

**SEUCHENGESETZGEBUNG**  
**IN DEN DEUTSCHEN STAATEN UND IM KAISERREICH**  
**VOM AUSGEHENDEN 18. JAHRHUNDERT**  
**BIS ZUM REICHSSEUCHENGESETZ 1900**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde an der  
Philosophischen Fakultät der  
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Erstgutachter: Professor Dr. Wolfgang Uwe Eckart  
Zweitgutachterin: Professor Dr. Madeleine Herren-Oesch

von  
Bärbel-Jutta Hess

Heidelberg 2009

## Vorwort

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Wolfgang Uwe Eckart, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine hilfreiche Anleitung, seine äußerst engagierte Betreuung, sein fortwährendes Interesse und insbesondere das in mich gesetzte Vertrauen danken.

Ebenfalls sehr herzlich danken möchte ich Frau Professor Dr. Madeleine Herren-Oesch für die Übernahme des Korreferats.

Zu großem Dank bin ich meinen beiden Freundinnen Barbara Schirmacher und Christina Schramm verpflichtet, die viel Zeit und Mühe in die Korrektur dieser Arbeit investiert und mir zahlreiche Verbesserungshinweise gegeben haben.

Besonderer Dank gilt meiner Freundin Hille Gruber. Als Kommilitonin ebenso mit „Dissertationsstress“ vertraut, hat mir ihr positiver Zuspruch Mut gegeben, die Arbeit fortzusetzen.

Für die schönste Abwechslung der Welt möchte ich meinen beiden Schwiegertöchtern Katrin und Sonja und meinen Söhnen Stephan und Christian danken, die mir drei muntere Enkelkinder geschenkt haben. Jakob, Anika und Paul sorgten für regelmäßige Erholungspausen, die mich von der Arbeit weg in die wunderbar erquickende Kinderwelt führten.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Mann Peter. Seine große Hilfe bei Computerproblemen, mehr noch seine unerschütterliche Gelassenheit waren mir besonders in der letzten Phase dieser Arbeit ein starker und verlässlicher Rückhalt.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>II</b>	<b>Grundlage der Seuchenbekämpfung: Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege auf deutschem Gebiet bis 1830</b>	<b>56</b>
1	Frühe gesundheitliche Maßnahmen	56
1.1	Die Entstehung von Krankenhäusern	57
1.2	Die Ausbildung von Ärzten	57
1.3	Die ersten Medizinalordnungen	58
2	Programmatische Ideen zur öffentlichen Gesundheitspflege	60
2.1	Joachim Struppius (1530-1606) und die „Reformation“	60
2.2	Staatsphilosophien und Gesundheitspolitik	62
2.3	Johann Peter Frank (1745-1821): „System einer vollständigen medicinischen Polizey“	65
3	Resümee	67
<b>III</b>	<b>Seuchengeschichte und Entwicklung der Seuchengesetzgebung bis 1830</b>	<b>70</b>
1	Ausgewählte Seuchen und ihre Geschichte	70
1.1	Der Aussatz (Lepra)	70
1.2	Die asiatische Cholera	71
1.3	Das Fleckfieber (Flecktyphus)	73
1.4	Das Gelbfieber	74
1.5	Die Pest (orientalische Beulenpest)	75
1.6	Die Pocken (Variola)	76
2	Die Ursprünge der Seuchengesetzgebung	78
2.1	Die Einschleppung und Verbreitung von Seuchen auf deutschem Boden	78
2.2	Schutzvorkehrungen zur Bekämpfung der Pest	80
2.2.1	Erste Erklärungs-, Abwehr- und Vorsorgeversuche	80
2.2.2	Maßnahmen zur inneren Sicherheit und zum Schutz vor Gefahr von außen	82
2.2.2.1	Erste Anordnungen und Gesetze	82
2.2.2.2	Die Einrichtung von Pesthäusern zur Isolierung von Kranken	84
2.2.3	Schutzmaßnahmen gegen die Einschleppung von Seuchen	85
2.2.3.1	Die Einführung der Anzeigepflicht	85
2.2.3.2	Restriktionen im Personen- und Warenverkehr	86
2.2.3.3	Quarantäne und Kordone	87
3	Resümee	89

<b>IV</b>	<b>Die Entwicklung gesetzlicher Strategien am Beispiel der Pockenbekämpfung</b>	<b>91</b>
1	Zur Geschichte der Pockenschutzimpfung	91
1.1	Die Inokulation der Pocken und ihre Einführung in Europa im 18. Jahrhundert	91
1.2	Die Vakzination und ihre Einführung in Deutschland ab 1799	93
1.3	Erste staatliche Maßnahmen zur Vakzination ab 1800	94
1.4	Die Impfantwicklung ab 1800: erste Bedenken, Probleme und Widerstände	95
1.4.1	Die Impfkritik des Marcus Herz (1747-1803)	95
1.4.2	Die unerwarteten Impfprobleme ab 1813	96
1.4.3	Die Impfgegnerbewegung bis 1875 (Inkrafttreten des Impfgesetzes)	98
1.5	Resümee	100
2	Vergleichende partikular-staatliche Impfrege- lungen in Preußen, Bayern, Baden und Sachsen	101
2.1	Die Impfrege- lungen in Preußen	101
2.1.1	Die Pockenbekämpfung im 18. Jahrhundert	101
2.1.2	Die Einführung der Vakzination	102
2.1.3	Staatliche Impfrege- lungen und die Situation der Pockenbekämpfung bis 1825	104
2.1.4	Die Impfrege- lungen von 1826 und das „Regulativ“ von 1835 mit Einführung des indirekten Impfwangs	107
2.1.5	Die verschärfenden Maßnahmen ab 1835 bis 1870	109
2.1.6	Die Revakzination	111
2.1.7	Die Impfrege- lungen für das Militär	111
2.1.8	Resümee	112
2.2	Die Impfrege- lungen in Bayern	114
2.2.1	Die Situation der Pockenbekämpfung im 18. Jahrhundert	114
2.2.2	Die Einführung der Vakzination	116
2.2.3	Die staatlichen Impfrege- lungen bis 1806	118
2.2.3.1	Die Einrichtung der Zentral-Impf- arztstelle	118
2.2.3.2	Die Verschärfung der Impf- maßnahmen	119
2.2.4	Die Einführung der gesetzlichen Pockenschutzimpfung 1807	120
2.2.5	Ergänzende Verordnungen und die Impfsituation bis 1870	122
2.2.6	Die Revakzination	124
2.2.7	Die Impfrege- lungen für das Militär	124
2.2.8	Resümee	125

2.3	Die Impfregelelungen in Baden	127
2.3.1	Die Seuchenbekämpfung im 18. Jahrhundert	127
2.3.2	Die Einführung der Vakzination	128
2.3.3	Die staatlichen Regelungen und die Situation der Pockenbekämpfung bis 1808	130
2.3.4	Verschärfende Maßnahmen gegen Behörden und Ärzte	132
2.3.5	Die Einführung des indirekten und gesetzlichen Impfwangs 1809 und 1815	134
2.3.6	Die Verschärfungen der Impfpflicht ab 1826	136
2.3.6.1	Die Salpeterer und der Impfwang	136
2.3.6.2	Die General-Impfrevision von 1826	137
2.3.7	Die Revakzinationen	138
2.3.8	Die Impfregelelungen für das Militär	140
2.3.9	Resümee	141
2.4	Die Impfregelelungen in Sachsen	142
2.4.1	Die Pockenbekämpfung im 18. Jahrhundert	142
2.4.2	Die Einführung der Vakzination	143
2.4.3	Die staatlichen Regelungen und die Situation der Pockenbekämpfung	144
2.4.4	Das Impfmandat vom 22. März 1826	145
2.4.5	Die Impfmaßnahmen bis 1868	147
2.4.5.1	Die Impffagitation von 1869	149
2.4.5.2	Die Auswirkungen der liberalen Impfregelelung	150
2.4.6	Die Impfregelelungen für das Militär	151
2.4.7	Resümee	152
2.5	Vergleichende Betrachtung der Pockenbekämpfung in den Staaten Preußen, Bayern, Baden und Sachsen	153
<b>V</b>	<b>Die Seuchenproblematik ab 1830: Die Cholera und die Choleraforschung</b>	<b>161</b>
1	Die Cholera, „das ungeheure Weltphänomen“	161
2	Drakonisch, doch unwirksam: Die preußischen Sicherungsvorkehrungen 1830	162
2.1	Die „Instruktion“: ihre Anwendung, Modifizierung und Konsequenzen	165
2.2	Die Situation der Berliner Bevölkerung unter der Anwendung der „Instruktion“	166
3	Die Choleraforschung: Impuls für die Entwicklung der Hygiene und Bakteriologie	168
3.1	Hygienische Missstände und Seuchen	168
3.2	Max von Pettenkofer (1818-1901): Begründer der wissenschaftlichen Hygiene	169

