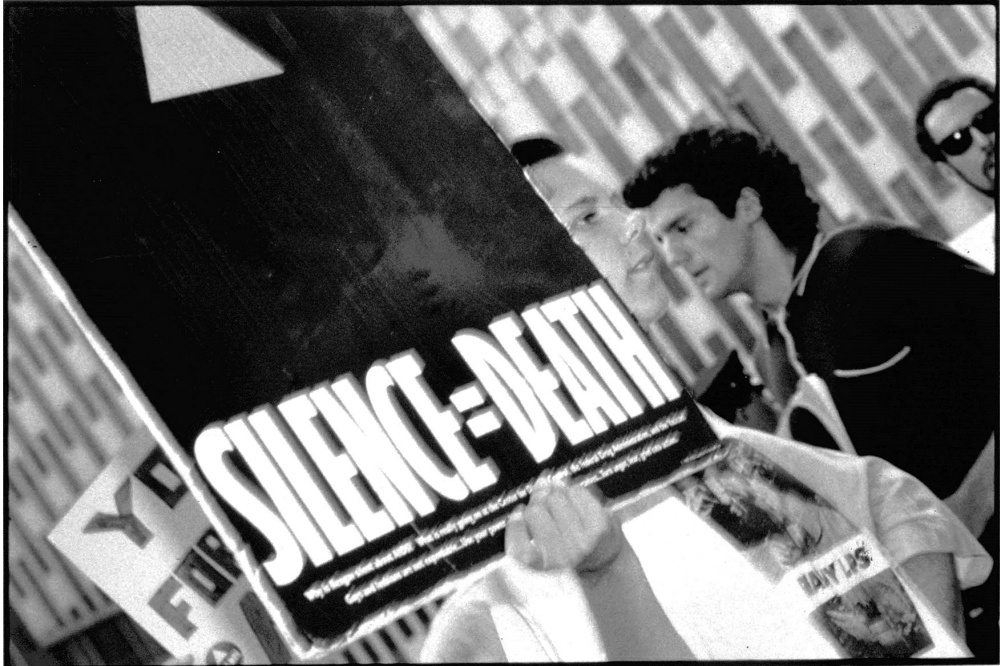


Abb. 4: Tom McGovern, ACT UP at Health Department, New York City, 28. Juli 1988, Fotografie, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

Nahezu zeitgleich zur Verbreitung des SILENCE=DEATH-Posters wurde nach einer flammenden Rede des Drehbuch- und Romanautors Larry Kramer gegen die AIDS-Politik der damaligen Regierung im *Lesbian and Gay Community Services Center* in NYC am 10. März 1987 die politische Bewegung ACT UP gegründet,¹⁴ der sich auch Loring McAlpin, Zoe Leonard, David Wojnarowicz und Keith Haring ebenso wie die sechs Künstler des SILENCE=DEATH-Posters anschlossen. Ab diesem Zeitpunkt trafen sich in den nächsten Jahren jeden Montag ca. 300 bis 400 Anhänger:innen von ACT UP, unter ihnen Künstler:innen, Schauspieler:innen, Drehbuchautor:innen, Ärzt:innen, Soziolog:innen, Politolog:innen, Jurist:innen und viele andere Fachwissenschaftler:innen im *Lesbian and Gay Community Services Center*, um Aktionen und Demonstrationen gegen die AIDS-Politik zu planen, Informationen über die neuesten Forschungsergebnisse auszutauschen und nicht zuletzt, um sich – so wie die sechs jungen Männer des SILENCE=DEATH-Projects es vorher auch getan hatten – gegenseitig emotional zu unterstützen. Das pinkfarbene Dreieck mit dem Schriftzug SILENCE=DEATH entwickelte sich bereits im ersten Jahr zum Logo der Bewegung. Es verlieh den Aktionen ein gut organisiertes und professionelles Auftreten, das sowohl unbeteiligte Beobachter auf den

14 Für eine komprimierte Zusammenfassung zur Gründung und den Aktivitäten von ACT UP NY einschließlich einiger Videos siehe <http://www.back2stonewall.com/2022/03/march-10-1987-activist-group-act-aids-coalition-unleash-power-formed-nyc.html> (letzter Zugriff: 05.01.2023).

Straßen als auch die Presse neugierig machte.¹⁵ Mit dem Logo bedruckte T-Shirts und Sticker ebenso wie die mit dem Poster beklebten leichten Styroporpappen (Abb. 4), die von den Aktivist:innen während der Demonstrationen getragen wurden, wirkten sowohl außerhalb als auch innerhalb der Bewegung als ein identitätsstiftendes Markenzeichen. Außerhalb der Bewegung griffen TV-Reporter:innen und Journalist:innen das von einem neuartigen Design zusammengehaltene einheitliche und interessante Bild gerne auf, um es als publikumswirksame Illustration ihrer Berichte zu nutzen.¹⁶



Abb. 5a–5b: ACT-UP at White Columns, June 25–July 31, 1988, 5a: Schaufenster, Quelle: eigene Fotografien, Gisela Theising, Hannover.

Es dauerte nicht lange, bis auch die Kunstwelt auf die AIDS-Aktivistenkunst aufmerksam wurde. Beispielhaft dafür ist die Ausstellung in der Galerie *White Columns* vom 25. Juni bis 31. Juli 1988. In der New Yorker Wochenzeitung *The Village Voice* wurden die ausgestellten Materialien wie Poster, Flyer, T-Shirts, Sticker als Beispiele einer politischen Kunst beschrieben, wie es sie seit den Protestbewegungen der 1960er Jahre nicht mehr gegeben habe (Abb. 5a–5b).¹⁷

15 Anlässlich der Veröffentlichung von Sarah Schulmans *History of ACT UP* veröffentlichte der Sender NPR (National Public Radio) auf seiner Website zwei Fotos zur Verwendung des SILENCE=DEATH-Logos: <https://www.npr.org/2021/06/16/1007361916/act-up-a-history-of-aids-hiv-activism?t=1650289242213f> (letzter Zugriff: 05.01.2023).

16 Vgl. SCHULMAN, *History*, 319–320.

17 Vgl. ACT-UP at White Columns, June 25–July 31, 1988, <https://whitecolumns.org/exhibitions/act-up-at-white-columns/> (letzter Zugriff: 05.01.2023).

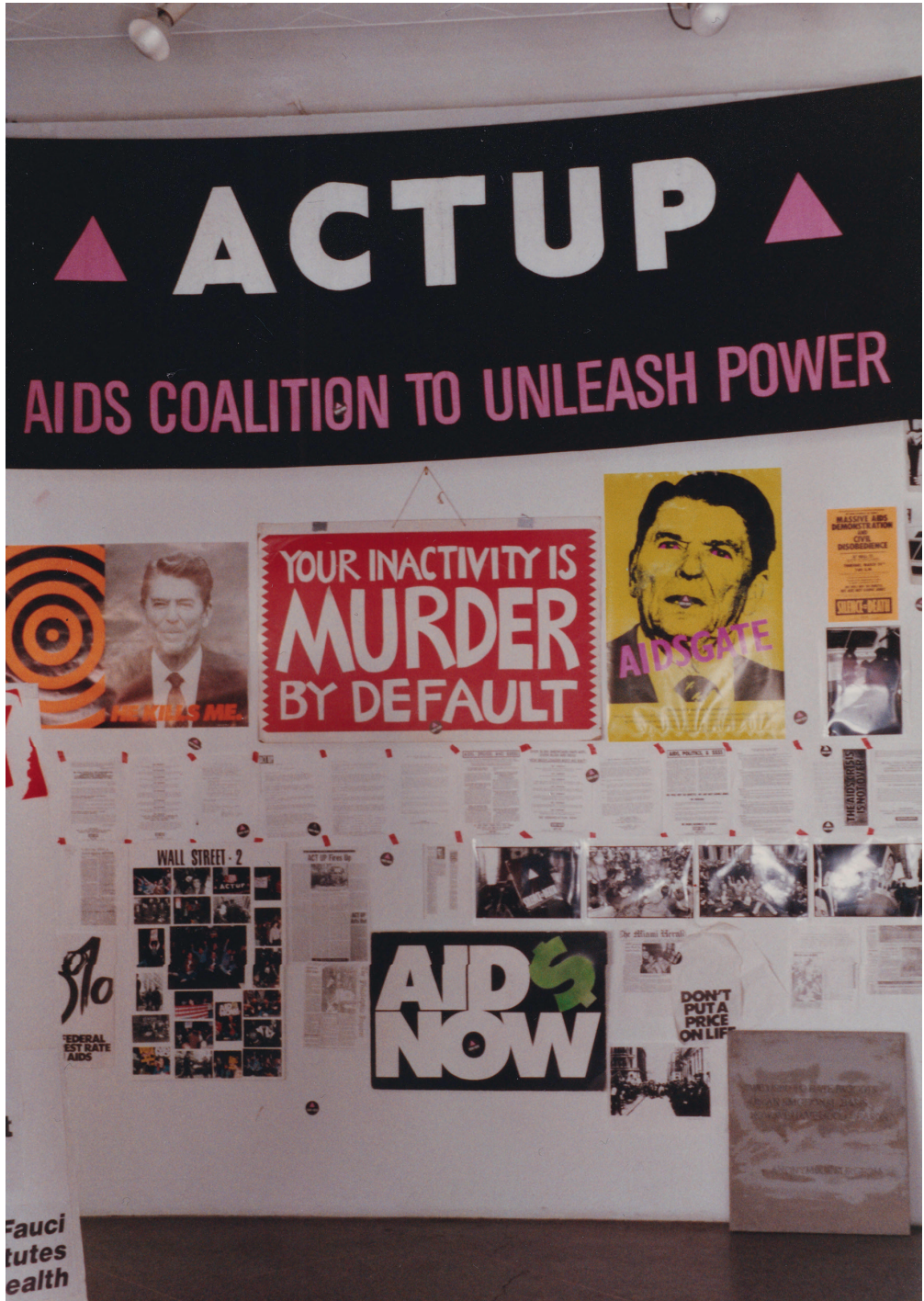


Abb. 5a–5b: ACT-UP at White Columns, June 25–July 31, 1988, 5b: Innenansicht, Quelle: eigene Fotografien, Gisela Theising, Hannover.

Kollektive Kunst im Auftrag für ACT UP

Bei den Aufnahmen von den Geschäftsmännern spielte Loring McAlpin als Einzelkünstler die Macht des Fotografen aus, um sich der Zwänge seiner heteronormativen Sozialisation bewusst zu werden. 1987 schloss er sich dem Künstlerkollektiv *Gran Fury* an, das neben anderen Künstlerkollektiven von Beginn an die Positionen und Forderungen von ACT UP visualisierte. Dadurch veränderte sich auch seine Rolle als Künstler, wie sie in den Fotografien der Geschäftsmänner noch zum Ausdruck kommt.

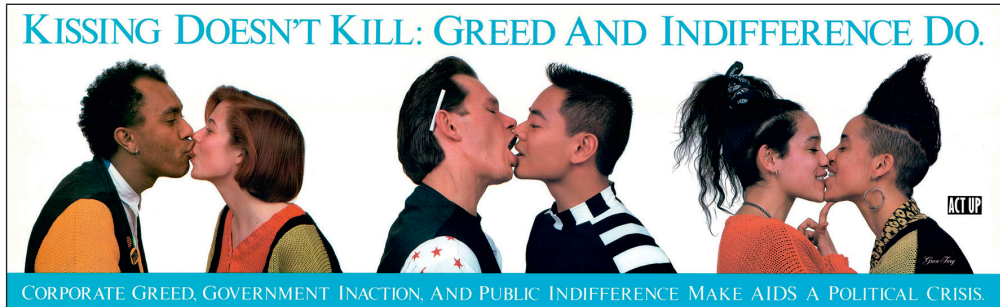


Abb. 6: Gran Fury, Kissing doesn't kill: Greed and Indifference Do, Plakat 1989, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

Innerhalb einer Gruppe wie *Gran Fury* fungierten die Künstler:innen als eine Art künstlerische Dienstleister:innen. Ihre Werke sind nicht das Ergebnis persönlicher Sichtweisen oder Emotionen einzelner Künstler:innen, die im begrenzten Rahmen der institutionalisierten Kunstwelt präsentiert werden; vielmehr vermittelten Künstlerkollektive wie *Gran Fury* einer von der Epidemie betroffenen Öffentlichkeit in komprimierter Form aktuelle Forschungsergebnisse und politische Analysen zur AIDS-Krise, die innerhalb von ACT UP interdisziplinär zusammengetragen wurden.¹⁸ Beispielhaft dafür ist das Bus-Plakat „Kissing doesn't kill“ von *Gran Fury* (Abb. 6) aus dem Jahr 1989, das die Idee Oliviero Toscani aufgreift, mit der Benetton-Werbung eine – wie er schreibt – „antirassistische, kosmopolitische und tabufreie Geisteshaltung“¹⁹ zu vermitteln. *Gran Fury* erweitert diese Idee sowohl um den medizinischen Kenntnisstand, dass das HI-Virus nicht durch Küssen übertragen wird, als auch um die Anerkennung queeren Begehrens. Die Fotografien von drei küssenden Paaren sowohl unterschiedlicher Hautfarbe als auch unterschiedlicher sexueller Orientierungen sind mit der Aussage verbunden: „Küssen tötet nicht: Habgier und Gleichgültigkeit tun es“. Kurz vor dem Start des Projekts wollte der konservativ geführte Senat des Staates Illinois mit einem Gesetzentwurf diese Buswerbung verhindern. Heranwachsende sollten durch solche Bilder nicht zu einem queeren Lebensstil angeregt werden. Demonstrationen sorgten allerdings dafür, dass der Entwurf keine

18 Vgl. CRIMP / ROLSTON, AIDS DEMO GRAPHICS, 18–19.

19 Oliviero TOSCANI, Die Werbung ist ein lächelndes Aas (Mannheim 1996), 44.

Gesetzeskraft erreichte. Ebenso wie die Attraktivität des Bus-Plakats trug auch diese Auseinandersetzung zu seiner hohen Publizität bei.²⁰ Daher wurde es im Auftrag von ACT UP auch in kleinerem Format mit der zugespitzten Aussage gedruckt: „Gier der Unternehmen, Untätigkeit der Regierung und die Gleichgültigkeit der Öffentlichkeit machen AIDS zu einer politischen Krise“.²¹

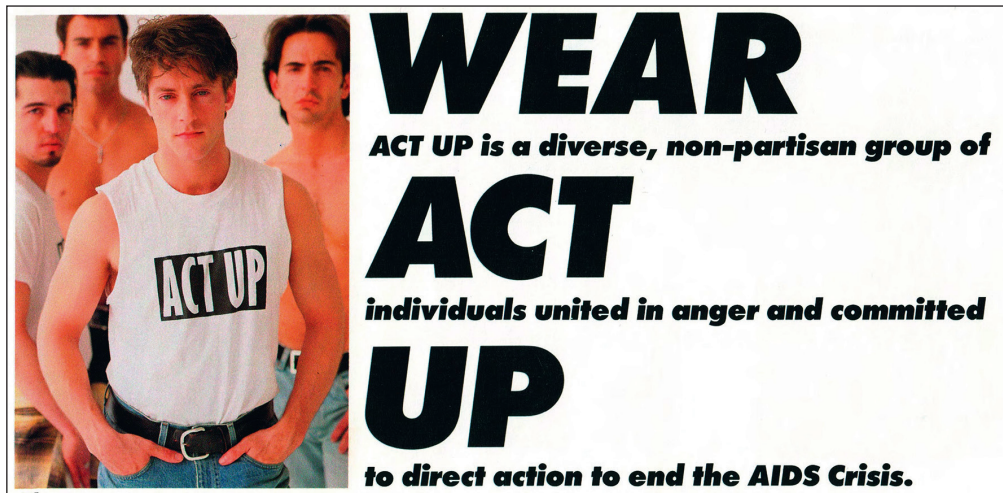


Abb. 7a–7b: ACT UP, Merchandise Katalog, 7a: Cover, 1990, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.



Abb. 7a–7b: ACT UP, Merchandise Katalog, 7b: Innenseite, 1990, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

20 Vgl. Richard MEYER, This Is to Enrage You. *Gran Fury* and the Graphics of AIDS Activism, in: Nina Felshin, Hg., *But is it Art? The Spirit of Art as Activism* (Seattle 1995), 51–83, hier 57–59.

21 Begleittext auf dem Poster „Kissing doesn’t kill“ von *Gran Fury* (Abb. 6), Übersetzung: G. Theising.

Üblicherweise wird Bus-Werbung wie andere Werbemittel auch von Werbeagenturen entworfen und von spezialisierten Druckereien hergestellt. Unternehmen wie Benetton haben dafür einen entsprechenden Werbe-Etat. Um sich die nötigen finanziellen Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit zu verschaffen, gründete ACT UP eine eigene Firma, mit der eigens für den Verkauf produzierte Waren vertrieben wurden. Auf dem Cover eines Prospekts werden die Betrachter:innen über drei Zeilen in Großbuchstaben aufgefordert „TRAGE ACT UP“, und zwischen den drei Zeilen werden sie über den politischen Anspruch und das Selbstverständnis der Bewegung aufgeklärt: „ACT UP ist eine mannigfaltige, unabhängige Vereinigung von Individuen, die durch Wut und das Engagement verbunden sind, die AIDS-Krise durch direkte Aktionen zu beenden“ (vgl. Abb. 7a). Angeboten wurden Baseball-Kappen, Buttons, Postkarten, Stickers und Poster, darunter auch das „Kissing doesn't kill“-Plakat (vgl. Abb. 7b). Der Umsatz der ACT UP-Firma betrug im Jahre 1992 eine Million Dollar.²²

Kunst und die Entschleierung der performativen Möglichkeiten queeren Begehrens

1990 veröffentlichte Judith Butler das Buch *Gender Trouble*, das 1991 in deutscher Übersetzung unter dem Titel *Das Unbehagen der Geschlechter* auf den Markt kam. Judith Butler zeigte mit ihrer Theorie neue Handlungsmöglichkeiten für eine Politik der Befreiung von den Zwängen der bürgerlichen Heteronormativität und der damit verbundenen Sexualmoral auf. Sie beschreibt in Anlehnung an Michel Foucaults Begriff des Sexualitätsdispositivs das durch Biologie geschlechtlich bestimmte Subjekt als eine Illusion. Während Horkheimer und Adorno in der *Dialektik der Aufklärung* alle gesellschaftlichen Zwänge auf die instrumentelle Vernunft zurückführen, prägt Michel Foucault den Begriff des Sexualitätsdispositivs für das Zusammenwirken einer „komplexen politischen Technologie“²³, die „vermittelt der Pädagogik, der Medizin und der Ökonomie [...] aus dem Sex nicht nur eine Laiensache, sondern eine Staatssache“²⁴ machte, „eine Angelegenheit, in der sich der gesamte Gesellschaftskörper und fast jedes seiner Individuen der Überwachung unterziehen mußten“.²⁴ Dementsprechend konstatiert Judith Butler, dass „die Attribute der Geschlechtsidentität nicht expressiv, sondern performativ sind, und die Identität, die sie angeblich nur ausdrücken oder offenbaren sollen, in Wirklichkeit durch diese Attribute konstituiert“ wird.²⁵ Tatsächlich wird das geschlechtlich bestimmte männliche oder weibliche Subjekt durch die Stilisierungen des Körpers – seiner Gesten, Bewegungen und seines Stils – erzeugt. Mit ihrer Theorie entlarvte Judith Butler die Begriffe des durch Biologie bedingten Geschlechts als „Teil jener Strategie, die den performativen Charakter der Geschlechtsidentität und die performativen Möglichkeiten verschleiert, die Konfigurationen der Geschlechtsidentität jenseits des einschränkenden Rahmens der maskulinen Herrschaft und der Zwangsheterosexualität zu vervielfältigen.“²⁶

22 Mündliche Mitteilung von Vincent Gagliostro am 20.07.1992. Vincent Gagliostro leitete als Künstler und Art Director das Outreach Committee und war maßgeblich für die Öffentlichkeitsarbeit von ACT UP verantwortlich.

23 Michel FOUCAULT, *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1* (Frankfurt am Main 2012), 125.

24 Ebd., 115.

25 Judith BUTLER, *Das Unbehagen der Geschlechter* (Frankfurt am Main 1991), 207.

26 Ebd., 208.

Ebenfalls 1990 fertigte Zoe Leonard die ersten Abzüge ihrer Aufnahmen von Iolo Carew aus dem Jahr 1981 an (Abb. 3c–3d). Die Zeit zwischen der Aufnahme und den Abzügen ihrer Fotografien beschreibt sie als eine Latenzzeit, erst in dem Moment, in dem sie ihre Aufnahmen versteht, fertigt sie die Abzüge an.²⁷ Vor dem Hintergrund des politischen Aktivismus von ACT UP und der AIDS-Aktivistenkunst von Künstlerkollektiven wie das SILENCE=DEATH-Projekt und *Gran Fury* entpuppen sich die Fotografien von Iolo Carew (Abb. 3a–3d) als eine Art Entschleierung der performativen Möglichkeiten, die die Perspektive auf eine vielgestaltige Körperlichkeit jenseits der bürgerlichen Heteronormativität eröffnet.

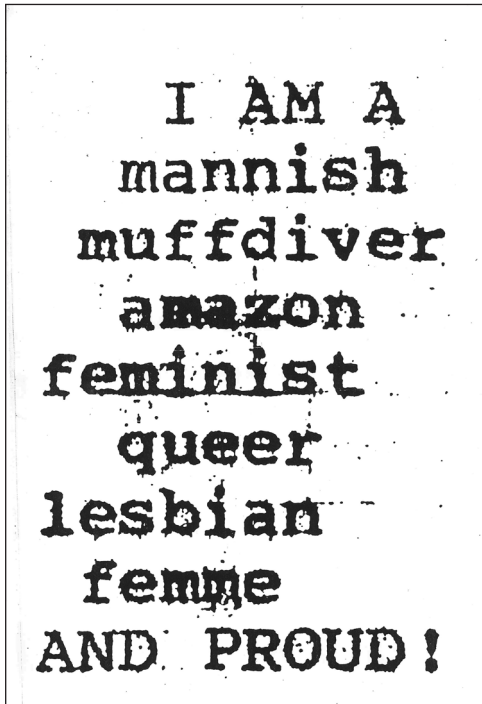


Abb. 8a: Fierce Pussy, List Poster, 1991, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

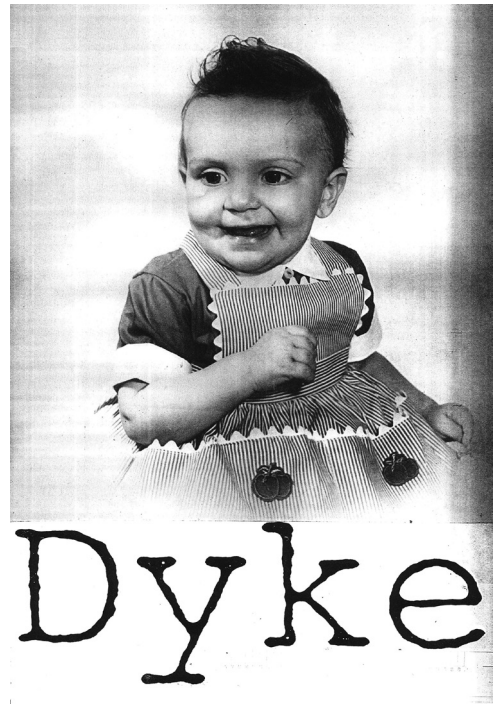


Abb. 8b: Fierce Pussy, Found Photos and Family Pictures, 1991, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

27 Vgl. Zoe LEONARD / Anna BLUME, Zoe Leonard im Gespräch mit Anna Blume, in: Wiener Secession, Hg., Zoe Leonard. Katalog anlässlich der Ausstellung von Zoe Leonard in der Wiener Secession 23.7.–14.9.1997 (Wien 1997), 55–74, hier 61.



Abb. 8c: Fierce Pussy, Found Photos and Family Pictures, 1991, Quelle: Sammlung Gisela Theising, Hannover.