3.3	Robert Koch (1843-1910): Begründer der modernen Bakteriologie und Mikrobiologie	172
4	Die Gesetzgebung in Abhängigkeit von der Forschung am Beispiel der Cholera	177
4.1	Die ersten Gesetze zur Bekämpfung der Cholera	178
4.2	Verordnungen unter dem Einfluss der Miasma-Theorie von Pettenkofer	181
4.3	Die gesetzlichen Anpassungen gemäß der Kontagionstheorie von Koch	184
4.4	Traditionelle Lehren kontra neue Erkenntnisse am Beispiel der Cholera-Epidemie in Hamburg 1892/93	185
5	Resümee	188
<b>VI</b>	<b>Die Medizinalreformbewegung</b>	<b>191</b>
1	Entstehungsmotive und Ausgangssituation	191
2	Rudolf Virchow (1821-1902) und „Die Medizinische Reform“	192
3	Die Entwicklung der Hygienebewegung	195
4	Johann Georg Varrentrapp (1809-1886): Sozialpolitiker und Begründer der praktischen Hygiene	196
4.1	Die Gründung der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege (1867)	197
4.2	Die Gründung des Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege (1873)	199
5	Das ärztliche Vereinswesen und Hermann Eberhard Richter (1808-1876)	200
5.1	Motive zur Entwicklung	200
5.2	Die Gründung der Sektion für Medizinalreform (1865) und des deutschen Ärzte-Vereinsbundes (1873)	204
6	Resümee	206
7	Exkurs: Die Geschichte der Gesellschaft deutscher Naturforscher und und Ärzte (GDNÄ)	208
<b>VII</b>	<b>Seuchenbekämpfung auf dem Wege der staatlichen Vereinheitlichung der öffentlichen Gesundheitspflege</b>	<b>214</b>
1	Die Petitionen zur Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bund vom Februar und März 1870	214
1.1	Die Grundlage der Petitionen	214
1.2	Die Initiatoren, Motive und Inhalte der Petitionen	215
2	Die Debatte vom April 1870: „Zentralbehörde“ und „Medizinalstatistik“	218
3	Der Zusatzantrag vom 12. März 1870: Trennung der Wege zum Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 und zum Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900	222

4	Resümee	224
5	Exkurs: Statistik und öffentliche Gesundheitspflege	225
<b>VIII</b>	<b>Der parlamentarische Weg zum Impfgesetz vom 8. April 1874</b>	<b>228</b>
1	Motive und Vorarbeiten	228
1.1	Die Petition und der Entwurf eines Impfgesetzes vom 15. März 1872	228
1.2	Die Forderungen der Versicherungsgesellschaften	230
2	Die vorbereitenden Verhandlungen im Deutschen Reichstag zur reichs- einheitlichen gesetzlichen Regelung der Impffrage	232
2.1	Die Impfkontroverse	232
2.2	Der Entwurf des Gesetzes über den Impfwang im Reichstag am 5. Februar 1874	235
3	Die Debatten im Deutschen Reichstag: Vom Entwurf „Gesetz über den Impfwang“ zum „Impfgesetz“	237
3.1	Die kontroverse Debatte und ihre Kontrahenten	237
3.1.1	Die Befürworter des Impfwangs	239
3.1.1.1	Wilhelm Löwe (1814-1886)	239
3.1.1.2	August Zinn (1825-1897)	246
3.1.2	Die Gegner des Impfwangs	250
3.1.2.1	August Reichensperger (1808-1895)	250
3.1.2.2	Otto Reimer (1841-1892)	254
4	Sonstige Beiträge, Debattenbeteiligung und Abstimmungsergebnisse	260
4.1	Beiträge von anderen Abgeordneten	260
4.2	Beteiligung an den Debatten und Abstimmungsergebnisse	262
5	Resümee	263
<b>IX</b>	<b>Das Impfgesetz: Opposition, Reaktion, Petitionen und Innovationen</b>	<b>266</b>
1	Opposition: Die Impfgegnerbewegung ab 1875	266
2	Die Reaktion der Ärzteschaft	272
3	Petitionen bewirkten Innovationen	277
4	Resümee	290

<b>X</b>	<b>Der parlamentarische Weg zum Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichsseuchengesetz) vom 30. Juni 1900</b>	<b>292</b>
1	Einflüsse auf die reichseinheitliche Seuchengesetzgebung	292
1.1	Die Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1876	292
1.2	Die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts	295
1.3	Die erneute Pestbedrohung 1879 und die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892	297
1.4	Das Leichenschaugesetz	299
2	Die Debatten im Deutschen Reichstag zum Reichsseuchengesetz	301
2.1	Der Gesetzentwurf von 1893	301
2.2	Die Neuvorlage des Gesetzentwurfs vom 24. März 1900	302
2.3	Der Inhalt des Gesetzentwurfs	305
3	Die Beratungen des Gesetzentwurfs im April und Juni 1900	306
3.1	Allgemeine Betrachtungen	306
3.2	Kritische Auseinandersetzung mit den Kernpunkten des Gesetzentwurfs	309
3.2.1	Die beschränkte Auswahl der Seuchen	309
3.2.2	Die Ermittlung und Anzeige der Seuchen	312
3.2.3	Der Eingriff in die persönliche Freiheit	314
3.2.4	Die Entschädigungsregelung	315
3.2.5	Die obligatorische Leichenschau	317
4	Emanuel Wurm (1857-1920): Kritische Betrachtung der öffentlichen Gesund- heitspflege - Gegenüberstellung von Seuchengesetz und Reformideen Virchows	318
5	Abstimmung und Beschluss des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900	327
6	Resümee	328
<b>XI</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>332</b>
	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	<b>349</b>
	<b>Abkürzungen</b>	<b>361</b>
	<b>Anhang</b>	<b>362</b>

## I Einleitung

„Ziel der Medizin ist es nicht nur, Krankheiten zu studieren und zu heilen, sie unterhält gleichzeitig ein inniges Verhältnis zur Organisation der Gesellschaft; manchmal hilft sie dem Gesetzgeber beim Entwurf von Gesetzen, oft unterstützt sie den Verwaltungsbeamten bei ihrer Anwendung, und immer wacht sie, zusammen mit der Administration, über die Aufrechterhaltung der öffentlichen Gesundheit.“<sup>1</sup>

Die Bedrohung durch Infektionskrankheiten begleitet das Leben der Menschen bis heute. Nachrichten über Grippewellen, Magen-Darm-Erkrankungen oder die Zunahme der Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) gehören zu unseren täglichen Informationen. Meist wähen wir uns in Sicherheit und weitab vom lebensbeeinträchtigenden Krankheitsgeschehen. Auch immer häufigere Medienberichte über die weltweit um sich greifende Tuberkulose, die noch vor hundert Jahren als eine der gefürchtetsten Seuchen galt, alarmieren uns dank Antibiotikaforschung kaum.<sup>2</sup> Aufgeschreckt allerdings werden wir von Schlagzeilen wie „Die Pandemie wird kommen – irgendwann [...] - Katastrophenübung von Bund und Ländern spielt Horrorszenario einer weltweiten Grippewelle durch“<sup>3</sup>. Die solcherweise angekündigte turnusmäßige LÜKEX-Übung (Länderübergreifende Krisenmanagement Exercise) am 7. und 8. November 2007 stand unter dem Motto einer Influenza-Pandemie und war nach Aussagen des Präsidenten des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe höchst notwendig: „Obwohl derzeit keine akute Gefährdung durch Seuchen existiert, muss sich der Bevölkerungsschutz in Deutschland frühzeitig mit einer solchen Situation auseinandersetzen“.<sup>4</sup>

Die LÜKEX-Übung probt die erforderliche Koordination öffentlicher und privater Hilfsorganisationen sowie technischer Einsätze für den Ernstfall und wird alle zwei Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit organisiert.<sup>5</sup> Hintergrund für diese Maßnahme ist die vom Robert-Koch-Institut, Berlin, erwartete Masseninfektion, eine Influenza, die vom Vogelgrip-

<sup>1</sup> Aus „Analyse d'hygiène publique et de médecine légale I (1829)“ zitiert nach Bertani, Mauro: Zur Genealogie der Biomacht. In: Stingelin, Martin (Hg.): Biopolitik und Rassismus. Frankfurt (M) 2003, 228-259, hier 247-248.

<sup>2</sup> Höltzcke, Inge: „Die Tuberkulose lauert immer an der Tür der Armen. Die Schwindsucht im Laufe der Jahrhunderte – Heute ist sie vor allem ein globales Problem – Gespräch mit Dr. Oswinde Bock-Hensley und Prof. Dr. Wolfgang Uwe Eckart.“ In: Rhein-Neckar-Zeitung 69, 19 vom 22. März 2008.

<sup>3</sup> Kaulen, Hildegard: Im Würgegriff der Tuberkulose. In: [www.faz.net/](http://www.faz.net/) vom 8. August 2007.

<sup>4</sup> Rhein-Neckar-Zeitung. Heidelberg, Nr. 258, 17, vom 8. November 2007.

<sup>5</sup> Ebenda.

<sup>5</sup> An der Übung im Oktober 2007 nahmen Behörden des Bundes und eines Großteils der Bundesstaaten, die polizeiliche Gefahrenabwehr, Feuerwehren, Hilfsorganisationen, das Technische Hilfswerk, die Notfallplanung und der Zivilschutz sowie auch private Unternehmen wie die Deutsche Bahn, die Firmen BASF und Boehringer Ingelheim und die Lebensmittelkette Tengelmann teil.

pevirus ausgelöst, sich von Südostasien aus in mehreren Wellen um den Globus verbreitend, rund 30 Prozent der deutschen Bevölkerung erfassen, und Fachleuten zufolge 96.000 Todesopfer fordern könnte.<sup>6</sup> Angesichts solcher Zahlen beschleicht uns Unwohlsein eingedenk der Tatsache, dass sich durch den rasanten Übertragungsweg von nur wenigen Flugstunden ein gefährlicher Krankheitserreger, wie etwa auch der des SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), in bedrohlicher Nähe befindet. Dennoch vertrauen wir dem medizinischen Fortschritt, der uns prophylaktische Impfungen und wirksame Antibiotika beschert, und verlassen uns auf vorsorgende staatliche Hilfsmaßnahmen in der Erwartung, vor lebensbedrohlichen „gemeingefährlichen“ Infektionskrankheiten geschützt zu werden.

LÜKEX als Hygieneprogramm oder öffentliche Gesundheitspflege ist ein Beispiel staatlicher Strategie, „die Gesundheit der Bevölkerung auf dem Weg über die Eindämmung der großen Epidemien, die Senkung der Sterblichkeitsrate und die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer sicherzustellen“.<sup>7</sup>

Die Grundlage und Handhabe, die den Staat befähigt, die Gesundheit der gesamten Gesellschaft zu schützen und zu kontrollieren, ist eine Leistung der Medizin. Sie konnte sich dank der öffentlichen Hygiene eine administrative Mitbestimmung aneignen, indem sie einige der spezialisierten, für die Medizin des 19. Jahrhunderts grundlegenden Funktionen übernahm: die „Beobachtung, Korrektur, Verbesserung und den Schutz des Gesellschaftskörpers“<sup>8</sup>. Interventionen und Kontrollverfahren verwandelten die Medizin in eine allgemeine Technik, die der politischen Macht jene Form der Rationalität zur Verfügung stellte, deren diese bedurfte, um die ihr eigenen Strategien und Regierungspraktiken auszurichten, „das Gesamt des Gesellschaftskörpers sanitär zu verteidigen“<sup>9</sup>, wie Michel Foucault (1926-1984) postulierte. Foucault stellte weiter fest, dass sich Ende des 18. Jahrhunderts eine neue Technologie der Macht herausgebildet hatte, eine Bio-Macht, die er als „Biopolitik“ der menschlichen Gattung bezeichnet. In dieser Zeit haben „Prozesse der Geburten- und Sterberate, der Lebensdauer [...] in Verbindung mit einer ganzen Menge ökonomischer und politischer Probleme [...] die ersten Wissensobjekte und die ersten Zielscheiben biopolitischer Kontrolle abgegeben“.<sup>10</sup> Demographische Erhebungen wie Beobachtung zu Natalität führten zu Geburtenpolitik bzw. zu Inter-

<sup>6</sup> Lükex-Übung 7./8. November 2007: [www.landkreis-neunkirchen.de/landkreis/unterseiten/unter\\_2/luekex.html](http://www.landkreis-neunkirchen.de/landkreis/unterseiten/unter_2/luekex.html) vom 13. Januar 2008.

<sup>7</sup> Bertani, Genealogie, 248.

<sup>8</sup> Ebenda.

<sup>9</sup> Ebenda.

<sup>10</sup> Foucault, Michel: In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975-76). Frankfurt (M) 1999, hier 280.

ventionsschemata. Doch bei der Biopolitik ginge es nicht nur um das Problem der Sterblichkeit oder der Fruchtbarkeit, auch nicht mehr nur „um Epidemien, sondern um etwas anderes, das man Endemien nennen könnte, d.h. die Form, Natur, Ausdehnung, Dauer und Intensität der in einer Bevölkerung herrschenden Krankheiten. Mehr oder weniger schwer ausrottbare Krankheiten, die anders als die Epidemien nicht unter dem Blickwinkel zunehmender Todesursachen betrachtet werden, sondern als permanente Faktoren – [...] des Entzugs von Kräften, der Verminderung der Arbeitszeit, des Energieverlustes und ökonomischer Kosten, und zwar ebenso sehr aufgrund des von ihnen produzierten Mangels wie der Pflege, die sie kosten können. Kurz, Krankheit als Bevölkerungsphänomen: nicht mehr als Tod, der sich brutal auf das Leben legt – das ist die Epidemie -, sondern als permanenter Tod, der in das Leben hineinschlüpft, es unentwegt zerfrisst, es mindert und schwächt.“ [...] „Diese Phänomene [...] führen zur Einrichtung einer Medizin, deren Hauptaufgabe jetzt in der öffentlichen Hygiene liegt, mitsamt den Organismen zur Koordinierung der medizinischen Versorgung, der Zentralisierung der Information, der Normalisierung des Wissens und die auch das Aussehen einer Aufklärungskampagne in Sachen Hygiene und medizinischer Versorgung der Bevölkerung annimmt.“<sup>11</sup> Dabei habe es die Biopolitik mit einem neuen Körper zu tun, „mit der Bevölkerung als politischem Problem, [...] als biologischem und Machtproblem“.<sup>12</sup> Mithilfe von Mechanismen gehe es darum, „das Leben und die biologischen Prozesse der Menschengattung zu erfassen und [...] deren Regulierung sicherzustellen“.<sup>13</sup> Weiterhin gehe aus der „Technologie der Bio-Macht, dieser Technologie der Macht über „die“ Bevölkerung als solche, über den Menschen als Lebewesen, eine dauerhafte und gelehrte Macht hervor: die Macht „leben zu machen“.<sup>14</sup> Die Medizin gelange durch Überwachung und Kontrolle zu „technischem Wissen“. Dadurch sei die Medizin „ein Macht-Wissen, das sich auf die Körper wie die Bevölkerung, auf den Organismus wie die biologischen Prozesse erstreckt und also disziplinierende und regulierende Wirkungen hat.“<sup>15</sup>

Mit der Einführung der „neuen Ökonomie der Macht“ untersuchte Foucault unter anderen die Prozesse der Medikalisierung der Arbeitskraft, der Systeme der Krankenversicherung und der Alterssicherung.<sup>16</sup>

Jean-Pierre Goubert, der 1982 den Begriff „Medikalisierung“ prägte, sah in den Ärzten besonders Privilegierte, die sich bei dem Prozess des zunehmend breiteren medizinischen

---

<sup>11</sup> Foucault, In Verteidigung der Gesellschaft, 281-282.

<sup>12</sup> Ebd., 283.

<sup>13</sup> Ebd., 284.

<sup>14</sup> Ebd., 285.

<sup>15</sup> Ebd., 292.

<sup>16</sup> Bertani, Genealogie, 236.

Angebots aus der übrigen Heilergruppe heraushoben.<sup>17</sup> Dabei seien Ärzte als Ausübende die „Wächter der Moral in der öffentlichen Gesundheit“, so Michel Foucault, sie seien Diener des Staates, die die Einzelindividuen zunehmend unter ihre Aufsicht brachten.<sup>18</sup>

Unter Medikalisierung, so legt Ute Frevert dar, werde nicht nur die Einbeziehung tendenziell aller Menschen in ein immer dichteres, von akademischen Experten kontrolliertes Netz medizinischer Versorgung verstanden. „Die Medikalisierung der Gesellschaft fand vielmehr auch auf der Ebene von Normen und Deutungsmustern statt, die die Mentalität sozialer Schichten und Klassen prägten und ihr alltägliches Verhalten strukturierten. Mit der Propagierung von Verhaltensregeln grenzten Ärzte und Gesundheitsadministration zugleich solche Verhaltensweisen aus, die sie als krankheitsfördernd und gesundheitsschädlich bezeichneten.“<sup>19</sup> Das bedeutete, dass Ärzte und Staat für gesundheitspolitische Bestrebungen eine Interessenkoalition eingingen, die eine tiefgreifende Verhaltensänderung der Bevölkerung herbeiführte.