1991 gründete Zoe Leonard u. a. gemeinsam mit den ACT UP-Aktivistinnen Nancy Brooks Brody, Joy Episalla und Carrie Yamaoka das Künstlerinnenkollektiv *Fierce Pussy*. Die Forderung nach Selbstbestimmung des eigenen Körpers jenseits heteronormativer Zwänge verbindet die Künstlerinnen von *Fierce Pussy* mit der AIDS-Aktivisten-Bewegung ACT UP. Ihr erstes Projekt waren die List Poster (Abb. 8a). Abschätzige und beleidigend gemeinte Slang-Ausdrücke gegenüber Lesben wendet *Fierce Pussy* auf diesem Plakat in eine befreiende Erweiterung der performativen Möglichkeiten, auf die sie stolz sind. Die Plakate wurden von *Fierce Pussy* als Kopien vervielfältigt und an Hauswänden in den Straßen von NYC geklebt. In einem weiteren Projekt verwenden die Künstlerinnen Fotos aus ihrer Kindheit und bezeichnen sich selbst im Alter von ca. zwei bis fünf Jahren als „Dyke“ (Abb. 8b) oder „Muffdiver“, um die Betrachter:innen mit einer kindlichen Sexualität zu konfrontieren, die sich den heteronormativen Sozialisationsbemühungen der bürgerlichen Familie (Abb. 8c) humorvoll widersetzt.

„So wie wir die Sprache in den List Poster zurückerobert haben, haben wir für das nächste Projekt unsere eigenen Kinderbilder verwendet, um unsere persönlichen Erfahrungen des Erwachsenwerdens darzustellen. Mit diesen Schnappschüssen hinterfragten wir heteronormative Annahmen über Identität, Familie, Geschlecht und Aussehen.“²⁸

„Der Humor“, den *Fierce Pussy* in diesen Plakaten verwendet, ist – wie es meines Wissens niemand besser ausgedrückt hat als Sigmund Freud, „nicht resigniert, er ist trotzig, er bedeutet nicht nur den Triumph des Ichs, sondern auch den des Lustprinzips, das sich hier gegen die Ungunst der realen Verhältnisse zu behaupten vermag“.²⁹

Resümee

Die AIDS-Aktivistenkunst von Kollektiven wie das SILENCE=DEATH-Projekt, *Gran Fury* und *Fierce Pussy* ebneten mit ihren Projekten in zweifacher Hinsicht einer emanzipatorischen queeren Bewegung den Weg, die auch heute noch wirksam ist. Zum einen brachten sie die pragmatischen Forderungen und Aktionen von ACT UP gegen die konservative Politik öffentlichkeitswirksam auf den Punkt und trugen dadurch maßgeblich zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von HIV-Positiven und an AIDS Erkrankten sowie zu einer interdisziplinären Ausweitung der Forschung bei. Ohne diese Öffentlichkeitsarbeit wäre die Entwicklung der Kombinationstherapie HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) nicht denkbar gewesen, die seit 1996 die Todesangst, die mit der Diagnose „HIV-positiv“ verbunden war, beendete. Zum anderen verhinderte die Unterstützung der ACT UP-Aktionen durch die Künstlerkollektive eine Rückkehr zu den klassisch-bürgerlichen Familienwerten innerhalb der bürgerlichen Heteronormativität, die von konservativer Seite als Schutz vor einer Infektion durch das HI-Virus propagiert wurden. Stattdessen legten sie die emotionale Grundlage für eine lebendige Queer Culture, in der queere Wünsche und queeres Verlangen nicht nur toleriert, sondern als Erweiterung der emotionalen Erfahrungen begrüßt werden – einer Kultur, die sich an sich selber erfreut.

28 FIERCE PUSSY, Projects, <https://fiercepussy.org/projects> (letzter Zugriff: 17.01.2023), Übersetzung G. Theising.

29 Sigmund FREUD, Der Humor, in: Sigmund Freud. Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1925–1931, Band 14 (Frankfurt am Main 1999), 385.

Informationen zur Autorin

Gisela Theising, stellvertretende Schulleiterin an der BBS 3 Hannover. Weitere Arbeitsschwerpunkte: Kuratorin und Leihgeberin für Ausstellungen mit den Schwerpunkten psychedelische Kunst der 1960er Jahre und New Yorker Kunst der Gegenwart.

Gisela Theising, Alemannstr. 20, 30165 Hannover, E-Mail: GTheisingH@t-online.de

Henriette Löffler-Stastka

Zur Akzeptanz von Begrenzung und der komplexen Funktion der Affekte

English Title

On the acceptance of limitation and the function of affect

Summary

In times of uncertainty, epistemic trust is deeply afflicted. Affective holding, reflection and mentalized affectivity are necessary for containment of affect-cognitive disruptions. The mind's ability to interact, assess the external world's reality, and integrate new experiences into existing conceptions is determined by the affective load the respective interplay assigned. Gaining a picture of the world at an acceptable reliability level requires a curious mind and openness for a discursive dispute with encountered findings. The acceptance of boundaries and limitations is essential in this context.

Keywords

Contagion, post-normal societal state, affect-logical interface, epistemic trust

Einleitung

Die SARS-CoV-2-Pandemie war von sozialer Distanzierung und Exklusion in den Lockdown-Phasen, Informationsüberflutung und komplexen Verarbeitungsprozessen geprägt. Kommunikationsprozesse wurden mit dem Schlagwort „Infodemics“¹ markiert. Während der Pandemie konnten auf gesellschaftlicher Ebene Phänomene, wie beispielsweise die Verbreitung von Fake News, beobachtet werden, die zum Nachdenken über die Mechanismen der massiven Beein-

1 WORLD HEALTH ORGANIZATION, Infodemic, https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1 (letzter Zugriff: 18.3.2022).

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

flussung der Bevölkerung veranlassen. Die Autorität und die Geschwindigkeit der Verbreitung dieser Art von Informationen erstaunen. Der Einfluss auf Entscheidungsträger, der offene, oft affektgeladene Ausdruck ohne Kritik in sozialen Netzwerken, die Definition von „Wahrheit“, die soziale Glaubwürdigkeit und die Beziehung zur virtuellen Realität sind in diesem Zusammenhang diskutierenswert. Somit stellt sich auch die Frage, ob basales Vertrauen in eine Person als sichere Informationsquelle, i. e. epistemisches Vertrauen verloren ging?

Auf individueller Ebene rückten jene Phänomene der Krankheitsverarbeitung in den Vordergrund, die zur Bewältigung chronischer Krankheiten und unsicherer Situationen üblich und bekannt sind: beispielsweise der Rückzug (Regression) auf bekannte, entwicklungspsychologisch gesehen frühere psychostrukturelle Funktionsniveaus oder der Rückgriff auf basale Abwehrmechanismen. Diesbezüglich sind biomedizinische Wissens- und Verständnis-Aspekte bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen und Belastungen, als welche auch eine länger anhaltende Epidemie aufgefasst werden kann, gut ausgebildet, das öffentliche Verständnis der psychischen, sozialen und kulturellen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit bleibt jedoch oft vage. Ein Grund für die Non-Adhärenz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen ist, dass Patient*innen ihre Krankheit, ihre Behandlung und ihre Rolle im Behandlungsplan individuell sehr unterschiedlich auffassen. Krankheitsverarbeitungsprozesse sind von persönlichen Überzeugungen oder den Auswirkungen auf das tägliche Leben abhängig.² Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen Krankheitswahrnehmung und affektkognitiven Parametern.³

Epistemisches Vertrauen und Affekte

Unbewusste affektiv-kognitive Phänomene beeinflussen die Entscheidungsfindung, Entwicklung von Einstellungen, Problemlösung und Kreativität. Unbewusste Prozesse äußern sich nonverbal (z. B. Mimik), in Verhaltensweisen und Körpersprache.⁴ Um eine Reihe komplexer Aspekte der Behandlungsbeziehung zu verstehen, müssen verschiedene Interaktionsvariablen (Affektregulation, Objektbeziehungsqualität, psychische Struktur, Therapeutenaktivität, Gegenübertragung, etc.) berücksichtigt werden. Das beziehungsgenerierende Zusammenspiel und die aktive Wahrnehmung des mimisch-affektiven Verhaltens der Patient*innen durch Ärzt*innen/Therapeut*innen in der Erstkonsultation korreliert stark mit Adhärenz und Behandlungserfolg.⁵ Der Erfolg therapeutischer Interventionen hängt stark von der Fähigkeit der Behandler*in

-
- 2 M. Garça PEREIRA / Susana PEDRAS / Gabriela FERREIRA, Self-Reported Adherence to Foot Care in Type 2 Diabetes Patients. Do Illness Representations and Distress Matter?, in: *Primary Health Care Research & Development* 20 (2018), 1–8, <https://doi.org/10.1017/S1463423618000531>.
 - 3 Astrid BOCK / Eva HUBER / Cord BENECKE, Levels of Structural Integration and Facial Expressions of Negative Emotions, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62/3 (2016), 224–238, <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.3.224>.
 - 4 Jasper FEYAERTS / Stijn VANHEULE, Expression and the Unconscious, in: *Frontiers in Psychology* 12/8 (2017), 2162, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02162>.
 - 5 Tedra F. CLARK / Piotr WINKIELMAN / Daniel N. MCINTOSH, Autism and the Extraction of Emotion from Briefly Presented Facial Expressions. Stumbling at the First Step of Empathy, in: *Emotion* 8/6 (2008), 803–809, <https://doi.org/10.1037/a0014124>.

ab, kongruent zu reagieren, indem unbewusste Prozesse (subliminale Mikroausdrücke) angesprochen werden.⁶

Zur Stärkung der Behandlungsbeziehung

Die therapeutische Beziehung als Interaktion ist als wesentlicher Wirkfaktor für erfolgreiche Behandlungen bekannt,⁷ sie erklärt etwa 30 Prozent der Varianz des Behandlungserfolges. Interaktion wird als „wechselseitige Aktion oder Beeinflussung“⁸ definiert, soziale Interaktion als eine verbale und nonverbale, bewusste und unbewusste Beziehung zueinander. Soziale Interaktion umfasst somit auch die unbewusste Dimension der Interaktion und damit der Beziehungsgestaltung. Bei der Entwicklung von Beziehungen können drei – interdependente – Hauptaspekte der sozialen Interaktion unterschieden werden:

- a. Biologische und kulturelle Aspekte: Sprache, Ausdruck von Emotionen, Affektwahrnehmung und -rezeption, soziale Normen und Konventionen, Rollenerwartungen
- b. Verbale und nonverbale Aspekte: Sprechakte, Sprechdauer, Intonation, Stimmunterbrechung, Redefluss, Gesprächsbeginn und -ende, aber auch Aussehen, Hygiene, Geruch, Haare, Kleidung, Mimik, Gestik und Körpersprache und
- c. Wahrnehmung und Interpretation: Primäre und sekundäre Sozialisation (familiärer Hintergrund, Bildung, Erziehung, Geschlecht, Alter, bewusste und unbewusste Werte) und daraus resultierende Erwartungen an Interaktionspartner*innen in bestimmten Situationen.

Die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation ist in der Psychotherapieforschung seit langem bekannt.⁹ Studien zeigen, dass 60 bis 80 Prozent der gesamten Kommunikation (in der Behandlung) nonverbal verläuft.¹⁰ Viele nonverbale Vorgänge sind unbewusst und können den affektiven und psychischen Zustand der Patient*innen oft auf eine eindringlichere Weise vermitteln als verbale Kommunikation.¹¹

6 Felicitas DATZ / Guoruey WONG / Henriette LÖFFLER-STASTKA, Interpretation and Working through Contemptuous Facial Micro-Expressions Benefits the Patient-Therapist Relationship, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16/24 (2019), 4901, <https://doi.org/10.3390/ijerph16244901>.

7 Michael J. LAMBERT, Hg., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (New York 2021).

8 OXFORD ENGLISH DICTIONARY, <https://www.oed.com/> (letzter Zugriff: 13.12.2022).

9 Paul EKMAN / Wallace V. FRIESEN, Nonverbal Behavior in Psychotherapy Research, in: John Shlien Hg., *Research in Psychotherapy* 3 (Washington DC 1968), 179–216.

10 Marcus RASTING / Manfred E. BEUTEL, Dyadic Affective Interactive Patterns in the Intake Interview as a Predictor of Outcome, in: *Psychotherapy Research* 15/3 (2005), 188–198, <https://doi.org/10.1080/10503300512331335039>. Vgl. auch: Judee K. BURGOON / Laura K. GUERRERO / Kory FLOYD, *Nonverbal Communication* (Boston 2010).

11 Pierre PHILIPPOT / Robert S. FELDMAN / Erik J. COATS, The Role of Nonverbal Behavior in Clinical Settings. Introduction and Overview, in: Pierre Philippot / Rober S. Feldman / Erik J. Coats, Hg., *Series in Affective Science. Nonverbal Behavior in Clinical Settings* (Oxford 2003), 3–13.

Aufgrund ihrer guten Messbarkeit konzentrieren sich mehrere Studien auf die Mimik und ihre Bedeutung in der (psychotherapeutischen) Behandlung.¹² Eva Bänninger-Huber¹³ zeigte, wie wichtig das gleichzeitige Lächeln von Therapeut*in und Patient*in für den Behandlungserfolg ist. Jörg Merten und Cord Benecke konnten zeigen, dass die mimische Synchronizität von Therapeut*in und Patient*in in engem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis steht.¹⁴ Es besteht ein großer Einfluss von nonverbalen Faktoren auf die therapeutische Beziehung, die Zusammenhänge zwischen nonverbaler Synchronisation und Behandlungsergebnis sind mehrmals berichtet.¹⁵ Unbewusste Interaktionsmuster werden durch nonverbale Signale umgesetzt. Wenn Therapeut*innen problematischen Formen von Beziehungsangeboten verbal und nonverbal entgegneten und entgegenwirken, kann eine Fortführung pathologischer Beziehungsmuster verhindert werden, wodurch sich der Behandlungserfolg erhöhen kann.¹⁶ Je höher die affektive Kompetenz der Therapeut*innen ist, desto höher ist der Behandlungserfolg.¹⁷ Folglich konnte gezeigt werden, dass das faziale affektive Verhalten ein guter Indikator für die Beziehungsbalance in erfolgreichen Therapien ist.¹⁸

Wie schon diskutiert wurde, wird ein Großteil der Mimik unbewusst geäußert und rezipiert.¹⁹ Diese Befunde sind zum einen ein Plädoyer für eine umfassende Verankerung von nonverbalem und mimischem Verhalten in der Interventionsforschung. Andererseits erlauben diese Ergebnisse die Umkehrung des Arguments, dass mimisches Verhalten auf unbewusste

-
- 12 Siehe dazu: Nalini AMBADY u. a., Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes, in: *Psychological Aging* 17 (2020), 443–452; vgl. auch Kenneth M. PRKACHIN / Izabela Z. SCHULTZ / Elizabeth HUGHES, Pain Behavior and the Development of Pain-Related Disability. The Importance of Guarding, in: *The Clinical Journal of Pain* 23 (2007), 270–277 sowie Alfonso TROISI / Enrico POMPILLI / Luigi BINELLO u. a., Facial Expressivity during the Clinical Interview as a Predictor of Functional Disability in Schizophrenia. A Pilot Study, in: *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 31/2 (2007), 475–481, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.11.016>.
 - 13 EVA BÄNNINGER-HUBER, „Wunderwaffe Lächeln“, in: *Unimagazin der Universität Innsbruck* 10 (2007), 16 und EVA BÄNNINGER-HUBER / Doris PEHAM, Issues, Opportunities and Challenges in Facial Expression Research (Summary [on Round Table]), in: Eva Bänninger-Huber / Doris Peham, Hg., *Current and Future Perspectives in Facial Expression Research. Topics and Methodological Questions. Proceedings of the International Meeting at the Institute of Psychology, University of Innsbruck/Austria (Innsbruck 2009)*, 99–114.
 - 14 JÖRG MERTEN / Cord BENECKE, Maladaptive Beziehungsmuster im therapeutischen Prozess, in: *Psychotherapie Forum* 9/1 (2001), 30–39.
 - 15 Fabian RAMSEYER / Wolfgang TSCHACHER, Nonverbal Synchrony in Psychotherapy. Coordinated Body Movement Reflects Relationship Quality and Outcome, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79/3 (2011), 284–295.
 - 16 Felicitas DATZ u. a., Dimensions of Activity in Countertransference and Therapist Reactions. Therapist Reaction During Sessions with Depressed Patients, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62/4 (2016), 322–335, <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.4.322>.
 - 17 MERTEN / BENECKE, Beziehungsmuster, 30–39 sowie Cord BENECKE / Doris PEHAM / Eva BÄNNINGER-HUBER, Nonverbal Relationship Regulation in Psychotherapy, in: *Psychotherapy Research* 15/1–2 (2005), 81–90, <https://doi.org/10.1080/10503300512331327065>.
 - 18 JÖRG MERTEN / Rainer KRAUSE, What Makes Good Therapists Fail?, in: Pierre Philippot / Robert S. Feldman / Erik J. Coats, Hg., *Nonverbal Behavior in Clinical Settings (Oxford 2003)*, 2–17.
 - 19 JÖRG MERTEN, Facial Microbehavior and the Emotional Quality of the Therapeutic Relationship, in: *Psychotherapy Research* 15/3 (2005), 325–333, <https://doi.org/10.1080/10503300512331327065>; vgl. auch: MERTEN / KRAUSE, What Makes Good Therapists Fail?, 2–17 und Claudia GEBHARDT / Johannes ZIMMERMANN / Doris PEHAM/Doris PEHAM, Written on the Face. Self- and Expert-Rated Impairments in Personality Functioning are Differently Related to the Expression of Disgust Toward the Interviewer, in: *Journal of Personality Disorder* 30/3 (2016), 408–418, https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_199.

Dimensionen der Interaktion hindeutet. Daher ist es in der Psychotherapieforschung unerlässlich, das affektive Verhalten des Gesichts während der Sitzungen zu untersuchen, um einen Zugang zu unbewussten Prozessen in der therapeutischen Interaktion zu finden.

Sogenannte Mikroexpressionen²⁰ sind Gesichtsausdrücke, die nur eine viertel bis halbe Sekunde andauern und somit entweder als unterdrückter oder unbewusster Ausdruck von Affekten verstanden werden können.²¹ Dementsprechend deutet das Auftreten von Mikroausdrücken auf ein unbewusstes Ereignis oder einen unbewussten Prozess hin. Ulf Dimberg und seine Co-Autor*innen²² konnten zeigen, dass sowohl sogenannte positive als auch negative affektive Reaktionen unbewusst hervorgerufen werden können. Insbesondere bei wichtigen Aspekten der affektiven Face-to-Face-Kommunikation fanden sie eine große Bedeutung unbewusster Handlungsabläufe.

In Anlehnung an Joseph und Anne-Marie Sandler²³ konzeptualisierte Rainer Krause²⁴ diese Mikroprozesse als präsenten Unbewussten, das biographisch-dynamische Formen unbewusster Konflikte darstellt. Weiter stellen die Autor*innen fest, dass die therapeutische Bearbeitung des dynamischen Unbewussten nur durch seine Manifestation im Hier und Jetzt möglich ist. Um die möglichen Zusammenhänge von affektiven Mikroausdrucksprozessen mit Sprach- und Denkprozessen zu untersuchen, untersuchte Benecke²⁵ kognitiv-linguistische Kontexte von mikroaffektiven Phänomenen. Im Gegensatz zu üblichen Untersuchungen überprüfte der Autor die mimisch-affektiven Prozesse im Hinblick auf das Vorhandensein oder Fehlen gleichzeitiger sprachlich-kognitiver Prozesse. Grundlage dieses Ansatzes war die Beobachtung, dass in einigen Therapien, die auf Videoband aufgezeichnet wurden, Sitzungen mit einer hohen nonverbalen Mikroaffektivität als relevant verändernd eingestuft wurden.²⁶ Wenn die sprachlosen Formen des affektiven Ausdrucks nicht adäquat erfasst werden, können Zusammenhänge zwischen Kognition und Affekt auseinanderbrechen. Zeiten des Schweigens zum Beispiel sind oft mit intensiven Übertragungsproblematiken belastet.²⁷

-
- 20 Ernest A. HAGGARD / Kenneth S. ISAACS, Micro-Momentary Facial Expressions as Indicators of Ego Mechanisms in Psychotherapy, in: Louis A. Gottschalk / Arthur H. Auerbach, Hg., *Methods of Research in Psychotherapy* (New York 1966), 154–165.
- 21 Vgl. Armindo FREITAS-MAGALHAES, Facial Expression of Emotion, in: Vilayanur S. Ramachandran, Hg., *Encyclopedia of Human Behavior* (Oxford 2012), 173–183 und auch RASTING / BEUTEL, *Dyadic Affective Interactive Patterns*.
- 22 Ulf DIMBERG / Monik THUNBERG / Kurt ELMEHED, Unconscious Facial Reactions to Emotional Facial Expressions, in: *Psychological Science* 11/1 (2000), 86–89.
- 23 Joseph SANDLER / Anne-Marie SANDLER, Comments on the Conceptualisation of Clinical Facts in Psychoanalysis, in: *International Journal of Psychoanalysis* 75 (1994), 995–1010.
- 24 Rainer KRAUSE, Was ist unbewusst an affektiven Prozessen?, in: Förderverein Gruppentherapie e.V., Hg., *Arbeitshefte Gruppenanalyse. Unbekannte Gedanken – Ungeahnte Gefühle* (Münster 2003), 73–90 und DERS., *Verachtung, Ekel und Ärger des Therapeuten. Die politisch unkorrekten Gefühle*, in: Otto Kernberg / Birger Dulz / Jochen Eckert, Hg., *Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen Beruf“* (Stuttgart 2005), 102–115.
- 25 Cord BENECKE, Emotionsregulierung bei psychischen Störungen und in der Psychotherapie, in: *TLP-News – Zeitschrift des Tiroler Landesverbands Psychotherapie* 1 (2008), 6–13.
- 26 Thomas ANSTADT u. a., Affective Dyadic Behavior, Core Conflictual Relationship Themes, and Success of Treatment, in: *Psychotherapy Research* 7/4 (1997), 397–417.
- 27 Rainer KRAUSE, Afterword. Interaction Regulations Used by Schizophrenic and Psychosomatic Patients, in: Paul Ekman / Erika L. Rosenberg, Hg., *What the Face Reveals. Basic and Applied Studies of Spontaneous Expression Using the Facial Action Coding System (FACS)* (New York–Oxford 1997), 381–385.

Ein grundlegender Aspekt der Erforschung von Affekten ist ihre Universalität. Dies lässt sich damit erklären, dass der Gesichtsausdruck von basalen Emotionen vererbt wird und nicht erlernt werden kann. Dies wurde von Paul Ekman und seinem Team untersucht, indem sie isolierte Stämme untersuchten, die kaum Kontakt zu anderen Menschen hatten und denen daher keine „gemeinsame“ Art des Gefühlsausdrucks beigebracht werden konnte.²⁸ Anschließend haben David Matsumoto und Bob Willingham²⁹ eine sehr berührende Studie über den affektiven Gesichtsausdruck von Athlet*innen bei den Olympischen Spielen durchgeführt und diesen mit dem emotionalen Gesichtsausdruck von Athlet*innen bei den Paralympischen Spielen verglichen. Die dabei gewonnenen Resultate zeigen auf sehr bewegende Weise, dass Sportler*innen, die blind geboren wurden, ihre Freude oder Traurigkeit nach einem Sieg oder einer Niederlage genauso ausdrücken wie sehende Sportler*innen. Dies beweist, dass basale Strukturen des affektiven Gesichtsausdrucks nicht etwas sind, das der Mensch imitiert, sondern dass diese biologisch in uns verwurzelt sind.