Eine weitere Definition der Medikalisierung verlagert einen Anteil des Prozesses von der Staatsmacht und den Ärzten auch auf die Bevölkerung, und zwar insofern, als eine Wechselwirkung zwischen Staat, Heilkunde und der Bevölkerung stattfindet, in dem „nicht nur repressive politische und kulturelle Gewalt auf Untertanen, Kranke und Lientherapeuten ausgeübt wird, sondern medizinische Ansprüche an Staat und Ärzteschaft formuliert werden“.<sup>20</sup>

Als Theorem für die Entwicklung der Medikalisierung der Gesellschaft prägte Foucault den Begriff „Biomacht“, als Technologie der Macht über die Bevölkerung. Sie dient dem Staat als „Biopolitik“. Die „Gesundheit“ und das „physische Wohlergehen der Bevölkerung“ sei „eines der wesentlichen Ziele der politischen Macht“.<sup>21</sup> Wenn man sich um das Wohlergehen sowohl der einzelnen Körper wie des ganzen sozialen Körpers kümmert, indem man die Regierung einer „Bevölkerung, die auf einem bestimmten Territorium lebt“, sichert und die Quantität und Qualität des humanen Kapitals, aus dem sie ihre Kraft schöpft, bewahrt und beschützt, ist es möglich, dem Staat auf dauerhafte Weise einen Mehrwert an Kraft und Macht zu garantieren. Es sei die Geburt einer Politik, die „notwendigerweise eine Biopolitik“ sei, deren Substanz die Bevölkerung bilde.<sup>22</sup> Die Medizin, die in der öffentlichen Gesund-

---

<sup>17</sup> Eckart, Wolfgang U.; Jütte, Robert: *Medizingeschichte. Eine Einführung*. Köln, Weimar, Wien 2007, hier 312-313.

<sup>18</sup> Eckart/ Jütte, *Medizingeschichte*, 16-17.

<sup>19</sup> Frevert, Ute: *Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984, hier 16.

<sup>20</sup> Loetz, Francisca: *Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850*. *Med GG 10, Beiheft 2*, Stuttgart 1993, hier 50.

<sup>21</sup> Bertani, *Genealogie*, 237.

<sup>22</sup> Ebd., 239.

heitspflege eine administrative Mitbestimmung, ein „medizinisch-administratives Wissen“ ausgebildet habe, sei eine „Sozialmedizin“ bzw. „politische Medizin“ geworden.<sup>23</sup>

Zur Durchsetzung dieser Schutzvorkehrungen oder „politischen Medizin“ bedarf es einer autorisierten Administration und zielgerichteter Gesetze zur Verhütung von Krankheit zugunsten der Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Vorsorgende Maßnahmen bzw. seuchenbezogene gesetzliche Bestimmungen wurden als staatliche Interventionen erstmals beim Erscheinen der großen Pest ab 1347 in Europa notwendig.

Seit jeher bedrohten „gemeingefährliche“ Krankheiten das Leben von Einzelnen, von Familien und von ganzen Völkern, beeinträchtigten ihre Existenz oder zerstörten sie. Seuchen beeinflussten Kriegsgeschehen und politische Ereignisse und immer zogen sie wirtschaftliche, politische, kulturelle und soziale Veränderungen nach sich.

Die Seuchengeschichte Europas geht zurück ins frühe Mittelalter, als im 6. Jahrhundert im östlichen Mittelmeerraum Tausende von Menschen der so genannten „Justinianischen Pest“ zum Opfer fielen. Danach wurden immer wieder neue, heute nicht mehr eindeutig diagnostizierbare Infektionskrankheiten nach Europa eingeschleppt, die sich in ausgedehnten Seuchenzügen auch auf deutschem Boden ausbreiteten. Oft nahmen sie endemischen Charakter an und wiederholten sich in unregelmäßigen Abständen.

Besonders gefürchtet jedoch waren die Pandemien, die durch Infektionskrankheiten, wie die Pest des 14. Jahrhunderts, die asiatische Cholera des 19. Jahrhunderts und die Grippe Anfang des 20. Jahrhunderts ausgelöst wurden und zahllosen Menschen das Leben kosteten.<sup>24</sup>

Infektionskrankheiten führen durch ihren hohen Ansteckungsgrad und ihre schnelle Verbreitung zu Seuchen, das heißt zu einer örtlich und zeitlich begrenzten Massenerkrankung. Sie werden durch lebende Organismen, wie Bakterien, Viren oder Pilze ausgelöst, die von Mensch zu Mensch durch Verletzungen, durch die Luft oder auf fäkal-oralem Weg übertragen werden können. Manche Infektionskrankheiten benötigen einen Überträger. Häufig sind dies Flöhe, Läuse, (Stech)-Fliegen, Insekten, Ratten oder Mäuse. Bis weit in das 19. Jahrhundert hinein galten Seuchen als Haupttodesursache. Inzwischen sind viele Seuchen zurückgegan-

---

<sup>23</sup> Bertani, Genealogie, 248.

<sup>24</sup> Eckart, Wolfgang U.: Geschichte der Medizin, 5., korrigierte und aktualisierte Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 2005, hier 67, 203.

Vasold, Manfred: Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute. München 1991, hier 270.

Detke, Barbara: Die asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preußischen Provinzen Posen, Preußen und Schlesien. Berlin 1995, hier 2-7.

gen, treten nur noch selten auf oder sind, wie die Pocken – bis auf einige Viren in Laboratorien -<sup>25</sup>, ausgerottet worden. Trotz des Wandels der Lebens-, Arbeits- und Wohnverhältnisse und einem höheren hygienischen Standard an Sauberkeit sowie besserer medizinischer Versorgung,<sup>26</sup> können bis heute globale lebensbedrohliche Seuchen auftreten, wenn es sich um unbekannte Erreger handelt, die zur gezielten Bekämpfung erst identifiziert werden müssen.<sup>27</sup>

Die regelmäßig durchgeführten LÜKEX-Übungen verdeutlichen die fortdauernde Seuchengefahr und bestätigen, dass Seuchenbekämpfung bis heute ein aktuelles Diskussionsthema geblieben ist.

## **Ziele der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit möchte mit einem Beitrag zur Geschichte der Seuchenbekämpfung eine bestehende Forschungslücke schließen.

Nach Reichsgründung am 18. Januar 1871 wurden zwei gesetzliche Innovationen gegen große Volksseuchen geschaffen. Es handelt sich um das Impfgesetz vom 8. April 1874 und das Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 - allgemein als „Reichsimpfgesetz“ bzw. „Reichsseuchengesetz“ bezeichnet. Beide Gesetze erlangten weitreichende Bedeutung. Deshalb wird, in dieser Arbeit zum ersten Mal, der vollständige parlamentarische Prozess für diese beiden prophylaktischen Interventionen nachgezeichnet.

Bei der Bearbeitung des komplexen Themas der Seuchengesetzgebung wurden neben Ursprung und Entwicklung in besonderer Weise die gesetzlichen Bestimmungen zur Pockenschutzimpfung verschiedener deutscher Staaten betrachtet und ein Vergleich zu den in ihrer Effizienz unterschiedlichen Impfbestimmungen in Preußen, Bayern, Baden und Sachsen gezogen. Die einzigartige Möglichkeit, mit der Vakzination einen flächendeckenden Schutz vor der Pockeninfektion zu erreichen, gelang jedoch erst mit der Einführung des Reichsimpfge-

---

<sup>25</sup> [www.rki.de/cln\\_011/nn\\_229970/DE/Content/Infekt/Ausbildungsmaterialien](http://www.rki.de/cln_011/nn_229970/DE/Content/Infekt/Ausbildungsmaterialien) vom 6. Juni 2008, 18.46 h:  
Offiziell existieren Pockenviren noch bei den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in den USA und im russischen Virologischen Institut (VECTOR) in Koltsovo/Novosibirsk. Die endgültige Vernichtung dieser Bestände ist bislang mehrfach verschoben worden.

<sup>26</sup> Vasold, Pest, 7-14.

<sup>27</sup> Hamberger, Beatrice: Neue Seuchen sind auf dem Vormarsch – alte erleben eine Renaissance. Das Robert-Koch-Institut – Deutschlands zentrale wissenschaftliche Institution für Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung. [www.schreibe-texte.de/Leseproben/BM1\\_07\\_rki\\_portrait.pdf](http://www.schreibe-texte.de/Leseproben/BM1_07_rki_portrait.pdf) vom 29. April 2008, 16.54 h.

setzes vom 8. April 1874. Diese zur Ausrottung der Pocken führende Präventivmaßnahme, die für alle Staaten des Deutschen Reiches die gesetzlichen Grundlagen für eine einheitliche Pockenschutzimpfung festschrieb, war maßgeblicher Anlass, den Werdegang des Gesetzes ganzheitlich zu beschreiben.

Die Gesetzgebung zur Pockenschutzimpfung nahm mit der Einführung der von Edward Jenner (1749-1823) entwickelten Vakzination Ende des 18. Jahrhunderts ihren Anfang. Bei der Vakzination handelt es sich um eine Impfmethode, bei der Menschen durch Injektion des Erregers der weit weniger gefährlichen Kuhpocken vor den lebensbedrohlichen Menschenpocken geschützt werden. Die Bezeichnung „Vakzination“ geht auf „vacca“ für Kuh zurück.

Bei den Zeitgenossen galt die Vakzination als „ein vorteilhaftes oder wohltätiges Mittel“, ein „überschwengliches Glück“ für die Menschheit, für das sich die Staaten vereinigen und „einmütig“ zur Ausführung „dahin wirken“ sollten.<sup>28</sup> Der Urheber dieses ´frommen Wunsches´ konnte 1801 nicht davon ausgehen, dass 1874, nach einer siebzigjährigen Zeitspanne, mit dem Reichsimpfgesetz eine für alle deutschen Staaten einheitliche Impfrege lung besiegelt würde. Das Ergebnis war die erste und einzige von Menschenhand wirksam bekämpfte und schließlich ausgerottete Infektionskrankheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte 1980 die Erde als pockenfrei.<sup>29</sup>

Ein zweites zur Verhütung und Bekämpfung großer Volkskrankheiten geschaffenes Gesetz rückte ebenfalls in den Blickpunkt dieser Arbeit. Es handelt sich um das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900.

Die Bedeutung dieses Gesetzes liegt in der Auswahl einiger weniger Seuchen, die wegen ihrer pandemischen Natur und der Einschleppungsgefahr durch zunehmenden Handel und Schiffsverkehr bis ins späte 19. Jahrhundert als erhebliche Bedrohung für das gesamte Deutsche Reich galten. Für die ausgewählten „übertragbaren“ Krankheiten Aussatz (Lepra), asiatische Cholera, Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest und Pocken wurden reichseinheitliche Richtlinien zur Verhütung und Bekämpfung im Reichsseuchengesetz verankert. In Anlehnung an diese Vorgabe sind in der vorliegenden Arbeit die Genese und Morphologie ausschließlich dieser Seuchen näher beschrieben.

---

<sup>28</sup> Schmiedtgen, J[ohann], G[ottfried], D[aniel] (Hg.): Die Kuhpockenimpfung. Leipzig 1801, hier 49.

<sup>29</sup> Eckart Wolfgang, U.: Betreffend die gemeingefährlichen Krankheiten. In: Süddeutsche Zeitung 169, 2/8, vom 25. Juli 2000.

Eckart, Wolfgang U.; Gradmann, Christoph (Hg): Ärztelexikon. Von der Antike bis zum 20. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg, New York u.a. 1995, hier 207-208.

Eingeleitet wurde der parlamentarische Weg zum Reichsimpfgesetz und zum Reichsseuchengesetz durch eine Reichstagsdebatte im März 1870.

Zur Verabschiedung des Reichsimpfgesetzes kam es am 24. April 1874, wobei die Dringlichkeit des Problems nach den Erfahrungen der Epidemiejahre 1871/72 sowie der Wunsch nach einer einheitlichen Gesetzgebung nach Reichsgründung ausschlaggebende Motive waren. Besondere Aufmerksamkeit wurde bei der Nachzeichnung des Werdegangs auch den Persönlichkeiten gewidmet, die durch vorbereitende Organisationspolitik den Gesetzgebungsprozess in Gang setzten, voranbrachten und ausnehmend engagiert während der entscheidenden Phase der Reichstagsdebatten konstruktiv-kritisch zu Ende führten.

Das Reichsseuchengesetz wurde erst am 30. Juni 1900 zum Abschluss gebracht. Die langjährige Verzögerung beruhte auf verschiedenen hemmenden Begleitumständen. Die Beschränkung auf einige wenige ausgewählte Infektionskrankheiten war dem von den einzelnen Bundesstaaten vorgegebenen Rahmen angepasst worden. Deshalb schloss das Gesetz die Bekämpfung von zahlreichen anderen großen Volkskrankheiten, wie etwa der Tuberkulose, aus und überließ diese der Verantwortung der einzelnen Landesregierungen.

Das Zustandekommen der beiden Reichsgesetze gegen gefährliche Infektionskrankheiten ist ohne einen langjährigen Entwicklungsprozess nicht denkbar. Der Ursprung der Seuchengesetzgebung und damit des Reichsimpf- und Reichsseuchengesetzes liegt in den ersten Bestimmungen und Verordnungen, die - als Auftakt beginnender staatlicher Interventionen – beim Auftauchen der großen Pest „Schwarzer Tod“ getroffen werden mussten. Als Voraussetzung für die Seuchengesetzgebung waren bereits Grundlagen durch frühe Medizinalordnungen geschaffen worden. Deshalb gibt diese Arbeit einen Abriss sowohl über die Entwicklung der Seuchengesetzgebung als auch der öffentlichen Gesundheitspflege.

Einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Seuchengesetzgebung hat die asiatische Cholera ausgeübt. Gerade die Bearbeitung des Phänomens „Cholera“ verdeutlicht den steinigen Weg, der sowohl zur Bekämpfung einer unbekanntenen Seuche, als auch zur Durchsetzung von Innovationen auf wissenschaftlichem und sozial-hygienischen Gebiet besritten werden musste: Aufgezeigt werden die mangels effektiver Möglichkeiten herkömmlichen, der Pestbekämpfung entlehnten gesetzlichen Maßnahmen und ihre lebensbedrohlichen Auswirkungen auf die Bevölkerung. Ebenso gewinnen die Zusammenhänge zwischen den katastrophalen stadthygienischen Zuständen, der ständigen Seuchenbedrohung und der Zunahme von

Massenerkrankungen in der unter unmenschlichen Verhältnissen lebenden Arbeiterschicht an Deutlichkeit.

Dieses Problem, das eine sozial-kritische Auseinandersetzung auslöste, wurde maßgeblich in der 1848 von Rudolf Virchow (1821-1902), Rudolf Leubuscher (1822-1861) und Salomon Neumann (1819-1908) gegründeten Zeitschrift „Die Medizinische Reform“ behandelt. Die „soziale Frage“ bot der ansteigenden Medizinalreformbewegung<sup>30</sup> gleichzeitig den Anknüpfungspunkt für ihre nachhaltige Forderung nach einer öffentlichen Gesundheitspflege. Damit bot sie die Basis für die Politisierung, Profilierung und Professionalisierung der Ärzteschaft, die, zusammen mit der anschwellenden Hygienebewegung, als Ausgangspunkt für die spätere Seuchengesetzgebung gesehen werden darf.

Die asiatische Cholera zeichnete sich außerdem als Impuls für eine breite methodische Forschung aus, die von der Entwicklung der wissenschaftlichen Hygiene, der wissenschaftlichen Bakteriologie und der praktischen Hygiene gekennzeichnet ist und von Max von Pettenkofer (1818-1901), Robert Koch (1843-1910) und Johann Georg Varrentrapp (1809-1886) verfochten wurden.

Die Entwicklung der Hygienebewegung, der wissenschaftlichen Forschung und der Medizinalreformbewegung stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem bearbeiteten Thema, da sie als gemeinsames Ziel die Grundlage für die Seuchenbekämpfung boten und entscheidende Weichen für die spätere Seuchengesetzgebung stellten.

## **Gliederung, Quellen und Forschungsstand**

Die Arbeit ist im Wesentlichen nach chronologischer Gliederung gestaltet, die sich aus dem Thema und seiner Vorgeschichte ergibt. Den parlamentarischen Weg zweier Gesetze zu erschließen, bedarf es der Beschreibung historischer Hintergründe, grundlegender Voraussetzungen und tiefgreifender Ursprungsereignisse.

Die Kapitel zwei und drei sind deshalb der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Seuchengesetzgebung auf deutschem Gebiet bis 1830 gewidmet. Dafür, wie auch für alle historischen Kapitel, bietet vor allem das Kurzlehrbuch „Geschichte der

---

<sup>30</sup> Eckart, Wolfgang U.: Medizinalreform. In: Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Bd. 7 (im Erscheinen): Die Medizinalreform bestand seit den 1830er Jahren als ärztliche Standesbewegung. Sie verfolgte zum einen die Verbesserung der gesellschaftlichen und materiellen Stellung der Ärzte, zum anderen eine angemessene medizinische Versorgung für die arbeitenden Bevölkerungsschichten. Sprachrohr der Medizinalreformbewegung war die von 1848 bis 1849 bestehende „Medizinische Reform“.