Ekman's Forschungen führten ihn dazu, sechs universelle oder grundlegende Emotionen zu unterscheiden und zu benennen: Freude, Überraschung, Wut, Traurigkeit, Angst und Ekel.²⁸ Freude und Überraschung sind positive Affekte, die von Geburt an vorhanden sind, genauso wie Angst und Ekel als negative Spitzenaffekte, die für den Säugling als Notfallsaffekte zu Beginn des Lebens vorhanden sein müssen. Die entsprechenden hirnorganischen Korrelate sind bei Geburt ausreichend ausgereift. In weiteren Arbeiten erhöhte Ekman die Zahl der Grundemotionen auf sieben, als er das Gefühl der Verachtung seiner Liste hinzufügte. Die Aufnahme des sozialisiert negativen Affekts Verachtung war in Angleichung zum sozialisiert negativen Affekt Trauer konzeptualisiert. Um beispielsweise Trauer/Traurigkeit empfinden zu können, sind Objektpermanenz und Objekt Konstanz als wichtige Entwicklungsschritte nötig. Ebenso benötigen entsprechende hirnorganische Funktionen die Vernetzung und Ausbildung von Assoziationsbahnen zu höheren kortikalen Arealen in den ersten Lebensmonaten. Da Verachtung mit der ersten rudimentären (Objekt-)Differenzierung von „innen“ und „außen“ (etwa 4. Lebensmonat), und damit mit primärem Neid in engem Zusammenhang steht, wurde dieser Affekt in die Liste der Grundemotionen mitaufgenommen.

Um die Unersetzlichkeit von Gesichtsausdrücken für den Menschen zu verstehen, ist ein Blick auf die Theorien ihrer vielfältigen und vielschichtigen Funktionen vielversprechend. Folgt man diesem Weg, wie Susanne Kaiser und Thomas Wehrle,³⁰ wird man schnell mit der unbeantworteten Frage konfrontiert, ob Mimik primär in ihrer kommunikativen Funktion oder als Mittel der intrapsychischen Affektregulation dient. In diesem Zusammenhang ist Kaiser und Wehrle zu danken, die in ihrem sehr aktuellen Beitrag „Facial Expressions as Indicators of Appraisal Processes“ einen umfassenden Überblick über Emotionsmodelle und deren Konzeptualisierung von Gesichtsausdrücken geben.³¹

28 Paul EKMAN / Wallace V. FRIESEN, *Manual for the Facial Action Coding System* (Palo Alto 1978).

29 David MATSUMOTO / Bob WILLINGHAM, Spontaneous Facial Expressions of Emotion of Congenitally and Noncongenitally Blind Individuals, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 96/1 (2009), 1–10, <https://doi.org/10.1037/a0014037>.

30 Susanne KAISER / Thomas WEHRLE, Facial Expressions as Indicators of Appraisal Processes, in: Klaus R. Scherer / Angela Schorr / Tom Johnstone, Hg., *Appraisal Processes in Emotion. Theory, Methods, Research* (Oxford 2001), 285–300.

31 Siehe dazu auch: Eva BÄNNINGER-HUBER, *Mimik-Übertragung-Interaktion. Die Untersuchung interaktiver Prozesse in der Psychotherapie* (Bern 1996); KRAUSE, Afterword, 381–385 und Klaus R. SCHERER / Harald G. WALLBOTT,

Mikro-Gesichtsausdrücke wurden in den späten 1960er-Jahren von Paul Ekman durch die Analyse von Videoaufzeichnungen von psychiatrischen Patient*innen entdeckt, die ihre Ärzt*innen bezüglich ihrer Suizidgedanken und Halluzinationen getäuscht hatten. Mikroausdrücke wurden damals als Ausdrücke definiert, die so kurz sind, dass sie von einem ungeschulten Beobachter kaum wahrgenommen werden können. Sie können Fragmente eines unterdrückten, neutralisierten oder maskierten Ausdrucks sein.

Studie zur Mikro-Mimik von Kliniker*innen und Patient*innen

In Videoaufzeichnungen 22 psychiatrischer Erstinterviews in einer psychiatrischen Routine-/Akutstation wurde die Mikro-Mimik von Kliniker*innen und Patient*innen in Verbindung mit verbalen Interaktionen untersucht. Die Forschungsfrage der explorativen Studie, an welcher die Verfasserin mitwirkte, bestand darin, zu untersuchen, welche Bedeutung die nonverbale Kommunikation im Therapiesetting hat und welchen Einfluss die Mikro-Gesichtsausdrücke auf die Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung ausübt. Des Weiteren wurde versucht, den Prozess mit dem Therapieerfolg in Verbindung zu stellen.

Die Studie zeigt, dass die nonverbale Kommunikation und die therapeutische Beziehung zwischen Patient*innen und behandelnden Therapeut*innen Variablen von hoher Relevanz für den Erfolg einer Therapie sind. Die Videoaufzeichnungen von Behandlungssequenzen/Erstinterviews in einer psychiatrischen Einrichtung wurden mit Hilfe des FACS³² analysiert und mit der Psychodynamic Intervention List (PIL)³³ bewertet. Die PIL identifiziert und beurteilt psychodynamische Interventionstechniken. Nach jeder Behandlungseinheit wurde von Patient*in und Therapeut*in zudem das Working Alliance Inventory (WAI)³⁴ ausgefüllt, ein Fragebogen über die subjektive Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Die Auswertung zeigte, dass spezifische verbale Interventionen unterschiedlich mit der Stärke der therapeutischen Beziehung/Working Alliance (WAI) zusammenhängen. Standen interpretativ-deutende bzw. konfrontative Interventionen von Therapeut*innen mit dem Affekt Verachtung in Verbindung und konnte dieser Affekt angesprochen werden, korrelierte dieses Interaktionsmuster in der Therapie mit höheren WAI-Werten, d. h. hoher therapeutischer Beziehungsqualität und Arbeitsallianz. Der vermehrte Einsatz von supportiven Interventionen stand zwar mit dem Affekt der Freude in Verbindung, jedoch korrelieren diese Interaktionsmuster mit einem niedrigeren WAI-Score.

Ausdruck von Emotionen, in: Klaus R. Scherer, Hg., Enzyklopädie der Psychologie, C/IV/3 Psychologie der Emotion (Göttingen 1990), 345–422.

32 Siehe dazu: EKMAN / FRIESEN, Manual und DERS., Basic Emotions, in: Tim Dalgleish / Mick Power, Hg., Handbook of Cognition and Emotion 3 (Sussex 1999), 4–5.

33 Antje GUMZ u. a., A Bottom-Up Approach to Assess Verbal Therapeutic Techniques. Development of the Psychodynamic Interventions List (PIL), in: PLoS ONE 12/8 (2017), e0182949, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182949>.

34 Thomas MUNDER u. a., Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR). Psychometric Properties in Outpatients and Inpatients, in: Clinical Psychology & Psychotherapy 17/3 (2010), 231–239, <https://doi.org/10.1002/cpp.658>.

Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass negative Gefühlsausdrücke, Konfrontation und das Durcharbeiten von Mikro-Expressionen wichtige Elemente der psychiatrischen Behandlung sind. Für die Therapeut*in-Patient*in-Beziehung ist der affektiv kognitive Mechanismus von großer Bedeutung. Konfrontative Interventionen erreichten einen höheren WAI-Wert als stützende Interventionen. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass psychoanalytisch ausgebildete Therapeut*innen höhere WAI-Werte erzielten. Daher sollten Therapeut*innen und Kliniker*innen das Auftreten von Verachtung und Neid im Therapiegespräch nicht als etwas Verwerfliches ansehen, denn negative Gefühlsausdrücke können zu einer besseren therapeutischen Arbeitsbeziehung beitragen:

1. Konfrontative Interventionen waren im Vergleich zu stützenden Interventionen mit höheren WAI-Werten assoziiert (Mann-Whitney-U=2283.5, $p=0.000$, $d_{\text{Cohen}}=0.67$): Bei konfrontativer Intervention (N=57) war der WAI-Wert durchschnittlich bei 57.81 (min.42, max.82, Std.Abw.11.37), während bei stützender Intervention (N=134) der durchschnittliche WAI-Wert bei 51.95 lag (min.29, max.82, Std.Abw.12.91).
2. Konfrontative Interventionen waren mit dem Ausdruck von Verachtung auf Seite des bzw. der Patient*in assoziiert (Tabelle 1)³⁵.
3. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Therapeut*innen und Patient*innen in Bezug auf die Vielfalt der verschiedenen Gesichtsausdrücke (Mann-Whitney-U=199.5, $p=.304$, $d_{\text{Cohen}}=0.308$). Dies entspricht dem automatisch ablaufenden affektiven Anteil der Empathie.

Tab. 1: Zusammenhänge zwischen Interventionsformen und fazialen Affektausdrücken (Mikroausdrücken) in der Behandlungsdyade³⁶

Konklusion: Interpretation, Konfrontation und das Durcharbeiten verächtlicher Mikroausdrücke zeigten sich als wesentliche Faktoren für die adäquate Kontrolle der wichtigsten pathogenetischen Elemente. Konfrontative Interventionen waren auf Behandler*innenseite und Patient*innenseite mit Verachtung verbunden, und zwar im Sinne der affektiven Anteile der Empathie beinahe reflexartig auf beiden Seiten der Behandlungsdyade. Interessanterweise korrelierte Verachtung aber mit höheren Werten in der Arbeitsallianz-Skala (WAI).

Die Ergebnisse legen nahe, dass beides – eine zufriedenstellende Arbeitsallianz und der Ausdruck der Verachtung einen Faktor gemeinsam haben: die Konfrontative Intervention, mit der der bzw. die Behandler*in in der Lage war, eine für den/die Patient*in biografisch bedeutende Intervention zu setzen, wodurch der bzw. die Patient*in sich verstanden fühlte. Dies weist auf die komplexe Funktion der Affekte und des Zusammenspiels von primären und sekundären Emotionen, sowie deren Synchronizität zwischen Therapeut*in und Patient*in, und auf die Wechselwirkungen mit dem Interventionstyp hin. Die Häufigkeit positiver Gesichtsreziprozität zwischen Kliniker*in und Patient*in und die Reaktion der Kliniker*innen auf das Angebot der Patient*innen, Affekt zu zeigen, ist auch als ein Prädiktor für den Therapieerfolg³⁷ bekannt.

35 DATZ / WONG / LÖFFLER-STASTKA, Interpretation, 4901.

36 Tabelle 1 erstmalig in: DATZ / WONG / LÖFFLER-STASTKA, Interpretation, 4901 publiziert.

37 MERTEN / KRAUSE, What makes good therapists fail?, 2–17.

Kollektive Bewältigungsprozesse

Unbewusste affektive Prozesse und die damit in Zusammenhang stehende Krankheitswahrnehmung sind sehr subjektive Parameter, verbunden mit Existenzängsten, dysfunktionalen Glaubenssätzen, die auch adressiert werden müssen, beispielsweise durch Stärkung der therapeutischen Beziehung, wie in der eben erwähnten Studie gezeigt, aber auch in deren Rahmen durch Etablierung ausgereifter Bewältigungsmechanismen (z. B. Sublimierung).

Die Pandemie-Situation hat uns die überwältigende Macht der Natur, die Gebrechlichkeit unseres eigenen Körpers und Unzulänglichkeiten der Institutionen, die die Beziehungen zwischen den Menschen in Familie, Gesellschaft und Staat regeln, bewusst gemacht.³⁸ Sie schuf auch bekannte Gruppenphänomene in der Krise, wie Fragmentierung, Spaltung, also grundsätzlich Regression auf bekannte frühere Funktionen, wenn die normale adaptive mentale affekt-kognitive Verarbeitung überfordert ist. Sublimierung scheidet beispielsweise, wenn der eigene Körper zur Quelle des Leidens wird.

Es ist zu beobachten, dass das Vertrauen in ein stützendes Über-Ich und das Vertrauen in gesellschaftliche, demokratisch etablierte politische Errungenschaften und in die Wissenschaften mit ihren bewährten Methoden schwinden. Verachtungsmomente dominieren zeitweise auch kollektiv. Einerseits nährt die Angst vor der überwältigenden Macht des Schicksals das Bedürfnis nach Wiederherstellung eines (phantasierten) uneingeschränkten Narzissmus (Omnipotenz), abgeleitet aus der Sehnsucht nach väterlichem Schutz aufgrund einer infantilen Hilflosigkeit. Andererseits können Ängste zu weiteren regressiven Phänomenen führen.

Die unbewusste Fantasie

Angst, Verletzbarkeit und Hilflosigkeit können eine Disäquilibration des narzisstischen Gleichgewichtes, eine Destabilisierung des Selbstwerts und damit eine Unsicherheit mit sich bringen, wobei die aggressiven Aspekte des Narzissmus nicht außer Acht gelassen werden sollten. Herbert Rosenfeld³⁹ beschreibt in seiner Arbeit „Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzissmus“, dass es sich bei Todeswünschen und Verachtung um Zustände der Triebmischung und um eine Manifestation des reinen Todestriebes handelt. Der sorgende, lebendige Teil ist abgespalten. Wenn Aggression im Sinne einer Destruktion vorherrscht, ist eine Triebmischung mit positiven Affekten schwer möglich. Dies hängt psychoanalytisch formuliert damit zusammen, dass ein Zustand der Identifizierung mit einem internalisierten (aggressiven) Objekt im Sinne des sekundären Narzissmus⁴⁰ dominiert. Ein solcher Zustand kommt einem Abzug der Besetzung⁴¹ (jegliche Libido wird vom Triebobjekt abgezogen) gleich,

38 Sigmund FREUD, Das Unbehagen in der Kultur (= Gesammelte Werke 14, London 1930/1948), 421–516.

39 Herbert ROSENFELD, A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts. An Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism, in: International Journal of Psychoanalysis 52 (1971), 169–178.

40 William R. D. FAIRBAIRN, A Revised Psychopathology of the Psychoses and Psychoneuroses, in: International Journal of Psychoanalysis 22 (1941), 250–279.

41 André GREEN, Todestrieb, negativer Narzißmus, Desobjektalisierungsfunktion, in: Psyche 55/9–10 (2001), 869–877 (Original: Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante, in: André GREEN, Le travail du négatif (Paris 1993), 113–122.).

sodass dem Todestrieb nur schwer eine Legierung mit positiven Affekten entgegengestellt werden kann. Wie Bezugspersonen nun aggressive Triebe „containen“ können, bleibt eine schwierige, aber essenzielle Aufgabe, da nur befriedigende Ich-Elemente in die Ich-Synthese eingehen können.⁴² Für die psychoanalytische Behandlungssituation erklären sich die Affekte als „manifestations of living energy“⁴³ und als Fakt – „that a feeling is one of the few things which analysts have the luxury of being able to regard as a fact“⁴⁴ – als relevant für die psychoanalytische Situation. Des Weiteren ist die Untersuchung der aktivierten Objektbeziehungsdyade⁴⁵ verbunden mit dem vorherrschenden Affekt als behandlungstechnisch wesentlich, erprobt und bekannt. Zudem kann individuell von der Formbarkeit des unbewussten Fantasielebens ausgegangen werden.⁴⁶ Doch wie kann dies für die Gesellschaft insgesamt geleistet werden?

Lösungsvorschläge

Unbewusste affektive Prozesse und damit in Zusammenhang stehende Wahrnehmungen sind sehr subjektive Parameter, verbunden mit Existenzängsten, dysfunktionalen Glaubenssätzen, die auch adressiert werden müssen, beispielsweise durch Stärkung respektive Etablierung ausgereifter Bewältigungsmechanismen (z. B. Sublimierung). Aus der klinischen Erfahrung mit individuellen Erkrankungsprozessen, wie auch aus der psychoanalytischen Theorie lässt sich ableiten, dass die Stärkung ausgereifter Bewältigungsmechanismen vom Durcharbeiten der (Nicht-)Akzeptanz von Grenzen und Begrenzungen des Individuums abhängen kann. Erst die Akzeptanz des unerreichbaren „O“ (des Eigentlichen, Absoluten), der „Wahrheit-an-sich“, und der Gewissheit allerdings, sie nie erreichen zu können, lässt Verarbeitungsschritte möglich werden.⁴⁷ Die Akzeptanz der Begrenzung kann die Verinnerlichung der Funktionen im Über-Ich (Gewissen) verstärken und Selbstbewusstsein und Selbstreflexion verbessern. Somit wird auch die Mentalisierung unterstützt, die zu einem besseren Verständnis der eigenen Person und einer höheren Selbstregulierung (einschließlich affektiver Regulierung), sowie zu adäquateren Urteilen (Anwendung formaler Logik und abstraktem Denken) und Verhaltensweisen führen kann.

42 Marjorie BRIERLEY, Affects in Theory and Practice, in: *International Journal of Psychoanalysis* 18 (1937), 256–268.

43 Ebd.

44 Wilfred R. BION, Evidence, in: Ders., Hg., *Clinical Seminars and Four Papers* (Abingdon 1976/1987), 309–318.

45 Das ist jenes Beziehungsmuster mit primären Bezugspersonen, das in der Übertragung aktualisiert und im Behandlungskontext in der Beziehung zum/r Therapeut*in aktiviert ist.

46 Henriette LÖFFLER-STASTKA, Zur Akzeptanz der Begrenzung, in: *psychopraxis.neuropraxis* 25 (2022), 332–335, <https://doi.org/10.1007/s00739-022-00858-w>.

47 BION, Evidence, 309–318.

Resümee

Neuere Forschungen haben gezeigt, dass die Verfolgung von Zielen unbewusst ablaufen kann,⁴⁸ d. h. der gesamte Prozess von der Aktivierung des Ziels bis zum Abschluss kann stattfinden, ohne dass man sich des Ziels bewusst ist. In der Vergangenheit wurde angenommen, dass die Verfolgung von Zielen eng mit dem Bewusstsein verbunden ist. Neuere Forschungsarbeiten wie auch die hier beschriebene Studie legen jedoch nahe, dass Ziele das Verhalten durch Aufmerksamkeit steuern und dass diese Prozesse außerhalb des Bewusstseins einer Person erfolgen können.⁴⁹ Bei chronischen Erkrankungen und affektiv belastenden Situationen müssen diese Faktoren genau berücksichtigt werden, da eine Änderung der Handlungsweise meist sehr schwierig ist, wie auch bei der SARS-CoV-2 Pandemie zu beobachten war. Der Einfluss der Krankheit auf das Leben muss berücksichtigt werden, und umgekehrt muss überlegt werden, welchen Einfluss das Leben auf die Krankheit hat – denn gesellschaftliche Herausforderungen beeinflussen Veränderungsprozesse stark.⁵⁰ Verinnerlichung eines unterstützenden Über-Ichs, adäquate Selbstregulation, subjektive Krankheitswahrnehmung und „Wahrheit“ beeinflussen das (soziale) Verhalten.⁵¹ In ebendiesen großteils unbewussten Prozessen liegt auch die Lösung, da affektives Wohlbefinden, Durcharbeiten⁵² der schwierigen Situationen und vorhandenes Grundvertrauen⁵³ in eine Wiedererrichtung des „epistemic trust“ münden können.

Informationen zur Autorin

Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka, Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
E-Mail: henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

-
- 48 Karin C. A. BONGERS / Ap DIJKSTERHUIS / Russel SPEARS, On the Role of Consciousness in Goal Pursuit, in: *Social Cognition* 28/2 (2010), 262–272, <https://doi.org/10.1521/soco.2010.28.2.262>.
- 49 Ap DIJKSTERHUIS / Loran F. NORDGREN, A Theory of Unconscious Thought, in: *Perspectives on Psychological Science* 1/2 (2006), 95–109, <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00007.x>.PIL.
- 50 Karoline PARTH / Armina HRUSTO-LEMES / Henriette LÖFFLER-STASTKA, Different Types of Traumatization – Inner Pressure, Affect Regulation, Interpersonal and Social Consequences. Implications of Psychoanalytic Theory on the Understanding of Individual, Social and Cultural Phenomena, in: Phillip T. Fenton, Hg., *Psychoanalytic Theory Perspectives, Techniques and Social Implications* (New York 2014), 71–110.
- 51 BONGERS / DIJKSTERHUIS / SPEARS, Role of Consciousness, 262–272.
- 52 Sigmund FREUD, Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (= *Gesammelte Werke* 10, London 1914/1946), 126–136.
- 53 Peter FONAGY, The Internal Working Model or the Interpersonal Interpretive Function, in: *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2002), 27–38, <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486417>.

Agnes Stephenson / Thomas Stephenson

**Was nicht erinnert werden darf,
muss wiederholt werden.
Individualpsychologische und
psychotherapiewissenschaftliche Gedanken zu
Interdependenzen von biografisch-historischem und
menschheitsgeschichtlich-historischem
Wiederholungszwang**

English Title

What must not be remembered must be repeated. Individual psychological and psychotherapeutic thoughts on the interdependencies of biographical-historical and human-historical compulsion to repeat.

Summary

Psychotherapy science is concerned with psychotherapeutic situations and the study of social conditions that affect or promote mental health. This article focuses in particular on research into the socio-cultural factors that influence people on an individual and societal level. The focus on the psychodynamic phenomenon of repetition compulsion is here extended to social phenomena by considering family, socio-cultural, geopolitical and historical contexts. A prominent example is the role of populist reactions to the Corona pandemic, which reinforced regressive tendencies and divisions within society through the loss of the establishment's containing function and through destructive containing of anti-establishment groups.

Keywords

Mental health, Corona pandemic, socio-cultural factors, repetition compulsion, destructive containing

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

Einleitung – das Individuum im Kontext

Die im akademischen Diskurs noch sehr junge Disziplin der Psychotherapiewissenschaft rückt in ihren rezenten Diskursen zwei Forschungsgebiete in den Fokus: Zum einen die psychotherapeutische Situation inklusive psychischer Krankheitsbilder und Outcome-Forschung und zum anderen die Erforschung jener gesellschaftlichen Bedingungen, die psychische Gesundheit fördern oder beeinträchtigen. Bei dem zweiten genannten Forschungsgebiet, mit dem sich der vorliegende Artikel beschäftigt, unterscheiden wir zwischen jenen soziokulturellen Faktoren, die Menschen auf individueller Ebene beeinträchtigen (bzw. zur individuellen psychischen Gesundheit beitragen) und jenen Faktoren, die auf gesellschaftlicher Ebene zu psychischer Gesundheit bzw. Krankheit beitragen. Hier sollen vor allem jene Entwicklungen in den Blick genommen werden, die während der Corona-Pandemie wirksam waren und in einen Kontext gestellt werden, der auf den gesellschaftlichen Wiederholungszwang in Zeiten von Krisen fokussiert. Nachdem das Individuum neben den individuell-biografischen Kontexten auch in familiäre-transgenerationale, soziokulturelle, geopolitische und menscheitsgeschichtlich-historische Kontexte eingebunden ist, ist die Erforschung dieser Kontexte ebenfalls ein Forschungsfeld der Psychotherapiewissenschaft. Seit Beginn des Jahres 2020 ist das Individuum zusätzlich noch in den Kontext einer Pandemie eingebunden, was sich wiederum auf der individuell-innerpsychischen und gesellschaftlich-kollektiv(un)bewussten Ebene auswirkt. Diese beiden Wirkungsebenen sind für Psychotherapiewissenschaftler*innen unauflösbar miteinander verbunden.

Die gesellschaftlichen Wirkfaktoren im 21. Jahrhundert sind aus psychotherapiewissenschaftlicher Sicht von unterschiedlichen Aspekten gekennzeichnet. Das Individuum muss sich in einer globalisierten Welt zurechtfinden, die von Uneindeutigkeit, hybriden Identitätsangeboten und unendlichen Möglichkeiten geprägt ist. Diese Erweiterung des individuellen Bezugsrahmens in schier unvorstellbarem Ausmaß enthält einerseits eine enorme Vielfaltigkeit von Lebens-, Erfahrungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, andererseits wirkt diese Uneindeutigkeit auch beunruhigend und bedrohlich. Die globalen Herausforderungen erfordern ein Umdenken, das den globalen Zusammenhalt in den Mittelpunkt stellt und die (nationalen) Eigeninteressen diesem unterordnet.