Medizin“ von Eckart<sup>31</sup> eine prägnante aktuelle Übersicht. Die „Geschichte des deutschen Gesundheitswesens“ von Fischer<sup>32</sup> enthält eine breite detaillierte Gesamtdarstellung.

Das zweite Kapitel dieser Arbeit beinhaltet neben einem Abriss der Entwicklung medizinischer Versorgung die für die öffentliche Gesundheitspflege richtungweisenden programmatischen und staatsphilosophischen Ideen.

Das dritte Kapitel gibt einen Überblick über das Wesen der sechs Seuchen, die wegen Einschleppungsgefahr eine besondere Bedrohung darstellten und in das Reichsseuchengesetz von 1900 aufgenommen wurden. Insbesondere werden die Ursprünge der Seuchengesetzgebung, ihre geistesgeschichtlichen Hintergründe, Entfaltung und Veränderungen dargestellt. Die Quellen dafür fanden sich in den Arbeiten vor allem von Bergdolt<sup>33</sup>, Hoffmeister<sup>34</sup>, Vasold<sup>35</sup> und Wilderotter<sup>36</sup>.

Einen Schwerpunkt dieser Arbeit bildet das vierte Kapitel und nimmt deshalb breiten Raum ein. Es behandelt die Entwicklung gesetzlicher Strategien zur Pockenbekämpfung, die in den verschiedenen Partikularstaaten vor der Reichsgründung stattgefunden hat. Die besonders unterschiedlichen gesetzlichen Maßnahmen von Preußen, Bayern, Baden und Sachsen waren Anlass, diese Staaten auszuwählen und einem Vergleich zu unterziehen. Eine ausführliche, gegenüberstellende Betrachtung gibt Aufschluss über die Notwendigkeit einer reichseinheitlichen Impfgesetzgebung. Für diesen Teil der Arbeit war kein geschlossener Quellentext vorhanden. Während für die Geschichte der Pockenschutzimpfung die Standardwerke Diepgen<sup>37</sup>, Herrlich<sup>38</sup> und Kübler<sup>39</sup> zur Verfügung standen, musste der Werdegang für die einzelnen Staaten jeweils hauptsächlich aus Gesetzeswerken<sup>40</sup>, einigen einschlägigen For-

---

<sup>31</sup> Eckart, Wolfgang U.: Geschichte der Medizin.

<sup>32</sup> Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd.1. Berlin 1933.

<sup>33</sup> Bergdolt, Klaus: Der Schwarze Tod in Europa. Die Große Pest und das Ende des Mittelalters. München 1995.

<sup>34</sup> Hoffmeister, Alexander von: Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern: Wirken und Einfluß der Leib- und Hofärzte auf Gesetzgebung und Organisation. München. Neue Münchner Beiträge zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Medizinhist. Reihe 6, München 1975.

<sup>35</sup> Vasold, Pest.

<sup>36</sup> Wilderotter, Hans (Hg.): Alle dachten, das Ende der Welt sei gekommen. In: (ders.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1995, 12-53.

<sup>37</sup> Diepgen, Paul: Geschichte der Medizin, Bde. I und II. Berlin 1949.

<sup>38</sup> Herrlich, Albert (Hg.): Die Pockenschutzimpfung. In: ders.: Handbuch der Schutzimpfungen Berlin, Heidelberg, New York 1965, 60-65.

<sup>39</sup> Kübler, Paul: Geschichte der Pocken und der Impfung. Berlin (= Bibliothek v. Coler) 1901.

<sup>40</sup> -Augustin, Friedrich Ludwig (Hg.): Die königlich preußische Medicinalverfassung oder vollständige Darstellung aller, das Medicinalwesen und die medicinische Polizei in den königlich preußischen Staaten betreffenden Gesetze, Verordnungen und Einrichtungen, 1801-1810, Bd. 2, (1818-1823, Bd. 3). Potsdam 1818 (1824).  
 -Eulenberg, Hermann: Das Medicinalwesen in Preussen. Nach amtlichen Quellen bearbeitet von Eulenberg. Dritte umgearbeitete Auflage von W[ilhelm] von Horn, „Das preussische Medicinalwesen“. Berlin 1874.  
 -Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten, 1826 und 1831-1835. Berlin 1826 bzw. 1835.  
 -Jacobi, C[arl] [Fr. Wilhelm]: Das Reichs-Impf-Gesetz vom 8. April 1874 nebst Ausführungs-Bestimmungen des Bundesraths und den in Geltung gebliebenen Landes-Gesetzen über ZwangsImpfungen bei Pocken-Epidemien. Berlin 1875.

schungsarbeiten, Berichten, zahlreichen Einzelpublikationen und kleinen Quellenfunden zusammengetragen werden. Für Preußen boten die Veröffentlichungen von Münch<sup>41</sup>, Frevert<sup>42</sup>, Huerkamp<sup>43</sup> und Stein<sup>44</sup> besonders hilfreiche Informationen. Einen ausführlichen Bericht über die Entwicklung des Impfgeschehens in Bayern lieferte „aus erster Hand“ Giel<sup>45</sup> (geb. 1776) als Impfarzt der neu eingerichteten Zentralimpfstelle in München. Weitere Angaben stammen von Hoffmeister<sup>46</sup>. Zusätzliche Angaben über die Impfsituation in Baden und Sachsen stützen sich auf die Arbeiten von Loetz<sup>47</sup> bzw. Otto<sup>48</sup>. Statistische Daten wurden vor allem den Veröffentlichungen von Kisskalt<sup>49</sup>, Klinger<sup>50</sup>, Matzel<sup>51</sup> und Wunderlich<sup>52</sup> entnommen.

---

-Lentz, Otto: Die gesetzliche Regelung der Pockenbekämpfung und der Impfung unter besonderer Berücksichtigung der preußisch-deutschen Gesetzgebung. In: Lentz, Otto; Gins, Heinrich A. (Hg.): Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung. Berlin 1927, 495-603.

-Bulmerincq, M[ichael] E[ugen] v[on] (Hg.) (1862): Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, in seinen Folgen und seiner Bedeutung für andere Staaten. Leipzig 1862.

-Döllinger, Georg: Das Medicinalwesen in Bayern, die desfalls bestehenden Anstalten und die seit dem Jahre 1616 bis auf die neueste Zeit erlassenen, noch in Kraft bestehenden Anordnungen, gesammelt und in Auszügen alphabetisch zusammengestellt. Erster Theil. Erlangen 1847.

-Baur von Eiseneck, Philipp Carl (Hg.): Sammlung sämmtlicher Gesetze, Verordnungen, Instructionen, Belehungen und Entscheidungen, welche in dem Großherzogthume Baden über Gegenstände der Gesundheitspolizei seit dem Jahre 1803 bis 1829, Bd. 1, (1830 bis 1837, Bd. 2) erschienen sind. Karlsruhe und Baden 1830 (1838).

-Gerstlacher, Carl Fridrich (Hg.): Sammlung aller Baden-Durlachischen, das Kirchen= und Schulwesen, das Leben und die Gesundheit der Menschen, die Versorgung der Armen und Steuerung des Bettels, die innerliche Landes=Sicherheit, die Versorgung der Wittwen und Waisen, die Verhütung der Feuers=Gefahr und Entschädigung derer durch Brand Verunglückten, die Aufnahme der Communen, die Erhaltung der Wege und Straßen, die Beförderung des Nahrungsstandes, und der Landwirthschaft, und endlich die Aufnahme der Professionen und Handwerker betreffenden Anstalten und Verordnungen. Bd. 1. Karlsruhe 1773.

-Langsdorff, Th[eodor] von (Hg.): Gesetze, Verordnungen und Erlasse über das Medicinalwesen im Großherzogtum Baden, Bd.1. Emmendingen<sup>5</sup> 1906.

-Choulant, Ludwig (Hg.): Neue Sammlung Sächsischer Medicinalgesetze, Bd.1. Leipzig 1834.

-Reinhard, [Hermann] und Bosse, [Hans Alexander] von (Hg.): Die Medicinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen. Systematisch geordnet und mit Erläuterungen. Leipzig 1874.

-Schmalz, Karl Gustav (Hg.): Die Königlich Sächs. Medicinalgesetze älterer und neuerer Zeit. Dresden 1819.

-Medicinalwesen im Königreich Sachsen: Erster Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums der Jahre 1867-69. Dresden 1869.

<sup>41</sup> Münch, Ragnhild (Hg.): Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel. Berlin 1995.

<sup>42</sup> Frevert, Krankheit.

<sup>43</sup> Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen 1985.