Die Wissenslandschaft ist nach wie vor von eurozentristischem Denken geprägt, das als universelles Wissen konstruiert wird und gleichzeitig Wissen aus anderen Kontexten marginalisiert. Reaktionen auf Krisen erfolgen daher stets auf dieselbe Art und Weise und blockieren neue, kreative Lösungsmöglichkeiten. Die Gesellschaft im Globalen Norden wird weiters bestimmt von einem Sozialdarwinismus, der das „Recht des Stärkeren“ in den Mittelpunkt rückt und damit den notwendigen globalen Zusammenhalt für die Bewältigung globaler Krisen verhindert. Neoliberales Denken, das das Handeln in der westlichen Welt prägt, ist bestimmt von kurzfristigen Kosten-Nutzen-Rechnungen und damit nicht geeignet, sich den Herausforderungen in der globalisierten Welt, wie einer Pandemie, dem Klimawandel oder der anhaltenden, kolonialistischen Ausbeutung von Menschen in den Ländern des Globalen Südens zu stellen. Globale Solidarität ist nicht aus einem humanistischen Ideal herausgefordert, sondern bereits aus einem schlichten Selbsterhaltungstrieb: Neoliberalismus, imperiale Lebensweise, Sozialdarwinismus und Eurozentrismus sind gesellschaftliche Denk- und Verhaltensweisen, die die globale

Vernetztheit des Planeten negieren und dadurch das Überleben auf dieser Welt für alle Menschen gefährden.¹

Trieb und Gesellschaft

Ein spezifisches Merkmal der Psychotherapie als Profession und als Wissenschaft liegt in der Diversität der philosophischen, anthropologischen und psychologischen Positionierungen ihrer anerkannten „Schulen“. Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie, humanistische und systemische Psychotherapieschulen, sie alle wurden zwar nach 1991 durch die Einführung des Psychotherapiegesetzes und seiner vielfältigen Folgen in verschiedenen Ebenen „standardisiert“ (indem alle Schulen nach bestimmten Kriterien ihren Theoriehintergrund und ihre ethischen Haltungen, ihre Reglements und Praxisgestaltungen offenlegen und vor Anerkennung ministeriell prüfen lassen mussten), eine „Einheits-Therapie“ oder auch nur ein schulenübergreifender verbindlicher „common ground“ ist aber nach wie vor nicht in Sicht.

Unsere Ausführungen beziehen sich daher vor allem auf Diskurse, die in der individualpsychologischen Version von Psychotherapie(-Wissenschaft) geführt werden. Alfred Adlers Individualpsychologie in ihrer aktuellen Ausprägung steht in der Tradition tiefenpsychologischen Denkens.

In der kürzest möglichen Fassung könnte die Beschreibung einer tiefenpsychologisch orientierten individualpsychologischen Psychotherapie lauten:

Therapeut*innen gehen davon aus, dass Personen in ihre Praxis kommen, die wie sie selbst mit bestimmten Kräften und Energien konfrontiert sind, die sowohl in ihrem Inneren als auch in ihrer menschlichen und nichtmenschlichen Umwelt wirksam werden. Sie gehen ebenso davon aus, dass diese Energien in ihrer menschlichen Version Triebcharakter besitzen, also drängend nach Befriedigung streben. Sie sehen Manifestationen der jeweiligen Persönlichkeiten in allen ihren jeweiligen Wahrnehmungen und Handlungen als Ausdruck der eigenen biografischen Traditionen ebenso wie jener ihrer Familien, ihrer lokalen und nationalen Gruppierungen und letztlich allen historischen Versuchen der Menschheit, mit diesen Kräften umzugehen. Sie versuchen sich in den therapeutischen Prozess so einzubringen, dass die dabei scheiternden, aber sich ständig wiederholenden Versuche in ihrer Struktur und Eigenart immer klarer hervortreten und dann ein Ausweg aus dem Scheitern durch neue korrigierende Erfahrungen gefunden werden kann.

Als Tiefenpsycholog*innen, die sich auf Freud beziehen, reden wir dabei von „Libido“ (als der Energie bzw. Kraft, die nach Verbindung, Zusammenhalt, Aufbau etc. strebt) und von „Destrudo“ (als der Energie bzw. Kraft, die nach Trennung, Zerstörung, Abbau etc. strebt) bzw. von

1 Josef BERGHOLD, Feindbilder und Verständigung. Grundfragen der politischen Psychologie (Wiesbaden 32007); Ulrich BRAND / Markus WISSEN, Imperiale Lebensweise. Zur Ausbeutung von Mensch und Natur im Globalen Kapitalismus (München 2017); Werner WINTERSTEINER, Die Welt neu denken lernen. Plädoyer für eine planetare Politik. Lehren aus Corona und anderen existentiellen Krisen (Bielefeld 2021); Bernd RIEKEN / Brigitte SINDELAR / Thomas STEPHENSON, Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft (Wien–New York 2011).

„chaosfordernden“ und „chaosordnenden“ Kräften.² Und wir rechnen damit, dass alle diese Energien und Kräfte nicht nur in den bewussten, sondern auch in den unbewussten Anteilen der Personen und der Gesellschaft wirken.

Als Individualpsycholog*innen reden wir vor allem von „Macht“, „Wert“ und „Gemeinschaft“, also davon, dass der Mensch angesichts eines existentiellen Minderwertigkeitsgefühls, das vor allem aus dem Ausgeliefert-Sein an seine inneren und äußeren Energien und Kräfte entsteht, ständig zwischen zwei Möglichkeiten des Reagierens entscheiden muss: mehr auf die Möglichkeiten der Überkompensation durch Macht(ausübung) oder mehr auf die Möglichkeiten konstruktiver Kompensation in der Gemeinschaft zu setzen.

Der Tiefenpsychologie im Allgemeinen wie auch der Individualpsychologie im Speziellen liegt bei alldem ein zentraler Gedanke zugrunde: das Postulat der Emanzipation durch Reflexion.

In diesem Sinne zielt Psychotherapie darauf ab, sowohl in der Psyche des Individuums als auch im sozialen Gefüge der Gesellschaft die Struktur und die Eigenart des Umgangs mit allen Energien und Kräften, die auf Trennung oder Verbindung, auf Zerstörung oder Aufbau, auf Chaos oder Kosmos, auf Macht und Unterdrückung oder auf Gemeinschaft und Kooperation ausgerichtet sind, immer bewusster werden zu lassen und sich damit den Weg sowohl aus dem individuellen als auch dem gesellschaftlich-historischen Wiederholungszwängen zu bahnen.

Individuelle und globale Entwicklungsnotwendigkeiten

Dieser Weg ist nicht nur ein mühevoller und steiniger, sondern auch einer, der aus der Sache heraus von Rückschlägen und sisyphusartigen Anläufen geprägt sein muss. Denn die Ausformungen des oben genannten Wiederholungszwanges wurden in den letzten Jahrtausenden immer komplexer und unergründlicher, da sie aus dem Zusammenspiel zwischen bereits sich dem zweistelligen Milliardenbereich nähernden Individuen und dem explodierenden Komplexitätsgrad der lokalen und globalen Strukturen emergieren.

Wenn man überhaupt in dieser Kürze nur einige wenige wesentliche Elemente eines nachhaltigen und universellen Konzepts für den „Ausgang aus der Krise“ in diesem Zusammenhang nennen sollte, dann wären das aus unserer Sicht der Spannungsbogen zwischen Integration / Inklusion / konstruktivem Containment und Desintegration-Dissoziation / Exklusion / destruktivem Containment (siehe nächstes Kapitel). Die Verbindung dieser Begriffe ergibt sich aus einem Grundgedanken, den man als psychotherapeutisches Basiswissen und damit als einen möglichen Grundstein der Psychotherapiewissenschaft sehen könnte.³ Wenn der oben genannte Umgang mit individuellen und gesellschaftlichen Energien und Kräften dem Erhalt der Menschheit dienen soll, muss zunächst ein Bewusstwerden der Spannungen zwischen allen verschiedenen innerhalb des Individuums und der Gesellschaft wirkenden Trieben Platz greifen. Erst

2 Thomas STEPHENSON, Reflektierte Projektivität. Vom „Unbewussten“ zum kommunikativ Verstandenen des Eigenen im Anderen, in: Elisabeth Vykoukal / Michael N. Weiss, Hg., Weltethos und das Unbewusste (Wien 2014), 153–178.

3 Thomas STEPHENSON, Die (traumatisierte) Innere Gemeinschaft. Grundzüge einer spezifisch individualpsychologischen Traumatheorie/Traumatherapie auf der Basis der S-I-C-Paradigmenkonstellation. Teil 1: Die S-I-C-Paradigmenkonstellation, in: Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie 9 (2022), 1–21; DERS., Psychotherapeutische Schulen und Richtungen und die Hoffnung auf Integration/Inklusion. Ein Beitrag der Paradigmenforschung zur Entwicklung der Psychotherapie(wissenschaft). Teil 1: Kern-Paradigmen und das SI C-Paradigma, in: SFU Forschungsbulletin SFU Research Bulletin 10/2 (2022), 79–94.

wenn man die tiefer liegenden Gründe für diese Spannungen in und zwischen Individuen und Gesellschaft(en) besser versteht, kann ein Ringen um integrative, inklusive und kokonstruktive Räume fruchtbar gemacht werden.

Wiederholungszwang in der Krise

Karin Johanne Zienert-Eilts⁴ führte den Begriff des „destruktiven Containments“ in den Diskurs der psychoanalytischen Sozialpsychologie ein und wendete damit das Container-Contained-Modell von Wilfred Bion auf Gruppen- bzw. Gesellschaftssituationen an. In Bezug auf die Corona-Pandemie können die gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse, wie Zienert-Eilts sie aus psychoanalytischer Sicht beschreibt, gedeutet werden. Die soziale Krise, vor die die Corona-Pandemie die Individuen stellte, führte sowohl zu regressiven Tendenzen innerhalb der Bevölkerung, die u. a. in den existentiellen Ängsten und der Unsicherheit begründet lagen, als auch zu Spaltungstendenzen, die Spaltungen einerseits innerhalb der Bevölkerung, andererseits zwischen Bevölkerung und Regierung hervorriefen. Nachdem anfänglich alle Hoffnung auf der Regierung und den Maßnahmen lag und die Bevölkerung der Regierung vertraute, was sich in den ersten weitgehend positiven Reaktionen auf den ersten Lockdown zeigte, ging dieses Vertrauen rasch verloren. Viele Menschen fühlten sich nicht mehr gehört und in ihren individuellen Bedürfnissen nicht verstanden. Die unbewusste Interpretation des Establishments als „gute Mutter“⁵ wurde von einer unbewussten Interpretation des Establishments als „böse Mutter“ verdrängt, die nun als uninteressiert, entfremdet und opportunistisch wahrgenommen wurde. Die Regierung konnte die Ängste, Nöte und Sorgen nicht mehr *containen*, sie konnte sie nicht mehr verständnisvoll aufnehmen, in Aushaltbares verwandeln und wieder an die Bevölkerung zurückgeben. Zusätzlich übernahm sie diese böse Establishment-Mutter-Rolle, indem sie sich zurückzog, durch Härte und Strenge versuchte, die Ordnung aufrechtzuhalten und wenig Bereitschaft zeigte, mit der Bevölkerung gemeinsam nach Handlungsalternativen zu suchen. Dadurch verstärkte sie die Möglichkeiten für populistische Parteien, ein destruktives Containment anzubieten. Von diesen wurden die Ängste und Sorgen der Menschen gehört, verständnisvoll aufgenommen, allerdings dann nicht in etwas Aushaltbares verwandelt und wieder zurückgegeben, sondern verstärkt und in der Funktion eines „guten Vaters“ wurden omnipotente Lösungen versprochen. Die Aggressionen wurden so weiter geschürt und die Polarisierung innerhalb der Gesellschaft vorangetrieben. Dieser zweiphasige Prozess, der aus dem Verlust der Containing-Funktion des Establishments und dem destruktiven Containing durch eine Anti-Establishment-Gruppierung besteht, lässt sich auf unterschiedliche soziale Krisen anwenden und zeigt sich z. B. auch im Umgang mit der Flüchtlingswelle 2015 der AfD. Gekennzeichnet werden diese Prozesse durch unterschiedliche Merkmale. Im Rahmen der Corona-Pandemie wurde schnell klar, dass durch das Schließen der Grenzen und die Rückkehr zu nationalistischer Symbolik eine Scheinsicherheit vermittelt werden sollte, die den Ausbruch

4 Karin Johanne ZIENERT-EILTS, Populismus als destruktiver Container. Eine psychoanalytische Perspektive auf die Gesellschaft, in: Jahrbuch der Psychoanalyse 77 (2018), 175–188.

5 In dem bereits zuvor zitierten Artikel von Karin Johanna Zienert-Eilts führt die Autorin in Anlehnung an Melanie Klein den Vergleich zwischen der frühkindlichen Unterscheidung zwischen „guter“ und „böser“ Mutter gesellschaftstheoretisch weiter, indem sie diese Differenzierung auf das Establishment überträgt.

der Pandemie verhindern, später zumindest abschwächen sollte. Verbunden war diese nationalistische Symbolik mit einer militärischen Metaphorik, die sich z. B. darin zeigte, dass die Präsentation der Gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO) von dem Auftreten eines hochrangigen Bundesheer-Generals im Tarnanzug begleitet wurde.⁶

Implikationen für die Gestaltung psychotherapeutischer Prozesse

Psychotherapeutische Prozesse dürfen nicht nur individuelle Ursachen für psychisches Leid betreffen, sondern müssen als emanzipatorisches Projekt gestaltet werden, das dazu verhilft, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu decouvrieren, die das psychische Leid (mit-) verursachen. Wird Psychotherapie auf diese Weise betrachtet, dann erfüllt sie konsequent die kultur- und gesellschaftskritische Funktion, die bereits zu ihren Anfängen mit Sigmund Freud als konstitutives Merkmal psychotherapeutischer Bemühungen festgesetzt wurde. Die macht- und herrschaftskritische Funktion sowohl von Psychotherapie als auch von Psychotherapiewissenschaft rückt in dieser Lesart in den Vordergrund und lenkt den Fokus kritisch auf ihre eigenen gesellschaftsstabilisierenden Funktionen. Aus diesem Blickwinkel kann Psychotherapie ihr Potential entfalten, gesunde Varianten des Umgangs mit Aggressionen, die sich im Rahmen sozialer Krisen unweigerlich einstellen, zu entwickeln und diese zu kultivieren. Psychotherapie bietet Möglichkeiten von korrektiven Erfahrungen, der Entwicklung eines positiven Selbstbildes und stärkt die Mentalisierungsfähigkeit. Diese Faktoren tragen dazu bei, in sozialen Krisen selbstreflexiv mit den Herausforderungen umzugehen und die eigene Widerstandskraft zu stärken. Durch die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich immanenten Differenzierungs- und Diskriminierungspraxen, mit institutioneller und struktureller Gewalt und mit den Auswirkungen einer globalisierten Welt mit all ihren Möglichkeiten und Bedrohungen innerhalb der Psychotherapie kann einerseits ein Bewusstsein für die eigenen verdrängten Ängste geschaffen und andererseits das individuelle Leid jenseits von Pathologisierungen in einen gesellschaftspolitischen Kontext gestellt werden. Emanzipatorische, diskriminierungs- und herrschaftskritische Psychotherapie(wissenschaft) kann so dazu beitragen, die Interdependenzen zwischen dem individuellen Leid und gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsstrukturen sichtbar zu machen und damit auch die eigene Verwobenheit in diese kritisch zu beleuchten.

6 Agnes STEPHENSON, Populismus als destruktives Containment. Psychotherapiewissenschaftliche Zugänge zu einem gesellschaftlichen Phänomen, in: Thomas Stephenson, Hg., 2. Linzer Forschungstag (Münster 2023), in Druck.

Resümee

In der Diskussion, die wir hier bezüglich jener Faktoren geführt haben, die auf gesellschaftlicher Ebene zu psychischer Gesundheit bzw. Krankheit beitragen, beschränkten wir uns zunächst vor allem auf einige Anmerkungen zur Rolle konstruktiver und destruktiver Energien und Kräfte auf Gesellschaftsebene und bezogen uns im Weiteren hauptsächlich auf das Beispiel populistischer Reaktionen auf die Corona-Pandemie. Die angedeuteten Beziehungen zwischen den Themen Integration/Inklusion und Containment konnten wir in diesem Rahmen auch nur mit einigen Gedanken zum destruktivem Containment illustrieren. Die von uns geforderte emanzipatorische, diskriminierungs- und herrschaftskritische Psychotherapie(wissenschaft) muss sich auf dieses komplexe Feld der Wechselwirkungen zwischen sozialem bzw. gesellschaftlichem Wiederholungszwang und den Diskursen von Inklusion/Exklusion einlassen und dabei v. a. der Rolle und den Möglichkeiten der Integration der oben genannten Energien und Kräfte auf den interdependenten Ebenen des Individuellen und des Sozialen nachgehen. Dem widmen sich die Autor*innen dieses Beitrags im Rahmen der laufenden Forschungsaktivitäten des Linzer Institutes für Grund- und Anwendungsforschung in der Psychotherapiewissenschaft (LIGA).

Informationen zu den Autor*innen

Mag.^a Agnes Stephenson MA, Univ.-Ass.ⁱⁿ am Linzer Department für Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud PrivatUniversität, Adalbert Stifter Platz 2, 4020 Linz
E-Mail: agnes.stephenson@sfu.ac.at

Univ. Prof. Dr. Thomas Stephenson, Professor für Psychotherapiewissenschaft am Linzer Department der Sigmund Freud PrivatUniversität, Adalbert Stifter Platz 2, 4020 Linz
E-Mail: thomas.stephenson@sfu.ac.at

Rezensionen

Annemarie Kinzelbach, München (Rez.)

**Marina HILBER / Elena TADDEI, Hg.,
In fürstlicher Nähe – Ärzte bei Hof (1450–1800)**
(= Innsbrucker Historische Studien 33, Innsbruck 2021: Innsbruck
University Press), 330 S., EUR 32,90.
ISBN 978-3-99106-030-7

Die kulturelle und soziale Vielfalt eines Daseins sowie einer Tätigkeit als Stadtarzt ist bereits mehrfach deutlich geworden.¹ Der vorliegende Band füllt nun eine Forschungslücke für ein breites Spektrum europäischer „Hof- und Leibärzte“, die durchaus auch als Stadtärzte wirken konnten: Eine gemeinsame Darstellung der Untersuchungsergebnisse zu kultur- und sozialgeschichtlichen Fragestellungen führt nun eindrucksvoll vor, wie verschieden die Lebens- und Karrierewege sowie Tätigkeiten derjenigen Ärzte waren, deren „Kerngeschäft“ die Herausgeberinnen als „Wiederherstellung fürstlicher Gesundheit“ definieren (S. 9).

Der anspruchsvolle Inhalt des Themenbandes erscheint im bescheidenen Kleid der seit 1978 produzierten Innsbrucker Historischen Studien. Ausgehend von einer internationalen Tagung in Innsbruck im Jahre 2019,² haben die Kolleginnen im Institut für Geschichtswissenschaften und europäische Ethnologie, Marina Hilber und Elena Taddei, ein eindrucksvolles Team von 15 Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen vereint, um wichtige Aspekte des zentralen Untersuchungsgegenstandes „Ärzte bei Hof“ in der Vormoderne abzudecken. Wie die Herausgeberinnen in ihrem aufschlussreichen einführenden Artikel betonen, verband die Bedeutung persönlicher Netzwerke alle Artikel als wesentliches Element. Obgleich ein deutlicher Schwerpunkt auf habsburgischen Höfen liegt, zeigt die Gesamtheit der Beiträge eine geographisch, zeitlich und methodisch breite Streuung. Dies macht deutlich, dass hier eine Zusammenschau von Ergebnissen angestrebt wird, die häufig nur in räumlich, zeitlich oder fachlich spezialisierten Zusammenhängen publiziert werden.

Christof Paulus steckt gleich zum Auftakt (S. 21–51) den breiten geographischen Rahmen ab zwischen Nord-, Süd-, Mittel- und Osteuropa für seine Ausführungen zum „Hofarzt“ bzw. fürstlichen Arzt als Kommunikator. Er schlägt vor, die variierenden Quellenbegriffe durch eine vereinheitlichende neue Bezeichnung zu ersetzen (S. 35–36). Als Protagonisten wählte er Ärzte der Übergangsperiode zwischen dem späten 15. und dem frühen 16. Jahrhundert aus, deren Selbstbild, Mobilität und Karrierechancen er als ebenso essentiell einschätzt wie ihre Funktion für das höfische Netzwerk. Seine Wahl umfasst mobile handwerklich ausgebildete Chirurgen ebenso wie studierte Ärzte, die sich als gelehrte Humanisten präsentierten. Zwar kennzeichnet eine „höfische Karriere“ seine Beispiele (S. 30), aber die Auswahl ist nicht methodisch begründet, sondern fungiert als Überblick. Folgerichtig weist seine Feststellung

1 Andrew MENDELSON / Annemarie KINZELBACH / Ruth SCHILLING, Hg., *Civic Medicine. Physician, Polity and Pen in Early Modern Europe* (London 2019/2020).

2 Vgl. den Tagungsbericht <https://www.hsozkult.de/conferencereport/id/fdkn-127067> (letzter Zugriff: 19.05.2023).

einer europäischen „Dimension und Fluktuation des spätmittelalterlichen Hofärzteswesens“ auf ein Forschungsdesiderat.

Mit zeitlichem Schwerpunkt auf dem späten 15., dem 16. sowie dem frühen 17. Jahrhundert fokussieren die folgenden vier Beiträge einzelne Ärzte an verschiedenen Höfen in Mittel- und Südeuropa. Allerdings zielen sie nicht auf eine traditionelle Biographie. Vielmehr stehen Aspekte wie hohe Mobilität, das Knüpfen und Nutzen persönlicher und professioneller Verbindungen sowie die Verschiedenheit der Tätigkeiten im Mittelpunkt. Entscheidend von der jeweiligen Hofkultur geprägt, trugen die einzelnen Ärzte ihrerseits mit ihrem Wissen und ihren Verbindungen zur jeweiligen Hofgemeinschaft bei. Wie Sabine Herrmann am Beispiel von Marcello Donati am Herzogshof in Mantua zeigt, konnte die Karriere eines Arztes durchaus auch zu einer Tätigkeit außerhalb der Medizin führen (S. 46–51). Alessandra Quaranta zeichnet den Weg vom Stadtarzt im heute italienischen Rovereto zum Arzt an verschiedenen, vor allem habsburgischen Höfen (S. 53–57) nach. Detaillierte Aufzeichnungen des jeweiligen Arztes ermöglichen es Quaranta (S. 57–72), ebenso wie Michael Stolberg (S. 93–110), die ärztliche Tätigkeit im höfischen Kontext der Habsburger sowie deren Abhängigkeit von persönlicher und professioneller Kommunikation zu untersuchen. Für die ärztliche Karriere und die Tätigkeit konnten sowohl Hof- als auch Familienmitglieder ausschlaggebend sein, dies unterstreichen Stolberg (S. 100–103) und Markus Michalski (S. 86–89). Den Einfluss der Tätigkeit als Leibarzt auf das jeweilige Einkommen des Arztes beurteilen Michalski und Stolberg jedoch gegensätzlich.

In Katharina Seidls Beitrag steht die Kultur des Tiroler Erzherzoghofes Ferdinand II. im Mittelpunkt. Ferdinands überlieferte Sammlung an Handschriften, Objekten und Druckschriften im Schloss Ambras demonstriert einerseits, wie sich höfisches Interesse an (medizinischem) Wissen materialisieren konnte (S. 111–126). Andererseits sind es genau solche Materialien, die historische Analysen erlauben.

Mit ärztlicher Korrespondenz als wichtigster Quelle lenkt Ulrich Schlegelmilch den Blick von katholischen Höfen auf „protestantische Territorien des Heiligen Römischen Reiches“ (S. 128, 146). Im Mittelpunkt stehen drei politisch aktive Ärzte und anhaltische Fürsten sowie deren wichtige Rolle während der konfessionellen Auseinandersetzungen im 16. Jahrhundert (S. 129–143). Allerdings kritisiert Schlegelmilch „den Mythos von der ‚Macht der Leibärzte‘“ (S. 144) und unterstreicht, dass politischer Einfluss weit weniger aus der direkten, leiblichen Betreuung hervorging als vielmehr aus einer institutionellen Einbindung. Er warnt vor pauschalen Zuschreibungen und empfiehlt einen differenzierten Zugang, der bereits die Frage klärt, warum und wie ein Einzelner zum Hof- oder Leibarzt wurde (S. 145–146).