<sup>44</sup> Stein, Jürgen: Die Pockenvakzination in Preußen bis zum Reichsimpfgesetz von 1874 unter besonderer Berücksichtigung des Regierungsbezirkes Frankfurt (Oder). In: Geschichte der Medizin, Z. ärztl. Fortbild. 81, (1987), 1081-1083.

<sup>45</sup> Giel, Franz Seraph: Die Schutzpocken-Impfung in Bayern vom Anbeginn ihrer Entstehung und gesetzlichen Einführung bis auf die gegenwärtige Zeit, dann mit besonderer Beobachtung derselben in auswärtigen Staaten. München 1830.

<sup>46</sup> Hoffmeister, Medicinalwesen im Kurfürstentum Bayern.

<sup>47</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten.

<sup>48</sup> Otto, Dagmar: Geschichte der Pockenschutzimpfung in Sachsen. Hausarbeit im Hauptseminar „Geschichte der Pockenschutzimpfung“ am Fachbereich Geschichtswissenschaften an der FU Berlin. Masch-Ms. 1993.

<sup>49</sup> Kisskalt, Karl; Stoppenbrink, Clara: Die Alterssterblichkeit an Pocken vor Einführung der Impfung. In: Zeitschr. f. Hygiene, 90, (1920), 478-488.

<sup>50</sup> Klinger, C.: Blatternepidemie des Jahres 1871 und die Impfung in Bayern. Nürnberg 1873.

<sup>51</sup> Matzel, Oskar: Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71. Düsseldorf 1977.

<sup>52</sup> Wunderlich, Carl Reinhold August: Mittheilungen über die gegenwärtige Pockenepidemie. In: Archiv der Heilkunde 13, (1872), 97-106.

Mit der Problematik der Cholera und ihrer richtungweisenden Auswirkungen, sowohl auf die Seuchengesetzgebung, als auch die wissenschaftliche Forschung beschäftigt sich das fünfte Kapitel. Herauszuheben sind als sachliche und biographische Quellen die ausführlichen Arbeiten zur Cholera von Dettke<sup>53</sup> und Evans<sup>54</sup> und zu den Lebensbeschreibungen von Pettenkofer und Koch die von Wieninger<sup>55</sup>, Gradmann<sup>56</sup>, Genschorek<sup>57</sup> und Jahn<sup>58</sup>. Gesetzliche Bestimmungen wurden Wiener<sup>59</sup> entnommen.

Die Medizinalreformbewegung und die Hygienebewegung sowie die Vereinigungspolitik ärztlicher Verbände und ihre Bedeutung als Grundlage für die Eigeninteressen der Ärzte und für die öffentliche Gesundheitspflege sind Inhalt des sechsten Kapitels. Tragende Literatur hierzu boten Schipperges<sup>60</sup>, Virchow<sup>61</sup>, Hardy<sup>62</sup>, Arnswaldt<sup>63</sup> und Richter<sup>64</sup>.

Die folgenden drei Kapitel sieben bis neun sind zwei gesetzlichen prophylaktischen Interventionen gegen gemeingefährliche Krankheiten gewidmet, deren Werdegang in dieser Arbeit zum ersten Mal vollständig beschrieben wird. Im Reichstag des neu gegründeten Kaiserreichs wurden die bereits im Parlament des Norddeutschen Bundes diskutierten Bestrebungen, die öffentliche Gesundheitspflege neu zu ordnen, wieder aufgenommen. Daraus resultierten das Reichsimpfgesetz vom April 1874 und das Reichsseuchengesetz vom Juni 1900.

---

<sup>53</sup> Dettke, Die asiatische Hydra.

<sup>54</sup> Evans, Richard J.: Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek bei Hamburg 1987.

<sup>55</sup> Wieninger, Karl: Max von Pettenkofer. München 1987.

<sup>56</sup> Gradmann, Christoph: Die Entdeckung der Cholera in Indien – Robert Koch und die DMW. In: Dtsch. Med. Wschr. 124, 40 (1999), 1187-1188.

Gradmann, Christoph: Krankheit im Labor – Robert Koch und die medizinische Bakteriologie. Göttingen 2005.

<sup>57</sup> Genschorek, Wolfgang; Gläser, Albrecht: Robert Koch. Selbstloser Kampf gegen Seuchen und Infektionskrankheiten. Leipzig 1985.

<sup>58</sup> Jahn, Ellen: Die Cholera in Medizin und Pharmazie im Zeitalter des Hygienikers Max von Pettenkofer. Stuttgart 1994.

<sup>59</sup> Wiener, Heinrich (Hg.): Die Medizinal-Gesetzgebung des Königreichs Preußen. In: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten, II, 1. Stuttgart 1885.

Wiener, Heinrich (Hg.): Die Medizinal-Gesetzgebung der Königreiche Bayern und Sachsen. In: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten, II, 2. Stuttgart 1886.

Wiener, Heinrich (Hg.): Die Medizinal-Gesetzgebung des Königreichs Württemberg und der Großherzogthümer Hessen und Baden. In: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten, II, 3. Stuttgart 1887.

<sup>60</sup> Schipperges, Heinrich: Rudolf Virchow. Hamburg 1994.

<sup>61</sup> Virchow, Rudolf: Die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medicin. Berlin 1849.

Virchow, Rudolf: Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. In: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, 2. Berlin 1849, 143-322.

<sup>62</sup> Hardy, Anne I.: Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts. Reihe Kultur der Medizin, Geschichte - Theorie – Ethik 17, Frankfurt, New York 2005.

<sup>63</sup> Arnswaldt, Werner Constantin von: Aus der Geschichte der Familie Varrentrapp. Frankfurt (M) 1908.

<sup>64</sup> Richter, Götz-Michael: Hermann Eberhard Richter: Leben und Werk eines großen Dresdner Arztes, Diss. med., Dresden 1964.

Die Kapitel sieben und acht verfolgen den aufwendigen parlamentarischen Ablauf des Prozesses von der „Petition zur Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bund vom Februar und März 1870“ bis zur Verabschiedung des Impfgesetzes am 8. April 1874. Das Reichsimpfgesetz trat am 1. April 1875 in Kraft. Wesentlicher Inhalt des Gesetzes war die Einführung der für jedermann verbindlichen Jugendimpfung und Revakzination. Die erste Impfung bei Kindern musste bis zum Ende des auf das Geburtsjahr folgenden Jahres stattgefunden haben. Die Wiederimpfung wurde für das Jahr festgelegt, in dem das Kind sein 12. Lebensjahr vollendete. Der Impfwang für Erwachsene im gesamten Reich wurde wegen Undurchführbarkeit aufgegeben, blieb jedoch durch einen Zusatzpassus in den Bundesstaaten erhalten, in denen bereits gesetzliche Zwangsimpfung bestand.<sup>65</sup>

Für die Bearbeitung des Werdegangs dieses Gesetzes standen die Stenographischen Berichte der Verhandlungen des Norddeutschen Reichstags und, ab der ersten Reichstagsitzung am 17. April 1871, des Deutschen Reichstags als vollständiges Quellenmaterial zur Verfügung. Es ermöglichte darüber hinaus, die Stimmung des Parlaments während der Diskussionen einzufangen, die sich aus dem breiten Spektrum von Impfb ablehnung und -zustimmung ergaben und auch die spezifische Denkweise der engagiertesten Redner während der kontrovers geführten Debatten herauszufiltern.<sup>66</sup>

Kapitel neun setzt sich mit der Situation nach Inkrafttreten des Reichsimpfgesetzes auseinander und durchleuchtet den organisierten Impfwiderstand, die Impfgegnerschaft und ihre Motive, die Reaktion der Ärzteschaft als Direktbeteiligte und die Haltung der Regierung zu Vorwürfen und Impfgesetz. Aus dem Inhalt des Ärztlichen Vereinsblatts<sup>67</sup>, den Stenographischen Berichten<sup>68</sup> und aus Beiträgen der Arbeiten von Maehle<sup>69</sup>, Helmstädter<sup>70</sup> und Humm<sup>71</sup> gelingt

<sup>65</sup> Stenographische Berichte, Anlagen zu Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Jahrgang 1874, hier 3 (1874), 273-274 (Impfgesetz vom 14. März 1874).

<sup>66</sup> Stenographische Berichte über die Verhandlungen und Anlagen zu Verhandlungen des Reichstags des Norddeutschen Bundes, Jahrgang 1870.  
Stenographische Berichte über die Verhandlungen und Anlagen zu Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Jahrgänge 1871-1874.

<sup>67</sup> Ärztliches Vereinsblatt, Jahrgänge 1875-1880, 1899, 1900, 1907, 1909, 1911.

<sup>68</sup> Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Jahrgänge 1871-1876, 1878, 1879, 1882-1884, 1888, 1893-1900, 1912-1914.

Stenographische Berichte, Anlagen zu Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Jahrgänge 1872-1874, 1878-1879, 1883, 1892-1900, 1913.