Die Karriere von Ulf Wendlers „Leibarzt“ spielte sich gleichfalls im nördlichen, lutherischen Mitteleuropa ab. Allerdings bildete hier die Tätigkeit an Höfen der Braunschweiger eher eine wichtige Station auf dem Weg zum Universitätslehrer und Stadtarzt in Hamburg (S. 149–159). Diesen Weg prägten ebenso sehr familiäre und professionelle Beziehungen wie das Abfassen von Seuchenschriften für das welfische Territorium.

Mit den Ärzten an Höfen im 17. Jahrhundert befassen sich die folgenden Beiträge. Neben den leitmotivisch den Band kennzeichnenden professionellen Netzwerken stellt Marion Mücke die extrem wichtige Rolle familiärer Verbindungen dar, die für einen kurfürstlich brandenburgischen Hofmedikus ebenso ausschlaggebend die Karriere am Hof bestimmten wie ein Gespür für aktuelle Fragestellungen in der Gemeinschaft der Naturkundler. Karrieren von Ärzten an Höfen in Frankreich stellen Dorit Brixius und Benjamin Steiner dar. Brixius unterstreicht für

den Aufstieg zum Hofarzt die wichtige Rolle der Vertrauensbeziehung zwischen dem Arzt und seiner überwiegend weiblichen Patientenklientel, zu der neben Madame de Sablé vor allem adlige Nonnen und primär weibliche Mitglieder des „Grand Siècle“ gehörten. Die Basis gebildet habe eine gemeinsame religiöse Zielsetzung (verbunden mit Dienstleistungen als Sekretär), ebenso sehr eine einfühlsame medizinische Betreuung (S. 195–203). Auch Benjamin Steiners Beitrag zu politischen Funktionen von Ärzten am französischen Hof von Versailles trägt dazu bei zu zeigen, wie wenig Ärzte im höfischen Kontext des 17. Jahrhundert auf ihre Rolle als medizinische Experten eingeschränkt blieben, obwohl ärztliche Behandlung und Vorsorge nicht nur vom politischen System geprägt wurden, sondern sich auch auf dieses auswirkten.

Vom späten 17. bis in die ersten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts waren hochmobile griechische Ärzte aktiv, deren interkulturellen Vermittlungsarbeit Stefano Saracino unterstreicht. Die ausgewählten Protagonisten vermittelten zwischen osmanischen, ungarischen, böhmischen oder habsburgischen Höfen, häufig in beide Richtungen, und trugen darüber hinaus zur Etablierung der „Wiener Griechengemeinde“ bei.

Im zweitletzten Artikel des Bandes beschreiben Elisabeth Lobenwein und Alfred Stefan Weiß die unterschiedlichen Aktivitäten eines streitbaren Arztes, der nicht nur – wie viele seiner in den vorhergehenden Beiträgen beschriebenen Professionsgenossen – am Fürstenhof und in der Universität sowie als Autor tätig war, sondern den Übergang vom Arzt „bei Hof“ zum „Protomedikus“ des Zentralstaates mit vollzog.

Abschließend untersucht Julia Carina Böttcher ganz explizit Aktionsfelder von drei Leibärzten, deren Tätigkeit als medizinische Autoren sich schon in ihrer Berufung zum Mitglied der Leopoldina widerspiegelt. Wie in den vorhergehenden Beiträgen zeigt sich auch hier eine Vielfalt von sozialen, professionellen und politischen Einbindungen und Aufgaben.

Die in diesem Band publizierten Beiträge machen einerseits die Vielfältigkeit der Daseins- und Aktionsmöglichkeiten deutlich, die sich hinter dem allzu vereinfachenden Begriff des Leibarztes verbergen. Andererseits ist nicht zu übersehen, welcher Erkenntnisgewinn durch historische Methodik möglich wird, insbesondere die Untersuchung von Aspekten wie Patronage und Netzwerken, wenn diese mit der Erschließung von vernachlässigten Quellenmaterialien verbunden wird.

Christina Vanja, Kassel (Rez.)

**Robert OFFNER / Thomas ŞINDILARIU, Hg.,
Schwarzer Tod und Pestabwehr im
frühneuzeitlichen Hermannstadt**

(= Quellen zur Geschichte der Stadt Hermannstadt 6, Bonn 2021:
Schiller Verlag), 231 S., EUR 19,90.
ISBN 978-3-946954-86-6

Mit dem hier vorzustellenden Band greifen der Regensburger Arzt Robert Offner und der Kronstädter Archivar Thomas Şindilariu nicht nur ein zurzeit angesichts der SARS-CoV-2 Pandemie besonders aktuelles Thema auf, sondern stellen vor allem medizinhistorische Quellen vor, die einem bislang eher wenig bekannten deutschsprachigen Raum entstammen. Hermannstadt, das heute rumänische Sibiu und Kulturhauptstadt Europas, bildete seit dem 13. Jahrhundert dank eines regen Handels und Gewerbes den florierenden Zentralort der Siebenbürger Sachsen, Siedlern, die, soweit bekannt, aus dem westdeutschen Raum kamen. In der behandelten Zeit gehörte Siebenbürgen zum Königreich Ungarn, später wurde die Region im Rahmen der österreichisch-ungarischen Doppelmonarchie „Transleithanien“ (jenseits der Leitha) zugeordnet. Der Band knüpft an die erstaunliche Tatsache an, dass Hermannstadt 1510 von der in der ganzen Region wütenden Pest verschont blieb. Dieses Glück verdankte die Stadt einem klug agierenden Stadtreiment, das den Empfehlungen des Stadtphysikus Johann Salzmann folgte. Dieser publizierte seine Pestschrift zuerst 1510 in lateinischer, dann 1521 in deutscher Sprache. Beide Fassungen sind zusammen mit den späteren Ordnungen von Sebastian Pauschner (1530 / Abschrift des 17. Jahrhunderts) und Johann Stubing (1561), zwei nachfolgenden Stadtärzten von Hermannstadt, als Faksimile wiedergegeben. Alle „Regimina“ forderten vor allem die Quarantäne für die Stadt und, dem heutigen Sprachgebrauch folgend, ein „social distancing“ innerhalb derselben. Viele Formen des Zusammenkommens wurden untersagt: Schulunterricht und Geschäftsgespräche, Marktbesuche, Hochzeitsfeiern und Gottesdienste in kleinen Kirchen. Große Feuer sollten die vermuteten Krankheitserreger ebenso wie Gebete zu Gott vertreiben. Wichtig war allen Autoren ebenso die private Gesundheitspflege und die Stärkung des „Immunsystems“. Hierbei galt es der aus der Antike stammenden Diätetik zu folgen und auf Essen und Trinken, Bewegung, Schlaf, den Stoffwechsel und nicht zuletzt auf eine positive Grundstimmung (z. B. mit Hilfe der Musik) zu achten. Schließlich wurde auch eine besondere Pestarznei empfohlen.

Der Wiedergabe der drei Hermannstädter Pestschriften gehen einleitende Beiträge zu den Hintergründen der Publikationen voraus. Sehr hilfreich sind hierbei die medizinhistorischen Erläuterungen des Kölner Medizinhistorikers Klaus Bergdolt. Er verweist auf die grundlegende Bedeutung der antiken Vier-Säfte-Lehre bzw. der Humoralpathologie. Demnach barg vor allem ein Überschuss an Hitze und Feuchtigkeit im Körper und in der Umwelt für Mensch und Tier eine hohe Infektionsgefahr. Empfohlen wurden daher Aderlässe zur Reduktion schädlicher, nämlich heißer und feuchter Säfte, kühlende Speisen ohne Obst und Fisch, ein kaltes und trockenes Ambiente, Vermeidung von körperlicher Erhitzung durch Sport bzw. Sexualität, kurz ein allge-

mein maßvolles Leben, und zur Vertreibung giftiger Ausdünstungen (Miasmen) durch Räucherungen und Duftstoffe (z. B. Gewürznelken). Prophylaktisch konnten Theriak und Mithridat als geheimnisvolle und teure Substanzmischungen eingenommen werden. Empfohlen wurde beim Krankenbesuch die Reinigung der Hände mit Essig oder Wein. Dagegen war im 16. Jahrhundert von den heute gerne erwähnten Pestmasken keine Rede. Frauen waren als feucht-warme Lebewesen besonders gefährdet, insbesondere zur Zeit von Schwangerschaft und Menstruation; dennoch versorgten gerade sie die Erkrankten und gingen damit ein hohes Risiko ein. Das Quarantänesystem mit der daraus abgeleiteten Isolierung manifest Erkrankter (insbesondere auf Inseln) stammte aus den Hafenstädten Italiens und wurde seit dem 14. Jahrhundert bis in das 19. Jahrhundert hinein gepflegt. Die Idee einer Krankheitsübertragung durch Mikroorganismen konnte ebenso wenig wie die Idee des „contagium vivum“, also einer Erregerübertragung von Mensch zu Mensch, in der Frühen Neuzeit nachgewiesen werden. Dagegen blieb der Blick zu den Gestirnen für die meisten Ärzte plausibel, welche die Interaktion der Lebensäfte bei Mensch und Tier von astrologischen Einflüssen bestimmt sahen. Nicht zuletzt spielten ethische Fragen (körperliche Nähe zu den Patienten oder Flucht aus den Pestregionen?) für die (akademischen) Ärzte eine Rolle. Tatsächlich wurden jedoch die meisten Pestopfer von ihnen gar nicht behandelt, auch wenn sie vor Ort blieben. Denn die medizinischen Hilfen blieben bis zur Entdeckung der Pestbazillus 1895 begrenzt.

Der folgende Beitrag von László András Magyar, Medizinhistoriker in Budapest, folgt der Geschichte der zahlreichen Pestepidemien in Siebenbürgen, die seit 1454 und bis 1829 fast für jedes Jahr überliefert sind. Einer aufschlussreichen Sage entsprechend tauchte der Rattenfänger aus dem niedersächsischen Hameln, der die von ihm gelockten Kinder in eine Höhle geführt hatte, just in Siebenbürgen wieder aus dem Erdreich auf. Tatsächlich jedoch scheinen die Epidemien eher in Kontakten mit dem Osmanischen Reich und anderen Nachbarländern begründet gewesen zu sein. Offensichtlich schützten sich nur die Städte durch Sperren, während die Landbevölkerung der Ansteckungsgefahr ohne Grenzziehungen ausgeliefert blieb. Während, so 1588 in Kronstadt, Leichenträger die Toten aus der Stadt brachten, kümmerten sich Frauen durch Hausbesuche und Wundärzte und Krankenpfleger in Pestlazaretten um die Erkrankten. Das erste siebenbürgische Krankenhaus wurde 1757 in Temeswar errichtet. Im 18. Jahrhundert zählte man trotz zahlreicher hygienischer Verbesserungen immerhin über 25.000 Todesfälle, aber auch 3.559 geheilte Personen in Siebenbürgen.

Im dritten einleitenden Beitrag stellt Robert Offner die Hermannstädter Stadtärzte als Verfasser der abgedruckten Pestordnungen im Einzelnen vor. Stadtärzte gab es hier bereits im 13. Jahrhundert. Sie mussten, obwohl zum Rat gehörend, nicht unbedingt deutscher Herkunft sein. Sie studierten u. a. in Heidelberg, Wien und Krakau sowie in Padua und Bologna. Insbesondere Johann Salzmann konnte seinen Erfolg in Hermannstadt für die weitere Karriere nutzen und wurde Professor in Wien sowie Leibarzt des Erzherzogs Ferdinand I. Als dessen Begleiter gelangte er sogar nach Brügge, wo er am Hof Kaiser Karls V. mit Erasmus von Rotterdam zusammentraf. Der Autor weist zudem darauf hin, dass die Salzmannsche Pestordnung auch als eine Vorläuferin der ersten allgemeinen Medizinalordnung des Habsburgerreiches zu gelten hat. Die einzelnen Passagen bestätigen das von Bergdolt vorgestellte zeitgenössische Verständnis der Pest und ihrer Behandlung, ergänzen sie aber durch mancherlei medizinhistorisch interessante Details und Varianten. So sollte man die Toten nicht, wie üblich, küssen, und man lehnte in Hermannstadt z. B. die Beurteilung der Pest als Strafgericht Gottes ab, da man deren Ursachen ja letztlich nicht kenne.

Zusammenfassungen in rumänischer, ungarischer und englischer Sprache sowie eine ausführliche Literaturliste schließen den, trotz einzelner Überschneidungen, sehr zu empfehlenden Band ab. Er behandelt eine deutschsprachige Grenzregion, die sich medizinisch nicht nur auf der Höhe ihrer Zeit befand, sondern sogar ein Vorbild war, das es medizin- und sozialhistorisch zu berücksichtigen gilt.

Christian M. König, Regensburg (Rez.)

**Gerhard AMMERER / Carlos WATZKA,
Der Teufel in Graz.**

**Besessenheit und Exorzismus am
innerösterreichischen Habsburgerhof 1599/1600**
(= Quellen zur geschichtlichen Landeskunde der Steiermark 32,
Graz u. a. 2021: Leykam Buchverlag), 548 S., EUR 39,00.
ISBN 978-3-7011-0469-7

Der Teufel in Graz ist ein Hybrid – nicht der Dämon selbst (wobei: wer weiß das schon genau?), dafür aber die gewichtige Studie, die ihm jüngst gewidmet wurde. Im Zentrum der Arbeit von Gerhard Ammerer und Carlos Watzka steht eine über 100 moderne Druckseiten starke kritische Edition: Paulus Knorr von Rosenrodt (1568/69–1639), seinerzeit erster Hofkaplan am Grazer Hof, berichtete in seiner *Beschreibung außgetriebener bösser Geister* über drei Fälle dämonischer Besessenheit, die 1599 und 1600 in Graz exorziert wurden. Die heute im Diözesanarchiv Graz-Seckau verwahrten 433 Manuskriptseiten bieten Informationen aus erster Hand, war ihr Autor doch führend an den Teufelsaustreibungen beteiligt.

Ab dem Frühjahr bzw. Frühsommer 1599 behandelte Paulus Knorr von Rosenrodt in Graz zwei Frauen wegen dämonischer Besessenheit. Auch wenn sich die Fälle zeitlich überschneiden und jeweils die nämliche Diagnose gestellt wurde, unterschieden sich beide Exorzismen erheblich: Während Maria Eichhorn der lokalen Oberschicht angehörte und über ihren Mann mit dem erzhertzoglichen Hof in Verbindung stand, stammte Katharina Herbst aus dem unter- oder kleinbäuerlichen Milieu des Grazer Umlandes. Die Statusdifferenz der Frauen fand ihren Niederschlag einerseits in den angewandten exorzistischen Praktiken und andererseits in der Art und Weise der Berichterstattung durch Knorr: Während er im ersten Fall der einzige Exorzist blieb, die Behandlung der Betroffenen ausschließlich in Privathäusern stattfand und das familiäre Umfeld der Maria Eichhorn in den Aufzeichnungen des Hofkaplans weitgehend ausgespart blieb, ging man bei der aus einfachen Verhältnissen stammenden Katharina Herbst weniger diskret vor. So war sie mit einem ganzen Exorzisten-Team konfrontiert, das seine Bemühungen in verschiedenen Kirchen der Residenzstadt und des Umlands teilweise öffentlichkeitswirksam inszenierte und dabei auch vor physischer Gewaltanwendung nicht zurückschreckte. Zudem beschrieb Knorr von Rosenrodt relativ ausführlich die lange Vorgeschichte ihres Leidens sowie ihr prekäres soziales Umfeld. Fast folgerichtig drohte diese Dämonenaustreibung dann zeitweise in eine Hexereianklage gegen die Eltern der Katharina Herbst und einen involvierten „Bauernheiler“ umzuschlagen.

Im Frühjahr des folgenden Jahres entwickelte sich ein dritter Fall: Der erst vor kurzem in Graz aufgetauchte Jesuitenzögling „Heinrich von Mesyn“ legte ein auffälliges Verhalten an den Tag und gab auf Befragung an, seine Seele in einer Notsituation dem Teufel verschrieben zu haben. Seitdem werde er von Dämonen geplagt. Es handelte sich hier nicht um eine Besessenheit im strengen Sinne des Wortes, sondern um eine dämonische Exposition nach dem

Teufelsbund. Durch Beschwörungen und geistlichen Beistand gelang es den Jesuiten – die Knorr als mittlerweile erfahrenen Exorzisten um Unterstützung gebeten hatten – den „Vertrag“ vom Teufel zurückzuerhalten und anschließend auf dem Altar der Hofkirche St. Ägydus zu verbrennen. Mit plausiblen Argumenten stützen Ammerer und Watzka die ältere These, dass es sich bei „Heinrich von Mesyn“ wohl um einen betrügerischen Trittbrettfahrer handelte, der seine dämonischen Anfechtungen bewusst fingierte.

Gerahmt wird die Edition der gerade zusammengefassten Quelle durch einleitende, kontextualisierende, paraphrasierende und erläuternde Paratexte, die annähernd den vierfachen Umfang der Edition aufweisen. Diese Serviceleistung für den Leser begründen die Autoren nicht zuletzt mit inhaltlichen und stilistischen Unzulänglichkeiten der Ausführungen Knorrs, die Erklärungen und Einordnungen unumgänglich erscheinen lassen. Ganz offensichtlich gehörte die Formulierung eines gut lesbaren und logisch konsistenten Textes nicht zu den Stärken des erzherzoglichen Hofkaplans, von dem wohl nicht zufällig keine einzige gedruckte Publikation bekannt ist (S. 93). Davon abgesehen wird die moderne Leserschaft der Studie auch angesichts des vielschichtigen und sperrigen Themas „Exorzismus“ – angesiedelt im Grenzbereich von Geschichtswissenschaft, Theologie, Psychologie, Medizingeschichte und Volkskunde – für die orientierenden Erläuterungen dankbar sein. So bieten Ammerer und Watzka erstens eine fundierte allgemeine Einführung in das frühneuzeitliche Konzept „Exorzismus“, stellen zweitens die gesellschaftlich-konfessionell-politische Situation Innerösterreichs um 1600 detailliert dar und analysieren drittens die Quelle in prosopographischer, topographischer, diskursanalytischer und praxeologischer Perspektive. Neben die Edition tritt so faktisch eine Forschungsmonographie, in der die Autoren durchaus thesenstark ein Interpretationsangebot machen.

Die in der Quelle geschilderten Ereignisse fallen chronologisch mit dem Höhepunkt der Auseinandersetzungen zwischen einer evangelisch-adelig-bürgerlichen Opposition und der katholisch-erzherzoglichen Zentralgewalt zusammen. Die in diesem Umfeld ostentativ durchgeführten Beschwörungen demonstrierten zunächst einmal eindrucksvoll die Wirksamkeit der katholischen Rituale. Darüber hinaus suggeriert der Knorrtext aber auch eine auffällige Affinität des Teufels zum Protestantismus: Die Besessenheit der Maria Eichhorn wird auf eine dämonische Kontamination ihres Wohnhauses durch protestantische Vorbesitzer zurückgeführt (S. 137), Heinrich von Mesyn habe vor der rettenden Konversion zum Katholizismus der „Lütherischen Sect“ (S. 457) angehört und ein Katharina Herbst plagender Teufel wollte Calvin und Luther in der Hölle getroffen haben (S. 479). Eine konfessionspolitische Instrumentalisierung der Exorzismen wird hier überdeutlich, sie ist das Kernargument der insgesamt überzeugenden Deutung der Quelle durch Ammerer und Watzka.

Im Rahmen dieser Interpretation wird auch die rege Anteilnahme der innerösterreichischen Habsburger an den aufwändigen und sich über Monate hinziehenden Teufelsaustreibungen nachvollziehbar. Die Anwesenheit zahlreicher Familienmitglieder bei Beschwörungsversuchen, die vielfältige materielle Unterstützung durch den Hof und das persönliche Aktivwerden des erst 13-jährigen Erzherzogs Leopold als Exorzist resultierten keineswegs ausschließlich aus persönlicher Frömmigkeit – obwohl diese natürlich eine wichtige Rolle gespielt haben mag. Vielmehr steckte dahinter auch ein Kalkül, die spektakulären Vorgänge in der Auseinandersetzung mit dem konfessionellen Gegner propagandistisch auszuschlachten.

Etwas schleierhaft bleibt im Rahmen des vorliegenden Deutungsangebots einzig und allein die „Heilung“ der beiden wohl wirklich psychisch kranken Frauen. Knorr berichtet jeweils von einem Erfolg seiner exorzistischen Bemühungen – die von Dämonen verursachten somatischen

Beschwerden, Verhaltensauffälligkeiten und Anfechtungen verschwinden. Hält man – mit Ammerer und Watzka – die dämonische Besessenheit für ein Konzept, dem keine objektive Realität zugrunde liegt, erscheint diese Feststellung als Skandal, dem man nur durch Hilfs-hypothesen – wie z. B. einem spontanen Abklingen der Symptome – die Spitze nehmen kann. Allerdings deutet die edierte Quelle noch eine andere mögliche Erklärung an: Liest man genau, ist Katharina Herbst auch nach dem abgeschlossenen Exorzismus keineswegs psychisch unauffällig. Sie hat wie zuvor Visionen – nur werden diese von ihrem sozialen Umfeld jetzt als himmlische Eingebungen gedeutet (S. 452–453). Der Exorzismus veränderte also weniger die Exorzierte als vielmehr deren Wahrnehmung durch ihre Mitmenschen.¹

Die von Ammerer und Watzka vorgelegte Kombination aus kritischer Edition und Forschungstext erschließt, kontextualisiert und interpretiert Paulus Knorr von Rosenrods *Beschreibung außgetriebener bösser Geister* in vorbildlicher Weise. Den kleinen Wermutstropfen, dass die multiperspektivische Analyse des Quelleninhalts zu gelegentlichen inhaltlichen Redundanzen führen muss, wird die Leserschaft angesichts der detaillierten Informationen zu Einzelaspekten und der klug wägenden Gesamturteile der Verfasser gerne in Kauf nehmen. Dass eine derart auf die leserfreundliche Erschließung einer Quelle angelegte Monographie über ein Orts- und Personenregister verfügt, ist selbstverständlich. Lobend erwähnt werden muss dagegen die fast 60-seitige tabellarische Quellenübersicht, die eine schnelle Orientierung in Knorrs etwas wirren Ausführungen ermöglicht. Nicht zuletzt überzeugt das Buch durch die zahlreichen farbigen Abbildungen in guter Qualität, die gerade angesichts des günstigen Preises der Publikation bemerkenswert erscheinen.

1 Vgl. zu dieser Interpretation die Analyse eines Exorzismus des 19. Jahrhunderts bei Johann KIRCHINGER, *Gefährlicher Gott, riskanter Teufel, normalisierter Mensch. Katholische Kontingenzdispositive im 19. Jahrhundert (= Religiöse Kulturen im Europa der Neuzeit, Bd. 21, Göttingen 2022)*, 61–69.

Sabine Jesner, Graz (Rez.)

Marcel CHAHROUR,
Der Medizinische Orient.
Wien und die Begegnung der europäischen Medizin mit dem
Osmanischen Reich (1800–1860)
 (= MedGG Beiheft 81, Stuttgart 2022: Franz Steiner Verlag),
 402 S., EUR 70,00. ISBN 978-3-515-13193-3

Wirft man einen Blick auf den ersten Teil des Titels des hier zu rezensierenden Fachbuchs ist man verleitet viel weiter in die Vergangenheit zu blicken, als dies das vorliegende Buch intendiert. Mit dem Begriffspaar eines „Medizinischen Orients“ werden von einem breiten Publikum vordergründig die Leistungen und Impulse einer arabischen Medizin auf die europäisch westliche Medizin assoziiert. Es wird sogleich an medizinische Wissenstransfers seit dem ausgehenden Mittelalter aus der islamisch arabischen in die christlich europäische Sphäre gedacht. Der Untertitel der Studie hingegen macht sofort deutlich, dass das vorliegende Werk etwas Neues und Innovatives bietet. Zwar setzt die gewählte Perspektive gleichermaßen auf eine Begegnung zwischen „Orient“ und „Okzident“, jedoch definiert sich diese als vielgestaltig reziprok. Ein Zugang, welcher in der Forschungsliteratur durchwegs unterrepräsentiert ist und sich zu Vertiefung und Weiterentwicklung gleich mehrerer dynamischer Forschungsfelder nahezu aufdrängt: wobei die Medizingeschichte und die Wissenschaftsgeschichte als „Profiteure“ besonders hervorgehoben werden müssen. Ertragreiche Impulse kann dieses Buch zudem für Phänomene des Wissenstransfers und der Orientalismuse debatte liefern. Die umfangreiche Studie ist aus der Dissertation des Autors hervorgegangen.

Der Autor setzt die habsburgische Metropole Wien in Verbindung mit den Aktivitäten europäischer habsburgischer Ärzte im Osmanischen Reich seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts. Der „Medizinische Orient“ erfindet sich neu als internationales Betätigungsfeld für diese Mediziner, welche in folgedessen ein besonderes Interesse für die medikale Kultur des Osmanischen Reichs entwickeln. Der Autor definiert das Osmanische Reich als Projektions- und Erfahrungsraum für europäische Ärzte, wobei der geographische Raum des Osmanischen Reiches über Nordafrika, den Nahen Osten bis Südosteuropa als konstruierter „Orient“ zugleich spannend und beängstigend erfahren wird.

Aus der Arbeitsthese des Autors erfahren wir, dass er zeigen will, wie sich geographisch-topographische Beobachtungen und historische Untersuchungen in die Geschichte der Medizin jener Zeit eingeschrieben haben. Der Arzt dieser Medizin des „Zeitalters der Diskontinuität“ so der Autor, integrierte die Historie in seine Krankheitsbeschreibungen ebenso wie Klimatologie und physische Geographie. Aus dieser Vermengung von Wissensgebieten entsteht der „Medizinische Orient“, der im Sinne der damaligen Ärzte seine eigene Konstitution und seine spezifischen Eigenschaften hat.

Ausgehend von den sich wandelnden medizinischen Systemen im 19. Jahrhundert gliedert der Autor seine Arbeit nach besonderen ins Auge fallenden Erkrankungen und medizinischen Techniken. Den Anfang macht ein Kapitel zur Etablierung der chirurgischen Therapiemethode

des Gipsverbands inklusive Überlegungen zur Originalität der Erfindung, deren Ursprung im „Orient“ zu finden ist und fälschlicherweise europäischen Ärzten zugeschrieben wurde.

Die Aneignung oder auch die Ablehnung des Impfgedankens stehen im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts. Hierbei spannt der Autor den Bogen über die im Osmanischen Reich schon in den Jahrhunderten zuvor praktizierte Einimpfung, bietet Einblick wie sich ein renommierter Mediziner, der Boerhaave-Schüler Anton de Haen, zum Impfgegner mauserte, bis hin zum Siegeszug der Kuhpockenimpfung in der Habsburger Monarchie.

Die als hochgradig ansteckend geltende „Ägyptische Augenkrankheit“, welche sich am Anfang des 19. Jahrhunderts im Zuge der Napoleonischen Kriege via Ägypten auf europäisches Terrain auszubreiten begann, bildet den dritten Abschnitt der Monographie. Der Autor skizziert, wie die Krankheit die europäischen Heere in Mitleidenschaft zog und die medizinische Fachwelt sich erst über den Grad der „Kontagiosität“ und über das Krankheitsbild einig werden musste.

Ähnlich wie der Ursprung der Pocken und der „Ägyptische Augenkrankheit“ wurde der Ursprung der Pest im „Orient“ vermutet. Der geographisch unbestimmt konstruierte „Orient“ wurde im Diskurs der Krankheitsentstehung zum ursprünglichen Sitz bestimmter Krankheiten und zum Krankheitsherd erklärt. Zugleich betont der Autor in diesem Kapitel, dass die Diskussion über Ansteckungstheorien von Pest und Cholera ein Ausgreifen europäischer wissenschaftlicher Strukturen im Osmanischen Reich begünstigte. Der Habsburgische Pestkordon mit seinen Quarantänen auf dem Gebiet der Militärgrenze zur Abwehr der Pest ist das Ergebnis dieser Zuschreibungen und Ängste.

Der Autor führt im vorletzten Abschnitt an, dass mit dem Aufkommen der Cholera veränderte Methoden der Sanitätsprävention Anwendung fanden. Ausgelöst von der Bedrohung durch die Cholera, erwuchs das Bedürfnis zur Gründung eines ärztlichen Vereins in der Habsburger Monarchie mit der Zielsetzung, sich in der bedrohlichen Situation besser austauschen zu können. 1837 kommt es zur Gründungsversammlung der Gesellschaft der Ärzte, welche sich in jener Phase gänzlich der Seuchenfrage widmete. Die Idee verfestigte sich, die Pest bereits im Osmanischen Reich bekämpfen zu wollen.

Schließlich widmet sich der Autor finalisierend der Frage nach einer deutschsprachigen Zivilisierungsmission. Dabei greift er die damalige ärztliche Vorstellung einer Entstehung und Verbreitung einzelner Krankheiten in Verbindung mit dem Islam und der Zivilisation des Orients auf und diskutiert jene Rollen, die europäische Ärzte bei der Etablierung einer akademischen Medizin im Osmanischen Reich spielten.

Der Fokus auf die Ärzteschaft spiegelt sich im umfassenden Literaturverzeichnis des Werkes. Der Autor folgt den Spuren seiner Hauptprotagonisten, denn es dominieren gedruckte Schriften und Journalartikel der Ärzteschaft. Facettenreich werden die zeitgenössischen Denkmuster dieser Mediziner analysiert. Deren individuelle Erfahrungen und wissenschaftlicher Denkhorizont stellen das Grundgerüst der Gesamtperspektive des Buches. Dieser Ansatz bietet der medizinhistorischen Forschung weitreichende Anknüpfungspunkte zur wissenschaftlichen Vertiefung des Themenkomplexes, zeigt aber auch weitere Desiderate auf, welche etwa durch eine Erweiterung der Perspektive der Ärzteschaft um andere Einsichten zeitgenössischer Akteure und Protagonisten bedient werden könnten. Dadurch gelänge es zusätzliche Quellengattungen zur Erforschung des „Medizinischen Orient“ zu erschließen. Die Studie ist ein äußerst anregendes Buch, welches konzeptionell gut strukturiert ist und dem zahlreiche Leser*innen zu wünschen sind.

Victoria Morick, Göttingen (Rez.)

**Henrik ESSLER,
Krankheit gestalten.**

Eine Berufsgeschichte der Moulagenbildner*innen

(Bielefeld 2022: transcript Verlag), 358 S., EUR 39,00.

ISBN 978-3-8376-5526-1 (Print) / PDF-ISBN 978-3-8394-5526-5
(Open Access)

In den vergangenen Jahren gewann der Einbezug von Objekten als „Wissensdinge“ zunehmend an Bedeutung im Zusammenhang mit medizinhistorischen Fragen. Dies gilt insbesondere für Fragestellungen zur (visuellen) Konstruktion von Wissen. Um die zahlreichen Ebenen solcher medizinischer Objekte anzudeuten, seien exemplarisch ihr Anteil an der Ausgestaltung und Aushandlung von Wissen, ihre Materialität, die Berücksichtigung ihrer kulturellen und wissenschaftlichen Kontexte sowie die zahlreichen Akteursgruppen über Mediziner*innen hinaus genannt, die Teil der Objekte sind. Daher ist es wichtig, diese Gruppen, wie Patient*innen, aber auch andere am Herstellungsprozess beteiligte Personen, stärker in den Blick zu nehmen.¹ Hier knüpft Henrik Eßlers Arbeit zur Moulagenbildner*innen an und nimmt eine Akteursgruppe aus ebendiesem Prozess in den Blick. Bereits der Titel verweist auf ein Herausstellungsmerkmal: Es handelt sich um die Geschichte einer bisher kaum berücksichtigten Berufsgruppe, die zudem deren Beitrag zum „Krankheit gestalten“ auslotet.

Im Zentrum der Arbeit steht die Frage, inwieweit die Moulagenbildner*innen überhaupt als „Beruf“ eingeordnet werden kann. Hierzu werden Personen und -konstellationen, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung, Veränderungen der Tätigkeit und ihrer Bedingungen über die Zeit untersucht – besonders der stetige Einbezug geschlechterspezifischer Zuschreibungen ist hier hervorzuheben. Zusätzlich werden über individuelle Biografien Alltag der Bildner*innen und Herstellungsprozesse im deutschsprachigen Raum hinsichtlich ihrer beruflichen Autonomie und ihres Beitrags bei der Aushandlung von Wissen geprüft (S. 16–19). Folglich konsequent ist der kollektivbiografische Ansatz der Arbeit – ergänzt durch geschickt eingeflochtene Aspekte aus der Wissens-, Technik-, Wirtschafts- und Institutionengeschichte. Durch eine Breite an heterogenen Quellen diverser Materialität (darunter Bestände aus zahlreichen Archiven, biografische Quellen, Veröffentlichungen, Zeitzeug*inneninterviews, sowie die Moulagen und Werkzeuge selbst), gelingt es, eine oftmals wenige Spuren hinterlassende Gruppe greifbarer zu machen.

Inhaltlich werden zunächst wichtige definitorische Grundlagen zum Berufs- und Moulagenbegriff, Herstellungstechniken, Werkstoffen, Wissenstransfer sowie beteiligten Akteursgruppen gelegt (Kapitel 1/2). Anschließend wird ein recht weiter Bogen zur Moulagenbildner*innen

¹ Siehe ausführlicher hierzu: Thomas SCHNALKE, Alles auf Anfang. Einige Nachgedanken zum Umgang mit medizinischen Objekten als historische Quellen, in: *Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 19 (2021), 229–236.

des 19. und 20. Jahrhunderts geschlagen, indem die Entstehungsbedingungen, die Bildner*innen und deren Traditionen in unterschiedlichen europäischen Ländern über diese Zeit hinaus rekonstruiert werden (Kapitel 3/4). Durch die Eruiierung verschiedener Phasen der Moulagenbildner*innen, ihrer Ausbreitung, entstehender Sammlungen ebenso wie Generationen an Bildner*innen gelingt ein übersichtlicher Einstieg in die Analyse. Hierzu ist auch die angehängte tabellarische Übersicht zu berücksichtigen, die die Orientierung über die Personen zusätzlich unterstützt. Mit den Phasen und Generationen werden die Grundlagen zur Frage nach dem Berufsbegriff, im Zeitverlauf und diverse Traditionslinien einbeziehend, gelegt: z. B. wird die Zeit um den Ersten Weltkrieg als „Aufbauphase“ der Bildner*innen, die Nachkriegszeit bis in die 1930er Jahre als „Blütezeit“ und die 1940er Jahre als Zeit definiert, um die ihr Ausklang begann. Räumlich werden Breslau, Wien und Berlin als frühe Zentren mit ausbreitender Funktion herausgestellt (S. 128). Die Generationen reichen knapp zusammengefasst erstens von einer durch Mediziner dominierten Gruppe an Pionieren über eine zweite, gewissermaßen „eigentliche“ in diesem Bereich erwerbstätige Gründergeneration um 1900, an der verstärkt Künstler*innen beteiligt waren. Drittens wird eine diversere, teilweise aus weiteren Berufsfeldern (etwa medizinische Assistenzberufe) zusammengesetzte Gruppe mit mehr Frauen und unter Anpassungsdruck vorgestellt, sowie viertens eine seit den 1940ern entstandene, mehrheitlich weibliche Generation (S. 129).

Hierauf baut, mit recht knappem Übergang, Kapitel 5 auf: Zwölf biografische Tiefenbohrungen, die geschickt ausgewählte Untersuchungszeiträume, Generationen und Regionen umspannen. Diese werden in Kapitel 6 übergreifend an vier Schwerpunkten zur Berufsfrage zusammengeführt: Erstens zeigen die diversen sozialen Hintergründe der Bildner*innen, dass die Ausübung nicht an eine bestimmte Herkunft geknüpft war (S. 236). Zweitens verdeutlichen die variablen Arbeitsumfelder und Umstände, dass allgemeine Aussagen kaum möglich sind; Handlungsspielräume und berufliche Autonomie waren individuell von inneren Prozessen und persönlichen Beziehungen, z. B. zu Ärzt*innen, abhängig (S. 237–242). Drittens wird hier (und im Fazit, Kapitel 7) die zentrale Forschungsfrage auch deshalb reflektiert und mehrdimensional beantwortet, weil deutlich wird, dass die Anwendung des Berufsbegriffes für die Moulagenbildner*innen problematisch, kaum lokal übergreifend einheitlich, wenn überhaupt nur ansatzweise und auf eine kurze Zeit in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts begrenzt möglich ist, obgleich sich durchaus konstitutive Merkmale herausstellen lassen. Auch gilt es die Selbstidentifikation der Beteiligten zu berücksichtigen (S. 242–244, S. 247–259). Viertens wird mit Blick auf die politisch-ideologische Ausrichtung kein einheitliches Bild deutlich. Zudem war eine künstlerische Ausbildung nicht zwangsläufig Voraussetzung, jedoch dürften die Moulageur*innen nicht frei von künstlerischen Einflüssen gewesen sein (S. 244–245). Mit der Neubewertung von einer künstlerischen hin zu einer handwerklichen Tätigkeit vom 19. ins 20. Jahrhundert und vermutlich auch mit der Feminisierung lässt sich zudem eine „Abwertung“ der Tätigkeit erkennen (S. 258). Dabei war im Fall zahlreicher Bildner*innen eine individuelle Anpassung erforderlich, etwa durch die Epithesenherstellung oder andere bildgebende Verfahren als weitere Tätigkeiten (S. 259–261), die das unscharfe, labile Berufsbild unterstreichen. Ausgehend von den vorhergehenden Kapiteln tritt auch im Fazit eine These immer wieder hervor: Seit ihrer Entstehung ist für die Moulagenbildner*innen (trotz lokal unterschiedlicher Arten der Wachsverarbeitung und Abbildungsmethoden) ein bisher zu wenig beachteter transnationaler Wissens- und Techniktransfer erkennbar, der sich an der Mobilität von Modelleur*innen, Veröffentlichungen und Objekten zeigt (S. 289).

Abschließend geht das Fazit auch auf Vermarktungsstrategien und das epistemische Potential von Moulagen ein. Damit wird ihrer Komplexität und Sensibilität noch einmal intensiv Rechnung getragen (z. B. anhand von Sammlungspraktiken, Moulagen als Strategien der Sichtbarmachung, wissenschaftliche Technik, Möglichkeit zur „Schulung“ des medizinischen Blicks und als mit einem von unterschiedlichen Akteur*innen geprägten Herstellungsverfahren), die Bildner*innen in zentrale Zusammenhänge eingeordnet und der überzeugende letzte Satz der Arbeit unterstrichen, der gleichzeitig eine weitere zentrale These zusammenfasst: „Zwar lassen sich die jeweiligen Arbeitsanteile nicht im Detail nachvollziehen, die Bezeichnung der Moulagenbildner*innen als ‚backroom scientists‘ erscheint angesichts ihrer Beteiligung an der wissenschaftlichen Konstruktion von Krankheitsbildern jedoch berechtigt“ (S. 291).

Eblers Arbeit belegt immer wieder, dass die Moulage weder einer einzelnen geraden Traditionslinie unterlag noch durch über längere Zeit unvernetzte Pioniere entstand. Stattdessen existierten Netzwerke und Interdependenzen – auf wissenschaftlicher und kultureller Ebene. Hier ist bemerkenswert, dass die von Ebler untersuchten Bildner*innen nicht auf wissenschaftliche Kontexte beschränkt sind, sondern auch bisher kaum untersuchte populäre Bereiche und private Werkstätten einbezogen werden. So wird die überzeugende These bestärkt, dass Moulagen nicht einseitig von den Wissenschaften in öffentliche Räume transferiert wurden, sondern wechselseitigen Prozessen unterlagen (z. B. S. 82, 289–290). Es liegt somit eine Berufsgeschichte vor, welche die Forschung zu medizinischen Visualisierungen durch ihren Fokus auf die Moulagenbilder*innen auch um neue Perspektiven auf Moulagen und Fragen der Wissensproduktion ergänzt und damit eine grundlegende Arbeit für den gesamten Themenbereich bildet.

Pierre Pfütsch, Stuttgart (Rez.)

**Jill GOSSMANN,
Mediziner und die Erziehung der «Massen».
Gesundheitspädagogische Diskurse in der
Weimarer Republik**

(Baden Baden 2022: Tectum Verlag), 540 S., EUR 104,00.

ISBN 978-3-8288-4541-1

Die Entstehung der Sozialhygiene in der Weimarer Republik ist seit Jahrzehnten nicht nur ein beliebtes Forschungsfeld der Medizingeschichte, sondern auch immer wieder Dreh- und Angelpunkt sozialgeschichtlicher Fragestellungen im Bereich von Gesundheit und Krankheit. Von Alfred Grotjahn 1904 maßgeblich geprägt, umfasst der Begriff Sozialhygiene „die Lehre von den Maßnahmen, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken.“¹ Damit hat das Konzept deutlich eine auf Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten ausgerichtete Stoßrichtung. Die Verwendung des v. a. ab den 1960er Jahren gebrauchten Begriffes „Prävention“ würde hier anachronistisch wirken, weshalb Heinz-Peter Schmiedebach diesen Bereich kürzlich weniger zeitgebunden als „öffentliche Gesundheit“ bezeichnet hat.² Genau auf dieses Feld begibt sich Jill Gossmann mit ihrer Studie über gesundheitspädagogische Diskurse in der Weimarer Republik. Auf über 500 Seiten fragt sie nach der Rolle der Ärzteschaft in der Weimarer Republik innerhalb der Gesundheitserziehung. Insbesondere geht es ihr hierbei um einen differenzierenden Blick auf die Mediziner, ihre politischen Einstellungen und ihre professionellen Handlungsspielräume. Das ist durchaus spannend. Zwar weiß man aus der Forschung bisher recht gut, wie sich Mediziner im Laufe der 1920er Jahre immer stärker das bis dato vernachlässigte Gebiet der Gesundheitsvorsorge aneigneten und dabei mit den neu entstehenden Fürsorgeberufen konkurrierten, doch welche gesundheitspolitischen Diskurse sie dabei genau bedienten, welche Themen sie in vorrangig in den Mittelpunkt rückten und welche Strategien der Popularisierung medizinischen Wissens sie dabei anwendeten, wurde bisher kaum thematisiert.

Wie es sich für eine Diskursgeschichte gehört, ist die Quellenbasis vielfältig und aus unterschiedlichen Quellenarten zusammengesetzt. Die Basis für die Untersuchung bilden in erster Linie veröffentlichte Zeitschriften aus verschiedenen politischen Ärtztemilieus. Hierzu zählen neben bekannten medizinischen Zeitschriften wie den Ärztlichen Mitteilungen oder der Münchener Medizinischen Wochenschrift auch themenspezifische Zeitschriften wie das Archiv für soziale Hygiene und Demographie oder das Archiv für Schiffs- und Tropenkrankheiten. Hinzu kommen Broschüren, Führer und Begleitbücher von Ausstellungen, gesundheitsbezogene

1 Alfred GROTJAHN, Vorwort, in: Ders. / Friedrich Kriegel, Hg., Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie. Band 3 (Jena 1904), III–XV.

2 Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Perspektiven (Berlin–Boston 2018).

Faltblätter sowie Protokolle der Mitgliederversammlungen des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.

Im ersten inhaltlichen Kapitel nach der Einleitung wird die Ärzteschaft in der Weimarer Republik als soziale und politische Gruppe vorgestellt. Zunächst geht es um Binnendifferenzierungen. Die präsentierten Inhalte basieren zwar alle auf Forschungsliteratur, sind also keineswegs neu, werden aber durchaus als Hinleitung dafür gebraucht, um die Ärzteschaft als zentralen Akteur der Studie zu beleuchten. Für die Geschichte der Gesundheitserziehung konkret wird es in diesem Kapitel erst, als der Reichsausschuss für Volksgesundheit und seine Rolle bei der Institutionalisierung der „hygienischen Volksbelehrung“ beschrieben wird.

Im nächsten Kapitel, welches wie das Buch selbst mit „Mediziner und die Erziehung der Massen“ überschrieben ist, geht die Autorin ihrem eigentlichen Erkenntnisinteresse nach. Zunächst wird aufgezeigt, wie sich Ärzte gegen andere an gesundheitlichen Themen interessierte Gruppen, die diffamierend als „Kurpfuscher“ bezeichnet wurden, abzugrenzen versuchten und sich gleichzeitig als einzig legitimer Träger gesundheitsfürsorglichen Wissens stilisierten. Anschließend rückt die pädagogische Komponente in den Mittelpunkt. So versuchten Mediziner Einfluss auf die Schulbildung zu erlangen. Zum einen sollte verstärkt Körperwissen Einzug in den Bildungskanon halten und zum anderen sollte Schule als Institution an sich gesundheitsbewusster gestaltet werden. Stundenlanges Sitzen, häufiger Bewegungsmangel und ständiges Lernen galten den Ärzten und Reformpädagogen als gesundheitsschädlich. Insbesondere im Deutschen Verein für Schulgesundheitspflege wurden Lösungen für solche Probleme eronnen. Im nächsten Abschnitt stehen die Medien der „hygienischen Volksbelehrung“ im Zentrum. Gossmann macht deutlich, wie multimedial gesundheitliche Volksbelehrung eigentlich schon in der Weimarer Republik war. Von Vorträgen, Presseberichten, über Broschüren, Bilder, Filme, Rundfunkbeiträge bis hin zu künstlerischen Adaptionen im Theater gab es praktisch alles. Inhaltlich zeigt sich eine starke Fokussierung auf Geschlechtskrankheiten, die die vorherrschenden Sittlichkeitsvorstellungen repräsentierten. Im letzten Teil dieses Hauptkapitels widmet sich die Autorin der Frage, welches damals vorrangige medizinische Wissen über die Gesundheitserziehung eigentlich an die Bürger und Bürgerinnen vermittelt werden sollte. Ganz ähnlich wie auch in der medizinischen Forschung kam es in der gesundheitlichen Volksbelehrung zu einer Koexistenz bzw. einer Überlappung von bakteriologischen, sozialhygienischen und eugenischen Deutungsmustern.

Im letzten Hauptkapitel beschäftigt sich die Autorin mit damaligen Großereignissen der gesundheitlichen Volksaufklärung wie den Gesundheitsausstellungen 1926 in Düsseldorf und 1930/31 in Dresden oder der Reichsgesundheitswoche 1926, die allesamt ein Millionenpublikum anlockten. Sie zeigt daran die Verquickung von Politik, Wissenschaft und Wirtschaft auf. Gerade der letztere Bereich wurde innerhalb der Gesundheitsvorsorge in der Weimarer Republik immer wichtiger. Nutzten doch viele Fabrikanten, Erfinder und Geschäftsleute die Gesundheitsausstellungen als Werbefläche für ihre gesundheitsbezogenen Produkte.

Im Fazit fasst Gossmann ihre Erkenntnisse zur Rolle der Mediziner im Projekt gesundheitlicher Volksaufklärung nochmal zusammen. Hier macht sie sehr gut deutlich, was innerhalb der Kapitel aufgrund der Detailfülle aus dem Blick zu geraten drohte. Ihr ging es nicht nur lediglich um „die Mediziner“ an sich, sondern um politische und professionelle Gruppierungen innerhalb der Ärzteschaft. Am Ausschluss kommunistischer Ärzte aus dem Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung zeigt sie nochmals deutlich auf, wie wichtig politische Einstellungen auch für das Feld der öffentlichen Gesundheitsvorsorge waren.

Zu kritisieren gibt es im Großen und Ganzen zwei Dinge. Erstens: Im Anbetracht der erkenntnisleitenden Forschungsfragen ist das Buch einfach zu lang. Immer wieder schweift die Autorin in ihrer Argumentation ab und flechtet Nebensächliches mit ein. Darüber hinaus konzentriert sie sich an vielen Stellen zu selten auf ihr Erkenntnisinteresse und versucht ganze medizin-historische Themengebiete abzuhandeln. Das leitet zum zweiten Kritikpunkt über, den von ihr so bezeichneten „Forschungsbericht“. Zunächst ist auch dieser viel zu allgemein gehalten. Themen wie „Medizin im Nationalsozialismus“ oder „Professionalisierung“, zu denen mittlerweile ganze Bücher als Forschungsberichte vorliegen und die für die Studie auch nur am Rande zentral sind, auf einigen Seiten abzuhandeln, kann nicht funktionieren. Schlimmer ist jedoch, dass der wiedergegebene Forschungsstand stark veraltet ist. So fehlen die zentralen Publikationen der letzten zehn Jahre. Das ist ein großes Manko, denn gerade auf dem Feld der Präventionsgeschichte hat sich in dieser Zeit Einiges getan. Auch wenn die Arbeit bereits im Jahr 2018 als Dissertation eingereicht wurde, hätte doch zumindest vor der Drucklegung die grundlegende Forschungsliteratur aktualisiert werden müssen.

Auch wenn es schwer fällt, über die angesprochenen Kritikpunkte hinwegzusehen, bietet Jill Gossmann mit ihrer Studie doch insgesamt einen weiteren wichtigen Baustein für eine Geschichte der „hygienischen Volksbelehrung“ in der Weimarer Republik und hilft dabei auch, die politischen Kulturen innerhalb der Ärzteschaft dieser Zeit besser zu verstehen.

Carlos Watzka, Linz-Wien (Rez.)

**Michaela Maria HINTERMAYR,
Suizid und Geschlecht in der Moderne.
Wissenschaft, Medien und Individuum
(Österreich 1870–1970)**

(Berlin-Boston 2022: de Gruyter Verlag), 412 S., 8 Abb.,
EUR 89,95. ISBN 978-3-11-066021-0

2012 legte Hannes Leidinger sein epistemologisch sehr reflektiertes, in Quellen- und Literaturbearbeitung ungemein breites Werk „Die Bedeutung der Selbstauslöschung. Aspekte der Suizidproblematik in Österreich von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Zweiten Republik“ vor, einen fundamentalen Text und die erste monographische Suizid-Studie mit spezifischem Österreich-Fokus aus *geschichtswissenschaftlicher* Provenienz überhaupt.

Die österreichische Suizidforschung insgesamt ist weiterhin dominiert von psychiatrischen und psychologischen Diskursen, und damit von tendenziell stark „individualisierenden“ Perspektiven. Umso gespannter durften sozial- und kulturwissenschaftlich orientierte Suizidforscher*innen auf die von Michaela M. Hintermayr vorgelegte Studie „Suizid und Geschlecht in der Moderne. Wissenschaft, Medien und Individuum“ sein, zumal wegen des das Untersuchungsfeld spezifizierenden Zusatzes „Österreich 1870–1970“.

Tatsächlich gelingt der diskursanalytisch vorgehenden Autorin die Herausarbeitung einer Übersicht über hierzulande kulturell produzierte, geschlechterspezifische Deutungen suizidalen Handelns im Untersuchungszeitraum auf Basis einer geschickt gewählten Palette von v. a. massenmedialen bzw. suizidologischen Texten zur Repräsentation ideologisch unterschiedlich positionierter Teil-Diskurse.

Doch das hauptsächliche Anliegen der „der dekonstruktivistischen Geschlechterforschung verpflichtet[en]“ (S. 17) Verfasserin ist nicht so sehr ein Erhellendes *geschlechtsspezifischer* Interpretationen von Selbsttötungshandlungen in den jeweils konkreten, zeitgenössischen Diskursen, sondern vielmehr der Nachweis, „dass es sich beim untersuchten [Suizid-]Diskurs [insgesamt] über weite Strecken um einen eugenisch-rassistischen und anti-liberalen handelte [...] [der] androzentrisch und heteronormativ organisiert [war] und [...] Geschlechter, Sexualitäten, Begehren und [...] Leiber als ein logisch-stringentes System zu verweben und damit zu stabilisieren“ trachtete (S. 349; vgl. bes. auch S. 16).

Für eine solche „Grundannahme“ finden sich, wenig überraschend, unzählige Belege in allen vor den 1970er Jahren aufgetretenen Sub-Diskursen zur Suizidalität in Österreich – und das diesbezügliche Hauptresultat der interpretatorischen Bemühungen gilt wohl für alle damaligen Gesellschaften West- (bzw. auch Zentral-)Europas: „Wurde Suizidalität allgemein besprochen, bildete die Ineinandersetzung Mensch und westeuropäisch-weißer heterosexueller Mann die implizite Basis. [...] Die meisten der analysierten Quellen suchten die heterosexuelle, ehebezogene und fortpflanzungsorientierte Norm zu bestätigen. Solcherart wurden nicht-heteronormative Lebens- und Sexualformen entweder nicht erfasst oder nachgeordnet und pathologisiert.“ (S. 349)

Nun ist das unzweifelhaft ein zutreffender Befund, der gerade in (sexual-)emanzipatorischer Hinsicht auch wert ist, im Rahmen einer Auseinandersetzung mit der Frage von ‚Lebenswert‘ und ‚Todeswünschen‘ herausgestrichen zu werden. Für Leser*innen, die primär an Erweiterung ihres *historisch-professionellen* Wissens zum Thema ‚Suizid und Geschlecht in der Moderne‘ interessiert sind, wäre die Lektüre des Bandes aber wohl weniger ermüdend, hätte ihnen die Autorin die dutzende Repetition dieser Aussage in je leicht variierenden Ausdrücken quer über alle Kapitel hinweg erspart, und dieselben stattdessen an einigen Stellen (etwa in den allen Kapiteln angeschlossenen Fazits) fokussiert. Als irritierend empfand der Rezensent auch recht häufige „Bewertungen“ historischer Texte und Personen auf ahistorischer Basis, namentlich anhand von Maßstäben eines Diskriminierungs-sensiblen Heteronormativitätskonzepts des frühen 21. Jahrhunderts. So gerät z. B. die (implizite) Feststellung des österreichischen Psychiaters Menninger-Lerchenthal aus dem Jahr 1947, wonach viele Suizide von rund um das Kriegsende von Soldaten vergewaltigten Frauen und Mädchen wohl im „Affekt“ begangen worden seien, für die Autorin zur ‚Diffamierung‘ der Opfer (S. 313) – was wohl kaum einer zeittypischen Rezeption der betreffenden Äußerung (von Personen jeglichen Geschlechts) entspricht, und den potentiell von ‚moralischer Schuld‘ entlastenden Charakter derselben negiert.

Nicht dass hier einer vermeintlich ‚wertfreien‘ Wissenschaft das Wort geredet werden sollte – deren Unmöglichkeit ja bereits im frühen 20. Jahrhundert nachgewiesen wurde –, oder auch ‚nur‘ eine Legitimität ‚bewertender‘ Stellungnahmen in geschichtswissenschaftlichen Texten bestritten. Es stellt sich für den Rezensenten hier – wie bei vielen vergleichbaren Texten rezenter Provenienz – lediglich die Frage nach dem zu erwartenden ‚Lesepublikum‘ angemessenen Priorisierungen in Inhalt und Form der Darlegungen.

Inwieweit die Autorin mit diesem Text, der den Konnex zwischen psychischer Erkrankung und Suizidalität de facto *ausschließlich* unter der Perspektive einer illegitimen – weil paternalistischen – Pathologisierung verhandelt, tatsächlich „ein Diskussions- und Perspektivierungsangebot“ „selbstverständlich auch an die etablierten Stakeholder“ (S. 349) – also die ‚Psychowissenschaften‘ richten kann, bleibt abzuwarten.

Dies umso mehr, als Hintermayr sogar das „präsuizidale Syndrom“ – dessen deutliche Herausarbeitung auf Basis empirischer Beobachtung durch Ringel 1953 (eine Vorarbeit lieferte z. B. schon Auenbrugger 1783 in seiner Schrift „Von der stillen Wuth oder dem Trieb zum Selbstmord als einer wirklichen Krankheit“) bekanntlich die Effizienz der Suizidprävention enorm zu steigern imstande war – unter jene ‚den Diskurs verengenden‘ kulturellen Konstruktionen einreicht, welche es im Namen der ‚Liberalität‘ zu überwinden gelte (Kap. 6). Selbst für Diskursteilnehmer*innen wie den Rezensenten, die für sich selbst durchaus eine nicht-prohibitive Position zum Thema Selbsttötung (und Sterbehilfe) in Anspruch nehmen, wirkt eine solche Stellungnahme nicht bloß provokativ, sondern geradezu zynisch.

Es entsteht der Eindruck, dass die Autorin sich zur Rechtfertigung der eigenen Haltung gegenüber dem Problem der Selbsttötung – als einer *jedenfalls* legitimen Handlungsoption – gedrängt sieht, suizidpräventive Ziele und Strategien summarisch und undifferenziert als unethisch zu ‚dämonisieren‘. Das erscheint zwar irgendwie nachvollziehbar, wenn z. B. die Perspektive von jahre- oder jahrzehntelang unter Selbsttötungswünschen leidenden Menschen eingenommen wird, die dabei immer wieder (auch gegen ihren Willen) mit therapeutisch-suizidpräventiven „Maßnahmen“ des medikalen Systems konfrontiert werden. Es geht aber an den Lebensrealitäten und dem ‚wohlverstandenen Interesse‘ jener (im Vergleich übrigens wohl zahlreicheren) Personen vorbei, die im Zuge von ‚Lebenskrisen‘ bzw. ‚depressiven Episoden‘

zeitweilig in ‚suizidale Einengung‘ (Ringel) geraten (und in einem solchen ‚akuten‘ Zustand therapeutische Bemühungen gegebenenfalls als Zumutung erleben), nach deren Abklingen retrospektiv aber (in der Regel auch für längere Zeit) glücklich darüber sind, ihrem Leben *nicht* selbst ein Ende gesetzt zu haben.

Derartige *Erfahrungen* sollten *auch* wahrgenommen und respektiert werden – bei aller nachvollziehbarer intellektueller Vorliebe für kritische Angriffe auf Doxa der Mehrheitsgesellschaft – wie im vorliegenden Werk durch die konsequente Infragestellung unreflektierter Lebensbejahung. Deren hier mindestens latent gegebene Interpretation als vermeintliches Resultat v. a. ‚biopolitischer‘ Zurichtung durch hegemoniale Machtstrukturen erscheint gewagt – dies umso mehr als, nach allem, was wir an quantitativen Befunden kennen, sich die *Moderne* ja gerade durch eine *Zunahme* an Selbsttötungen von vormodernen Gesellschaften abhebt. Wenn auch unstrittig das elaborierte, neuzeitliche Staatsdenken – wie besonders Foucault in „Überwachen und Strafen“ sowie in seiner „Geschichte der Gouvernementalität“ herausarbeitete – die „Bevölkerung“ klarer als je zuvor als zwar nur begrenzt lenkbare, aber dennoch durch systematische Eingriffe intensiv produktiv nutzbare Ressource des Staates (und ergo der politisch-ökonomischen Eliten) erkannte, so erscheint es einerseits überzogen, den intrinsisch-biologischen Aspekt lebenserhaltender Impulse in der Perspektivierung von ‚Lebensbejahung‘ als Phänomen weitgehend auszublenden. Andererseits bleibt auch die nicht eben unerhebliche Frage nach einer Tatsächlichkeit und möglichen Ursachen der Zunahme von Suizidalität im ‚Modernisierungsprozess‘ des 19. und 20. Jahrhunderts bei Hintermayr unter-thematisiert, weil Verbindungen von suizidalen Diskursen und suizidalen Praktiken insgesamt wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die Ausführungen zentrieren vielmehr ganz auf den medialen und wissenschaftlichen Diskurs als solchen – was selbstredend legitim ist, den Aussagewert der Studie aber eben eingrenzt. Dasselbe gilt für die Behandlung des statistischen Diskurses durch die Autorin primär als Objekt diskursanalytischer Betrachtungen (die Statistiken des Untersuchungszeitraums erweisen sich als ‚heteronormativ‘ usw.), kaum je aber als potentielle Auskunftquelle über – selbstredend diskursiv geprägte – historische Lebensrealitäten.

So erfahren die Leser*innen des Werkes schlussendlich etwa im Hinblick auf die Frage nach geschlechterbezogenen Differenzen in den Suizidhäufigkeiten zwar, dass Personen mit non-binärer Geschlechteridentität im Diskurs als besonders vulnerabel galten, und es wahrscheinlich – die diesbezügliche Quellenlage ist dünn, wie die Autorin zurecht bemerkt – auch in praxi waren. Die Fragestellung aber, ob Personen mit europäisch-traditionell-männlicher Geschlechteridentifikation zwischen 1870 und 1970 im Durchschnitt tatsächlich häufiger Suizid begangen haben als Personen mit europäisch-traditionell-weiblicher Geschlechteridentifikation – immerhin ein zentrales Thema der suizidologischen Forschungstradition – wird in den Erörterungen Hintermayrs zwar mehrfach angesprochen; letztlich aber wird dazu nur insoweit Stellung bezogen, als die Problemstellung selbst als durch die zeitgenössische heteronormative Geschlechtermatrix mitbedingt erwiesen wird – und daraus offenbar abgeleitet, dass eine nähere Erörterung überflüssig, ja unangebracht sei.

Die spezifischen, auf konkrete zeitgenössische Diskursbeiträge fokussierten Ausführungen der Autorin in den Hauptkapiteln 2 bis 6 – etwa zum stark ökonomisch ‚grundierten‘ Suizid-Diskurs der Zwischenkriegszeit und seinen je spezifischen Implikationen für die Wahrnehmung suizidalen Handelns von ‚Männern‘ und ‚Frauen‘ (Kap. 4), oder die Auseinandersetzung mit

den besonders grauenvollen Aspekten des Umgangs mit Suizidalität im nationalsozialistischen Gewaltstaat (Kap. 5) – liefern dennoch gut fundierte, differenzierte Analysen komplexer diskursiver ‚Gemengelagen‘.

Trotz der angesprochenen Nachteile des Bandes aus Sicht des Rezensenten handelt es sich bei dem vorgelegten Werk zweifellos um einen bedeutenden, bleibenden Beitrag zum immer noch wenig bearbeiteten Feld der historischen Suizidforschung in Österreich.

Daniela Hahn, Augsburg (Rez.)

**Debora FROMMELD,
Die Personenwaage.
Ein Beitrag zur Geschichte und Soziologie
der Selbstvermessung**
(Bielefeld 2019: transcript Verlag), 372 S., EUR 39,99.
ISBN 978-3-8376-4710-5

In den meisten Badezimmern steht heute ein meist flaches, rechteckiges Messinstrument. Die Personenwaage hat sich im Alltag etabliert und viele Personen messen der Zahl auf der Skala oder dem Display große Bedeutung zu: Ihr Körperempfinden wird stark von dem angezeigten Wert beeinflusst, der auch körperbezogene Handlungen wie die regelmäßige Überwachung des Gewichts, Diäten, sportliche Workouts oder andere Selbstoptimierungspraktiken provoziert. Ein zu niedriger oder zu hoher Wert wird allgemein als ungesund betrachtet, während ein Wert im „Normbereich“ als erstrebenswert gilt.

In ihrer an der Universität Ulm vorgelegten Dissertation ergründet Debora Frommeld die Verflechtung des technischen Messinstruments mit der Durchsetzung von körperbezogenen Normwerten und Praktiken der Selbstvermessung aus soziologischer und historischer Perspektive. Zeitlich spannt sie dabei einen Bogen von den ersten öffentlichen Personenwaagen des ausgehenden 19. Jahrhunderts über handliche Waagen für den Privatgebrauch bis zu Formen des Self-Tracking mittels Fitness-Apps und Wearables im 21. Jahrhundert.

Die Arbeit nimmt dabei einerseits die Personenwaage als Instrument in den Blick: Sie fragt danach, wie sie zu einem technischen Alltagsgegenstand avancierte und welcher Typus sich im Verlauf als durchsetzungsfähig erwies.

Das andere Interesse der Arbeit gilt der körper- und gesundheitsbezogenen Bedeutung, welche das Gerät heute innehat. Aus einer wissenschaftlichen Perspektive untersucht sie folglich, wie sich Wissen über das Messinstrument entwickelte, legitimierte und verbreitete (S. 39). Unter Verwendung von Foucaults Begriff der *Genealogie* zielt Frommeld darauf, Momente einer Verbindung von Macht und Wissen in der Geschichte des Instruments sichtbar zu machen. An diesen Momenten soll schließlich – ebenso mit Foucault gesprochen – erörtert werden, „inwieweit das Instrument gewisse (biopolitische) Botschaften transportiert oder vermittelt.“ (S. 48)

Als Hauptquellenbestand werden Patentdokumente untersucht, die beim Deutschen Patent- und Markenamt zwischen 1886–2016 zum Schutz von Erfindungen eingereicht wurden. In dieser Quellenauswahl liegen sowohl Originalität als auch Schwachstelle dieser Arbeit begründet.

Frommeld legt ihre Untersuchung als Diskursanalyse an, die jedoch auch Praktiken, „die mit dem Artefakt eingeführt werden“ (S. 39) beleuchten möchte. Sie unterscheidet drei Teildiskurse, deren Vernetzung sie als Fazit (Kapitel 7) herausarbeitet: Der Spezialdiskurs der Erfindungen, der wissenschaftliche Spezialdiskurs und der öffentliche Diskurs. Ersterer fragt danach, wie in den Patentdokumenten der Zweck der Personenwaage definiert wurde und inwiefern die Überwachung des Körpergewichts und entsprechende Körperpraktiken themati-

sirt werden. Der wissenschaftliche Spezialdiskurs umfasst messende Verfahren und die wissenschaftliche Bewertung von Körpern im Kontext von Anthropometrie, Militär und Medizin. Leider dient er mehr als Vorgeschichte der Personenwaage (Kapitel 4) und wird daher nur sporadisch für den eigentlichen Untersuchungszeitraum mit den anderen beiden Teildiskursen verknüpft. Das ist bedauerlich, da der Wissensaustausch zwischen Medizin und den Akteuren hinter den Patentdokumenten – der Industrie auf dem Gebiet der (technischen) Gesundheitsprodukte – vielversprechend für die Fragestellung gewesen wäre. Generell treten die Hersteller und Firmen hinter den Patentdokumenten nicht in Erscheinung, was verwunderlich ist, wenn doch die Beweggründe „hinter den Erfindungen“ (S. 42) erfragt werden sollen. Verkaufsstrategien, ökonomische Interessen und Marktkonkurrenz werden somit konsequent ausgeblendet, womit die Patentdokumente im luftleeren Raum zu stehen scheinen. Für die Untersuchung des öffentlichen Diskurses wurden Artikel aus der Zeitschrift *Brigitte* sowie für die Gegenwart die App „Freeethics“ analysiert, um die „kulturelle Verbreitung des Wissens über die Personenwaage in der Gesellschaft – also die Veralltäglichung des Messinstruments“ (S. 45) nachzuvollziehen. Die Untersuchung dieses Teildiskurses geht jedoch kaum in die Tiefe: So werden aus der *Brigitte* nur zwei Vorher-Nachher-Berichte vorgestellt. Da deren Entstehungskontext nicht berücksichtigt wird bleibt offen, inwiefern die Berichte tatsächlich alltägliche Selbstvermessungspraktiken widerspiegeln oder ob es sich doch mehr um fiktionale Artikel handelt, die zum Kauf des Magazins animieren sollten. Dem durch die Quellenauswahl entstandenen Genderbias wird lediglich mit dem Hinweis begegnet, dass „Frauen nicht nur als Hauptadressatinnen der Zeitschrift [fungieren], sondern das westliche Schlankeitsideal [...] sich bis in die 1970er Jahre hinein hauptsächlich an Frauen [richtete].“ (S. 46) Insgesamt erscheint die starke Trennung der Diskurse als zu schematisch und die starke Gewichtung des Diskurses der Patentdokumente unausgeglichen.

Frommeld stellt ihrer Analyse mit dem Kapitel 2 eine ausführliche und transparente Beschreibung ihres zirkulär angelegten Forschungsprozesses voran. Hier führt sie gründlich in Methoden und Begriffe der wissenssoziologischen und historischen Diskursanalyse ein.

Das dritte Kapitel stellt die Patentdokumente als Quellentyp vor und beschreibt ebenso detailliert den Recherche- und Auswahlprozess. Ein kurzer Abriss zum Patentwesen in Deutschland referiert jedoch mehr statt zu analysieren: Die angeführten Einzelbelege in historischen Wörter- und Handbüchern zu den Begriffen „Erfinderschutz“, „Patent“, „Urheber(schutz)“, „Druckprivileg“ werden aufgelistet, ohne genauer auf die jeweiligen Definitionen oder den historischen Kontext einzugehen. Ebenso cursorisch fällt der Abschnitt zur Patentgesetzgebung aus, sodass hier Platz zugunsten der eigentlichen Analyse hätte genutzt werden können. Anhand einer Grobanalyse einer kleineren Auswahl an Patentdokumenten arbeitet Frommeld schließlich fünf gesellschaftstheoretische Aspekte der Personenwaage heraus: die (1) Technisierung und (2) Individualisierung des Produktes sowie die (3) Normalisierung und (4) Medikalisierung der Körper der Anwender*innen. Die (5) Ästhetisierung bezieht sich sowohl auf die Personenwaage als optisch ansprechendes Konsumgut wie auf den Körper, der dem Schlankeitsideal angepasst werden soll. An dieser Stelle bleiben Quellenzitate wünschenswert, welche ihre Interpretation nachvollziehbarer gemacht hätten.

Kapitel vier dient der Vorgeschichte der Personenwaage und fragt nach Konzepten, Mitteln und Motiven der Körpervermessung circa vor 1900. (S. 144) Während die Waage heute als Instrument zur Übergewichtsvermeidung dient, lag der Fokus laut Frommeld vor allem im 19. Jahrhundert auf der Kontrolle von Untergewicht. Soldaten, Arbeiter und Säuglinge rückten

in den Fokus von staatlichen Akteuren, welche versuchten, durch den errechneten Nährstoffbedarf und Vergleich des Körpergewichts mit Durchschnitts- oder Normwerten eine Unterversorgung nach wissenschaftlichen Kriterien festzustellen. Daraus wurden Maßnahmen z. B. zur Ernährungsverbesserung abgeleitet, um die Gesundheit und Lebenserwartung sowie Arbeitskraft zu erhalten (S. 157). Geleitet durch ihr Quellenmaterial behandelt Frommeld diese Kontexte nicht verstärkt, da sie "in der Folge [...] auch nicht zu Patenten oder Gebrauchsmustern der Personenwaage geführt haben." (S. 163) Berücksichtigt werden dagegen die ersten öffentlichen Personenwaagen, die sich wie andere Automaten im ausgehenden 19. Jahrhundert großer Beliebtheit erfreuten und eine „spielerische Selbstvermessung“ (S. 173) ermöglichten.

Vor allem aus technikgeschichtlicher Perspektive beachtenswert wird in Kapitel fünf eine Typologie der Personenwaage anhand der Patentdokumente erarbeitet. Die Autorin unterteilt das Instrument in öffentliche Personenwaagen, Waagen für den Heimgebrauch sowie Modelle für (halb-)öffentliche Institutionen wie Krankenhäuser oder Kurorte. Überzeugend demonstriert sie, wie sich die Waage für die individuelle Selbstmessung im Privathaushalt innerhalb des Untersuchungszeitraumes zur dominanten Variante entwickelte. (S. 181) Ebenso erarbeitet sie aus den Patentdokumenten eine Chronologie dieses Typs von der Einführung bis zur Etablierung als Haushaltsgegenstand. Die Analyse des Gesamtkorpus der Patentdokumente folgt den vorab entwickelten Kategorien Technisierung, Individualisierung, Normalisierung/Medikalisierung sowie Ästhetisierung, was stellweise Redundanzen erzeugt.

Kapitel sechs beleuchtet die Entwicklung der Personenwaage seit 1990 und zeigt, wie immer mehr körperbezogene Daten mit dem Gerät ermittelt oder ausgewertet werden sollen können. An diese Entwicklung schließen Smartphone-Apps an, die im Kapitel als Ausblick behandelt werden.

Der Schwachpunkt der Arbeit liegt in der Überschätzung der Aussagekraft ihrer Hauptquellen – der Patentdokumente. Als normative Quellen geben sie nur die intendierte Nutzung an, während die tatsächlich mit der Waage entstandenen Alltagspraktiken im Dunkeln bleiben. Wenn beispielsweise in den Patenten die Verwendung auf Reisen genannt wird, folgt daraus keineswegs direkt, dass „der Apparat und das Wiegen [...] also auch im Urlaub von großer Bedeutung [sind].“ (S. 234) Die lohnenswerte Fragestellung nach der Verbreitung von Wissen über die Waage kann mit diesem Quellenmaterial ebenso nicht überzeugend beantwortet werden. Denn zwar wurden diese Dokumente veröffentlicht, ihr Leserkreis ist jedoch keinesfalls mit einer breiten Öffentlichkeit gleichzusetzen. Vielversprechender erscheinen für diese Fragestellung beispielsweise die Reklame der Hersteller oder beigelegte Anleitungen, die den Kund*innen die neue Alltagstechnik vermitteln sollten. Auch die spannende Fragestellung der Arbeit, wie die Personenwaage ihre heutige Deutungsmacht hinsichtlich Unter-, Normal-, und Übergewicht erhielt, ergibt sich nicht rein aus dem institutionellen Status der Patentdokumente. Analog zu anderen (von Frommeld selbst genannten) Messinstrumenten wie Fieberthermometer oder Blutdruckmessgerät wären weitere Quellen notwendig, um die soziale Konstruktion von „Macht/Wissen-Komplexen“ (S. 259) zu untersuchen. Hilfreich wäre dabei die Analyse von Popularisierungsprozessen: Mit welchen Strategien schafften es welche Akteure in welchen Kontexten der Waage bzw. Normgewichten eine (medizinische) Deutungsmacht zuzuschreiben und einer breiten Öffentlichkeit gegenüber zu legitimieren?

Auch wenn die Arbeit ihre vielversprechende Fragestellung damit nicht vollends beantwortet hat, gelingt es ihrer detailreichen Typologie und Chronologie der Personenwaage, die Forschungslücke um dieses Instrument zu verringern. Sie zeigt auch, wie lohnenswert der

interdisziplinäre Blick auf einen vermeintlich selbstverständlichen technischen Alltagsgegenstand sein kann.

Barbara Wittmann, Bamberg (Rez.)

Aurelia EHRENSPERGER,
Atem-Wege.
Erkundungen zu Luftverschmutzung,
Atemnot und Achtsamkeit
 (= Zürcher Beiträge zur Alltagskultur 25, Zürich 2020:
 Chronos Verlag), 208 S., 5 Abb. s/w, EUR 38,00.
 ISBN 978-3-0340-1563-9

Als Aurelia Ehrensperger mit ihrer Dissertation zum damals wissenschaftlich wie gesellschaftlich eher als marginal, da selbstverständlich erscheinenden Vorgang unserer Atmung begann, hätte sich die Autorin wohl kaum vorstellen können, welch Aktualität ihre 2020 veröffentlichte Studie angesichts der Erschütterung eben dieser Selbstverständlichkeit noch im selben Jahr erreichen würde. Covid-19 stellte innerhalb kürzester Zeit globale Alltage auf den Kopf und die Angst davor, keine Luft mehr zu bekommen – eben nicht mehr atmen zu können – führte zu einem bis dato kaum für möglich gehaltenen Stillstand des öffentlichen Lebens. Dass eine empirische Auseinandersetzung mit den zahlreichen kulturellen Werten und Praktiken dieses zunächst rein biologisch erscheinenden Vorgangs ebenso nötig wie möglich ist, war Aurelia Ehrensperger bereits vor den Pandemie-Jahren klar – und darin liegt auch das große Verdienst ihrer Arbeit: Die Autorin hat das um zentrale Forschungsfelder wie Körperwissen, Umweltwahrnehmung und Medizingeschichte kreisende Thema Atmung im Vielnamenfach Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie/Empirische Kulturwissenschaft (ehem. Volkskunde) erstmals umfassend beleuchtet. Das komplexe Unterfangen ihrer Studie ist es demnach, „das Atmen [...] in seinem aktiven wie passiven, geistigen wie materiellen und äusseren wie inneren Geschehen in eine empirisch umsetzbare, kulturwissenschaftliche Fragestellung“ (S. 29) zu überführen. Damit hat sie sich gewiss keine leichte Aufgabe gesucht, und dieses Ringen um einen gelungenen Zugang und ein nachvollziehbares Aufbereiten merkt man der Studie denn auch – stellenweise zu sehr – an. Die Autorin verweist selbst transparent auf die erheblichen Schwierigkeiten, Luft und Atmen thematisch einzufangen, und lädt daher passenderweise immer wieder zum „Durchatmen“, „Durchhalten“ und „Luft holen“ während des Lesens ein.

Dies ist vor allem in Bezug auf den zwar auf hohem Niveau und beeindruckend interdisziplinär verfassten, aber dennoch im Vergleich zur Empirie etwas ausufernd geratenen Theorieteil ein guter Rat. In ihren „Grundlagen“ beschreibt Ehrensperger unterschiedliche Zugangsweisen zum Feld des Atmens und lotet dabei konstruktivistische, phänomenologische und philosophische Denkwege aus. Während sie erstere für ihr Forschungsanliegen als zu objektivierend einordnet, kommt das zweite relationale Verständnis der praxisorientierten philosophischen Schule ihrem Ansatz stärker entgegen. Nicht so ganz erschließt sich, weshalb die Autorin in Anschluss an die Phänomenologie ihr letztes Unterkapitel als „philosophisch“ überschreibt, obwohl sich hier disziplinär kaum eine Trennlinie ziehen lässt. Ohnehin zieht sich die Philosophie stark durch Ehrenspergers ganzes Werk, was sich sowohl inhaltlich als auch sprachlich bemerkbar macht. Formulierungen wie „[v]on der Idee einer Verschmelzung losgelöst, exponiert

das Berühren das Gemeinsame, und zwar an der Grenze des gegenseitigen Einander-ausgesetzt-Seins“ (S. 144) sind keine Seltenheit, wobei dieser Stil und das Zusammenbringen von Kulturwissenschaftlichem und Philosophischem durchaus passend sind.

Grundsätzlich macht die Arbeit allerdings den Eindruck, zu viel unter einen Hut bringen zu wollen, wodurch die einzelnen Kapitel wie eine recht diffuse Aneinanderreihung von verschiedenen Versatzstücken wirken. Ehrensperger versucht zwar, diese „Vielheiten“ mit Hilfe von Gilles Deleuzes und Félix Guattaris Konzept des Rhizoms zu fundieren und die Lesenden dazu einzuladen, sich dem Atmen multiperspektivisch anzunähern, so ganz vermag dies jedoch nicht zu überzeugen. Zwar sind die verschiedenen methodischen Zugänge von der Medienanalyse über qualitative Interviews bis hin zu autoethnografischer Forschung für die drei exemplarisch gewählten und daher auch titelgebenden Felder der Luftverschmutzung, der Atemnot und Achtsamkeit für das „Einfangen“ des Atem-Themas gut gewählt und nachvollziehbar. Allerdings wirkt die Arbeit letztlich obgleich der beständigen Erklärungsversuche einer Sinnhaftigkeit eben dieses rhizomatischen Aufbaus zu wenig aus einem Guss. Trotz der verschiedenen Problematiken, die die Tendenz zu kumulativen Dissertationen in den Geisteswissenschaften ohne Frage mit sich bringt, wären Einzelpublikationen zu den drei Themenschwerpunkten in diesem Fall vielleicht die bessere Wahl gewesen.

So kommen etwa die zweifellos spannenden Ausführungen zum Körper-Konzept des Philosophen Jean-Luc Nancy, denen die Autorin einen erheblichen Teil ihres Einführungskapitels widmet, erst nach rund 100 Seiten wieder ausführlicher vor, wenn es um das Thema Atemnot geht. Als einer der drei empirischen Hauptteile angelegt lässt dieses Kapitel die Lesenden ohnehin etwas ratlos zurück: Ehrensperger führt die Interviewaussagen von drei Patientinnen mit der Lungenkrankheit COPD nur auf rund 20 Seiten aus und gibt an, die entsprechenden Interpretationen im Schreibprozess immer wieder verworfen und letztlich stark abgeändert zu haben. Einerseits möchte sie ihre Interviewpartnerinnen dadurch nicht psychologisieren, andererseits die Deutungen den Lesenden selbst überlassen, damit sie sie „möglichst ‚unverfälscht‘ berühren mögen“ (S. 145). Zwar legt Ehrensperger hier ihre Berührtheit als Forscherin, ihre beim Schreiben der entsprechenden Passagen bemerkbaren Probleme mit dem eigenen „Schnuufen“ angesichts der Konfrontation mit dem Sterben mutig offen, allerdings ist das anvisierte Berührt-Werden den Lesenden durch die wenigen abgedruckten Interviewpassagen und Annäherungen an das Leben der Befragten umgekehrt kaum möglich.

Sehr viel stärker sind die beiden Kapitel zu Luftverschmutzung und Achtsamkeit, denen sich die Autorin beide Male aus der historischen Perspektive annähert. Während sie bei ersterem auf antike Mythen und die kulturellen Konzeptionen von Luft bis hin zu ihrer Vernaturwissenschaftlichung in der Neuzeit eingeht, spürt Ehrensperger bei zweitem vor allem der Lebensreformbewegung sowie Vermittlung von buddhistischen Versatzstücken durch US-amerikanische Meditationspraktiker*innen an ein westliches Publikum nach. Angelehnt an postkoloniale Zugänge zeigt die Medienanalyse zu journalistischen Berichterstattungen rund um Smogproblematiken, wie hier Paradigmen von vermeintlicher globaler Fortschrittlichkeit bzw. Rückständigkeit bedient werden. Interessant ist auch, wie die Autorin herausarbeitet, dass die Mega-Cities Peking und Neu-Delhi hier überproportional oft beleuchtet werden, obgleich weniger bekannte afrikanische und arabische Städte mit einer höheren Feinstaubbelastung konfrontiert sind – das Narrativ der industriell aufstrebenden asiatischen Metropolen lässt sich hier nicht ins Zentrum rücken. Das Kapitel liest sich trotz Ehrenspergers dahingehend einleitend kritisch formulierter Haltung überwiegend als dekonstruktivistische Medienanalyse und scheut sich

etwas davor, die real vorhandene Luftverschmutzungs-Problematik bewusst zu benennen – hier hätte vielleicht eine Bezugnahme auf Agency-Ansätze unterstützen können. Das Zusammenbringen von Theorie und Empirie gelingt der Autorin dann am besten bei der Beschreibung ihrer autoethnografischen Erfahrungen in Achtsamkeits-Kursen, weshalb das abschließende Hauptkapitel auch zugleich das am flüssigsten zu lesende ist. Äußerst gewinnbringend und kritisch verknüpft Ehrensperger hier Ansätze von Hartmut Rosas Resonanz-Theorie mit aktuellen Diskursen um Subjektivierung, Individualisierung und Selbstoptimierung, die wissenschaftlich gerade auch am Boom entsprechender Körper- und Meditationspraktiken festgemacht werden. Die Autorin reduziert die populären Achtsamkeitskonzepte weder auf diese gesellschaftskritischen Aspekte, noch blendet sie sie aus. Nancys philosophische Zugänge beim „Statt-haben von Körper während der Meditation“ (S. 182) und der „sinnesethnologische Zugang“ (ebd.) bilden hier ein kohärentes Ganzes – etwa, wenn die Autorin selbstironisch aufkommenden Juckreiz während der Achtsamkeitsübungen beschreibt.

Als „Aufatmen“ überschreibt Aurelia Ehrensperger ihre abschließend zusammenfassenden Ausführungen und man meint beim Lesen die Erleichterung der Autorin über die Finalisierung ihrer Doktorarbeit fast zu spüren: Die Studie zeigt deutlich, wie schwierig es ist, sich an derlei thematisch bislang kaum etablierte Felder heranzuwagen, wodurch auch die Grenzen des Faches selbst herausgefordert werden. Trotz gewisser Schwächen des Buches ist es der Autorin gelungen, Zugänge zu einer geistes- und sozialwissenschaftlichen Forschungslücke zu finden und das Atmen damit als ernstzunehmenden kulturellen Bereich anknüpfungsfähig zu machen.

Friedrich H. Moll, Köln-Düsseldorf (Rez.)

**Maria BÜHNER / Rebekka RINNER / Teresa TAMMER /
Katja TÖPFER, Hg.,
Sexualitäten sammeln.**

Ansprüche und Widersprüche im Museum

(= Schriften des Deutschen Hygiene Museums Dresden 15,
Wien-Köln 2021: Böhlau Verlag), 200 S., EUR 30,00.

ISBN 10 341252347X / ISBN 13 978-3412523473

Die zur Rezension vorgelegte Publikation in der Schriftenreihe des Deutschen Hygiene-Museums füllt eine besondere, lange bestehende Lücke in museumskundlicher Literatur. Gerade Objekte aus diesem Themenkreis – von der Kondomschachtel bis zu Sex Toys – werden heute ohne „diskrete Verpackung“ augenfällig in Drogerien und Discountern angeboten. Das Buchprojekt entstand als Tagungsband eines vom BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) der Bundesrepublik Deutschland zwischen 2018–2021 geförderten Verbundprojektes (Lehrstuhl für Soziologische Theorien und Kulturosoziologie an der TU Dresden, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover und Schwules Museum, Berlin im Deutschen Hygiene-Museum zu Dresden (DHMD)) und aus der online-Tagung „Sexualitäten sammeln. Von Körperpraktiken, Beziehungen und grenzüberschreitenden Objekten“ im Februar 2021 unter der Leitfrage, welche Strategien und Methoden geeignet seien, die Vielfalt an Sexualitäten in Museen, Archiven und Sammlungen abzubilden und auch zu erforschen (S. 8).

Maria Bühner, Institut für Kulturwissenschaften, Leipzig, nähert sich im Namen der Herausgeber*innen in ihrer Einleitung *Über die Herausforderung, Sexualitäten zu sammeln*, über eine als Massenprodukt bekannte elektrische Zahnbürste, die als Masturbationsinstrument genutzt werden kann, dem allgemeinen Thema und geht auch auf die Akzessionspraxis über E-mail-Aufrufe ein. Sie weist auf den notwendigen sensiblen Umgang mit diesen Objekten hin und auf die besonderen Reflexionsebenen beim Benennen, Kategorisieren, Filtern und letztendlich Vereinfachen hin. Danach stellt sie sich die Grundsatzfrage, warum Objekte mit Sexualitätsbezug in den meisten Museen überhaupt vorhanden sind. Anschließend stellt sie die online-Tagung, deren Konzeption und deren Autor*innen ausführlich vor, wobei die einzelnen Beiträge ausführlich als Impulse und Diskussionsgrundlagen aufgefasst werden sollen. Auch die Problematik fehlender Untersuchungsaspekte wie nicht-weiße Perspektiven, *disability* oder weitere Leerstellen werden in der Einleitung des Bandes problematisiert.

Im ersten Teil der Publikation unter dem Oberbegriff *Sexualitäten neu sichten und sammeln* nimmt Sophie Gerber, Kustodin am Technischen Museum Wien, unter der Überschrift *Pink, queer, körpernah. Geschlecht, Gender und Sexualität in einer technischen Sammlung* (S. 23) am Beispiel einer lange bestehenden Institution wie dem Technischen Museum in Wien neue Sammlungsstrategien in den Blick, die auch Sexspielzeuge, die an der Schnittstelle von Technik und Sexualitäten (S. 16) angesiedelt sind, nunmehr verstärkt dem Bestand zuzuführen.

Entlang des Onlinekatalogs stellt sie konkrete Ausstellungsobjekte vor und arbeitet heraus, wie diese mit dem Themenfeld Sexualität verbunden sind.

Pia Singer vom Stadtmuseum München fokussiert in *München sucht seine LGBTI*-Geschichte* (S. 39) auf ein Sammlungsobjekt des Münchner Museums, das die schwule, lesbische, trans*, inter*, non-binäre und queere Geschichte dokumentieren und bewahren und im Rahmen eines größeren Projektes die Objekte in einem queeren Sammlungsbestand präsentieren soll. Archive und Sammlungen sind für die Autorin keine neutralen Depots. und Objekte und Unterlagen werden dort nicht zufällig bewahrt. Dieser Entscheidung gehen Entscheidungen zur Relevanz voraus, welche mit hegemonialen gesellschaftlichen Deutungsmustern verbunden sind.

Im zweiten Teil des Bandes unter der Überschrift (*Sich*) *Sexualitäten erschließen*, erhält die differenzierte Reflexion zu diesem Topos eine weitere Dimension. Zunächst geht Jana Wittenzellner, Staatliche Museen zu Berlin, unter der Überschrift *Endlich ein sexistisches Objekt!? Über das zwiespältige Gefühl beim Sammeln* (S. 53) auf die Gefühle von Mitarbeiter*innen bei der Objektaufnahme eines Pin Up Kalenders ein. Sie fragt, ob wertvolles Wissen verloren ginge, nähme man die Pin-Up-Kalender nicht in die Sammlung auf, weist aber richtigerweise darauf hin: „Wie können wir entscheiden, was in Zukunft bedeutsam sein wird?“ (S. 66).

Peter Rehberg, Leiter Schwules Museum Berlin, das sich heute als „inklusive queerer Ort für alle sexuellen Minderheiten und nicht-normativen Genderentwürfe“ (S. 85) versteht, untersucht unter *Queere Affekte und Sammlungspraxis. Die Porno-Alben von Siegmur Piske in der Sammlung des Schwulen Museums* (S. 77) nach einer eher theoretischen Einführung zum Sammeln einen Objektbestand des Schwulen Museums Berlin unter dem Aspekt der *affect studies* und fragt, ob Gefühle eine eigene Ordnungskategorie sein können. Hierbei sieht er die Alben als Teil einer queeren Realität und als Archiv schwulen Begehrens und fokussiert auch DDR Aspekte.

Martha Clewlow, London Metropolitan Archives, weitet dann den Blick auf eine europäische Ebene und stellt aus Archiv-Mitarbeiter-Sicht das Haringey-Vanguard-Projekt vor – ein Bestand des Londoner Metropolitan Archives zur lokalen Geschichte der Menschheit (*Preserving Queerness of Community LGBTQ+ Archives*; S. 101). Sie weist ausführlich und ausdrücklich auf die Marginalisierung dieser und anderen Communities hin. Für sie ist die Oral History auch dieser Gesellschaftsgruppe wichtig (S. 105). Weiterhin gibt sie Anregungen zur Verwendung einer diskriminierungskritischen Sprache bei musealen Klassifizierungssystemen.

Hannes Hacke, Forschungsstelle Kulturgeschichte Humboldt-Universität zu Berlin, geht unter der Überschrift „*Erotika*“, „*Lesbische Liebe*“, „*Telefonsex*“ auf sexualbezogenes Vokabular in Sammlungsdatenbanken und die Praxis der Verschlagwortung (S. 113) ein und weist auf die immer noch bestehende Ungleichheit bei der Verschlagwortung männlicher und weiblicher Homosexualität und die Leerstellen entsprechender Thesauri hin. Einen Ausweg sieht er in einer andauernden Sprach- und Diskriminierungskritik von Museen. In der Verschlagwortung werden für ihn gesellschaftliche Ungleichverhältnisse (Dominanz und Marginalisierung) besonders fassbar. Für den Autor bilden diese Datenbanken Wissen nicht nur ab, sondern sind „Teil einer diskursiven Produktion von Identitäten und Praktiken“ (S. 125).

Der dritte Teil des Tagungsbandes *Sexualitäten vermitteln und begreifen* untersucht die Wissensvermittlung über Sexualitäten, die schon bei Ausstellungen im Institut von Magnus Hirschfeld in Berlin in den 1920er Jahren oder dem Wiener Pendant von Leo Schidrowitz eine besondere Rolle spielten und bereits zu dieser Zeit ein Spannungsverhältnis zwischen Öffentlichkeit und Wissenschaftlichkeit aufscheinen ließen.

Anina Falasca, Deutsches Hygiene-Museum Dresden, analysiert in *Sexualitäten ausstellen. Herausforderungen bei der Neukonzeption eines Themenraums im Deutschen Hygiene-Museum – ein kritischer Erfahrungsbericht* (S. 133) die besonderen Herausforderungen, mit denen die wissenschaftlich-kuratorische Assistentin mit der Neugestaltung des Themenraumes „Sexualitäten“ in der Dauerausstellung des DHMD konfrontiert wurde, wobei die Autorin die Wandlungen in den Vorstellungen und Praktiken hervorhebt. Hierbei weist sie besonders auf die Möglichkeit hin, historische und aktuelle Objekte gegenüberzustellen, um die den Objekten anhaftenden Diskurse zu versachlichen. In jeder Ecke der neuen Ausstellung werde nunmehr gezeigt: „Menschen sind vielfältig, Sexualitäten, Körper und Geschlechter sind vielfältig und waren es schon immer“ (S. 154). In früheren Ausstellungen waren beispielsweise der Homosexualität eigene Vitрины zugeordnet.

In einem weiteren Beitrag nimmt das Object of Desire Collective *Objekts of Desire. Exploring the Narratives of the Sex Work Through the Biographies of Objects* (S. 155) sogenannte OoD (Objects of Desire) in den Blick, um hierüber Sexarbeiter*innen zu einer Untersuchung von Beziehungen der Sexarbeiter*innen zu lenken.

Beate Absalon, Junior Fellow am Internationalen Forschungszentrum Kulturwissenschaften, Wien, nähert sich in *Anschauungsmaterial – Anfassmaterial. Neue Formen sexualpädagogischer Materialsammlungen im Dialog mit Objekten feministischer Gegenwartskunst* (S. 175) über Modellen primärer Geschlechtsorgane, die zur progressiven Sexualbildung hergestellt wurden, Werken von feministischen Künstler*innen mit ähnlichen Ausdrucksformen. Sie stellt Materialien für die sexualpädagogische Praxis vor, die etwa – nun korrekt und komplett! – die Anatomie der Vulva vollständig visualisieren und damit Museum und schulische Fortbildung verbindet.

Die Publikation verdeutlicht den Wandel von Darstellungen von Geschlecht und Sexualität in Sammlungen und Museen, wobei manchmal die Differenzierung Geschlecht – Sexualität etwas unscharf scheint, was ggf. Leser*innen aus der klassischen Sexualwissenschaft kritisieren könnten. Aufgrund der Allgegenwärtigkeit dazugehöriger Objekte kann die Publikation dem mit dem Topos nicht vertrauten Museumsmitarbeiter*innen wichtige Problemkreise aufzeigen und auch den heute nötigen Standard im Umgang mit diesen erläutern, gerade bei einem konservativen Museumshintergrund. Für den mit diesen Fragen Vertrauten bietet der Band eine wichtige Diskursübersicht und weist den dringenden Handlungsbedarf hin, der in vielen, gerade in klassischen lange etablierten Einrichtungen im Bereich dieses Themenfeldes noch zu leisten ist. Aufgrund des günstigen Preises kann sich jede*r am Thema Interessierte die Publikation einfach beschaffen.

Eng verbunden mit dieser Publikation und nicht übersehen werden sollte der parallel erschienene Band *Dinge und Sexualitäten. Körperpraktiken im 20. und 21. Jahrhundert*, herausgegeben von Susanne Roeßiger, Teresa Tammer und Katja Töpfer,¹ der für das DHMD an ausgewählten Sammlungsobjekten dieses Museums Dinge und Sexualitäten verbindet und den neu erschlossenen Bestand unter Aspekten von Tätigkeiten wie „Spülen, Schützen, Abbrechen“, „Einnehmen, Vorsorgen, Regulieren“, „Überziehen, Einsetzen, Auftragen“, „Messen, Zählen,

1 Susanne ROESSIGER / Teresa TAMMER / Katja TÖPFER, Hg, *Dinge und Sexualitäten. Körperpraktiken im 20. und 21. Jahrhundert* (Dresden 2021).

Beobachten“, „Stimulieren, Ausprobieren, Spielen“, „Trainieren, Optimieren, Therapieren“ der Öffentlichkeit vorstellt und das besondere Forschungspotential und die Anschlussfähigkeit dieser Objekte hervorhebt.

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: Ass.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marina Hilber (Innsbruck)
Stv. Präsidentin: MMMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Lobenwein (Rom)
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 monatlichen 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