<sup>69</sup> Maehle, Andreas-Holger: Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem: Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874. In: Med GG 9 (1990), 127-148.

<sup>70</sup> Helmstädter, Axel: Zur Geschichte der deutschen Impfgegnerbewegung. In: Geschichte der Pharmazie 42, 2 (1990), 19-23.

<sup>71</sup> Humm, Caroline M.: Die Geschichte der Pockenschutzimpfung im Spiegel der Impfgegner. Diss. med., München 1986.

es, ein Bild über die Aktivitäten der Impfgegner, der Ärzteschaft und des Parlaments zuzufügen.

Die zweite seuchenprophylaktische Intervention im Kaiserreich, der parlamentarische Weg zum Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900, wird in Kapitel zehn geschildert. Bei der Entstehung dieses Gesetzes handelt es sich um einen Prozess, der sich nicht nur über dreißig Jahre hinzog, sondern der auch in Bezug auf eine umfassende Seuchenpolitik im Sinne der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalreform in unbefriedigender Weise ausging. Aus dem komplexen Quellenmaterial der Stenographischen Berichte über die Reichstagsverhandlungen wurden sowohl die Gründe der Verzögerungen, als auch die Mängel des Seuchengesetzes herausgearbeitet. Dazu gehörten miteinander verquickte Gesetzeszusammenhänge zwischen Preußen und dem Reich,<sup>72</sup> die von der Reichsregierung nachrangige Einstufung für den Erlass eines Reichsseuchengesetzes,<sup>73</sup> die schwierige Balance zwischen reichseinheitlicher Seuchengesetzgebung und partikularstaatlicher Eigenständigkeit,<sup>74</sup> oder die von erneuten Cholera- und Pestbedrohungen aufgenommene bzw. beschleunigte „zu kurze“ endgültige Verhandlungs- und Beschlussphase für die Gesetzesverabschiedung.<sup>75</sup>

Am 30. Juni 1900 wurde das Reichsseuchengesetz erlassen, am 6. Oktober 1900 folgten die Ausführungsbestimmungen und Anweisungen zur Bekämpfung der im Reichsseuchengesetz behandelten Krankheiten. Am Ende stand ein Gesetz, das für den Aussatz, die asiatische Cholera, das Fleckfieber (Flecktyphus), die Pest und die Pocken als ausgewählte Seuchen reichseinheitliche Bestimmungen zum Inhalt hatte und die Bekämpfung der übrigen weit verbreiteten Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose, den einzelnen Landesregierungen anheim stellte.<sup>76</sup>

---

<sup>72</sup> Sten.Ber. 1 (1878), 53-54, 58-62.

<sup>73</sup> Sten.Ber. 3 (1894-1895), 1755-1756; 1 (1895-1897), 669-670.

<sup>74</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5063-5064, 5066-5069, 5078-5081.

<sup>75</sup> Sten.Ber. 3 (1894-1895), 1755-1756; 1 (1895-1897), 669-670; (1898-1900), 5067-5068, 5079-5084.

<sup>76</sup> Kirchner, Martin: Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche. Jena 1907, hier XIV.

## Übersicht

### *Grundlagen und Entwicklung der Seuchengesetzgebung*

Der mörderische „Schwarze Tod“, der von 1347 bis 1351 in Europa wütete und etwa 25 Millionen Menschenleben kostete, war Auftakt für eine staatliche Seuchenintervention. Als erste entwickelten die stark betroffenen italienischen Hafen- und Handelsstädte Ragusa, Florenz und Venedig zahlreiche Schutzmaßnahmen. Diese wurden später in Deutschland übernommen.<sup>77</sup> Als Seuchenabwehrmechanismen etabliert, bildeten sie schließlich die Ausgangsposition für unser heutiges funktionstüchtiges gesundheitspolitisches Regelwerk.

Vorsorgemaßnahmen schützten nicht nur, sondern beherrschten auch das soziale, religiöse und wirtschaftliche Leben der Menschen.<sup>78</sup> Krankheit - oder Gesundheit – war nicht mehr nur ‚Privatsache‘, sondern über sie wurde öffentlich bzw. von der Obrigkeit entschieden. Kranke entmündigte man durch das Aussetzen in Leprosorien oder die Isolierung in Pesthäusern. Das Gleiche geschah mit den Gesunden. Man verbot ihnen, Kirchen, Feste und Märkte zu besuchen. Häuser-, Straßen- und Grenzsperrungen unterbanden Handel und Erwerb und schädigten oft den Einzelnen, der sich dem Allgemeinwohl zu fügen hatte.<sup>79</sup>

Gesetzliche Verordnungen, ihre Kontrolle und die medizinische Versorgung übernahmen die Stadtverwaltungen, die nach dem Praxisverbot für Mönche und Kanoniker auch für Kranken-, Waisen- und Siechenhäuser zu sorgen hatten. Nicht selten erhielten sie Unterstützung durch Stiftungen von Ritterorden oder reichen Bürgern. Zur Ausbildung von Ärzten wurden an deutschen Universitäten Fakultäten der Heilkunde eingerichtet, etwa in Heidelberg 1386 bzw. 1390.<sup>80</sup> Zur festen Einrichtung einer Kommune gehörte bald die Anstellung von Stadtärzten. Einer der ersten dürfte Magister Herman medicus, ab 1281 in Wismar tätig, gewesen sein. Dem Beispiel von Nürnberg, das 1486 einen eigenen Arzt für das Spital einstellte, folgten bald andere Städte.<sup>81</sup>

Für die Einrichtung seuchenvorbeugender Maßnahmen, wie etwa Straßenpflasterungen, gab es bereits 1368 erste Bestimmungen in Basel. Es folgten 1387 München und 1416 Frankfurt, Hannover, Braunschweig und Augsburg.<sup>82</sup> Das erste Gesetz zur Seuchenbekämpfung auf deutschem Boden entstand um 1400 in Basel. Es verbot Personen, die an Beulenpest,

<sup>77</sup> Jütte, Robert: *Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit*. München 1991, hier 30.

<sup>78</sup> Bergdolt, *Der Schwarze Tod*, 13.

Wilderotter, *Das große Sterben*, hier 30-33.

<sup>79</sup> Jütte, *Ärzte*, 10, 30, 31.

<sup>80</sup> Eckart, *Geschichte der Medizin*, 58-61; Fischer, *Geschichte Gesundheitswesen*, 127, 138.

<sup>81</sup> Fischer, *Geschichte Gesundheitswesen*, 78, 139.

<sup>82</sup> Ebd., 69-74.

Lungenschwindsucht, Fallsucht, Krätze, Antoniusfeuer, Milzbrand, Trachom und Lepra erkrankt waren, wegen der Ansteckungsgefahr Nahrungsmittel zu verkaufen.<sup>83</sup> Zur Isolierung von Kranken wurden 1473 in Braunschweig, 1495 in Celle und 1498 in Nürnberg die frühesten Pesthäuser errichtet. Sie erhielten, wie die Leprosorien des 12. Jahrhunderts,<sup>84</sup> ihren Platz außerhalb der Städte.<sup>85</sup>

Ein frühes ausführliches Seuchenmandat stammt aus Bayern und geht auf das Jahr 1592 zurück. Bis 1679 mehrfach erneuert, enthielt es Anordnungen zur Berauchung und Sauberhaltung von Zimmern, Kleidung und Straßen sowie zur Müllbeseitigung.<sup>86</sup> Eine Pestordnung des Dresdner Stadtrats von 1611 beispielsweise verbot Schneidern, die Kleider Pestkranker zu verarbeiten.<sup>87</sup>

Zunehmend wurden an Landesgrenzen gesetzliche Schutzvorkehrungen nach dem Vorbild der italienischen Hafenstädte Venedig und Ragusa eingeführt.<sup>88</sup> Sie sollten eine Seucheneinschleppung verhindern, den Handel jedoch aufrechterhalten. Außerdem wurden Gesundheitszertifikate vorgeschrieben, bei Verdacht Waren beschlagnahmt oder verbrannt und Quarantänen für Personen verhängt.<sup>89</sup> Von 1613 stammen frühe gesetzlich erhobene Vorschriften, die Wein- und Getreidehändlern nur mit einem Gesundheitsnachweis den Grenzübertritt aus den östlichen Balkanländern und aus Frankreich nach Bayern gestatteten. Auch Preußen schützte sich mit Gesundheitspässen (ab 1710), ebenso die Stadt Nürnberg (ab 1708).<sup>90</sup> Bayern und Sachsen verhängten am 14. Juni bzw. 10. Oktober 1721 empfindliche Handelsbeschränkungen gegenüber Frankreich. Die massivsten Schutzeinrichtungen zur Unterbindung des Personen- und Warenverkehrs waren die Pestsperrn, die Preußen an der polnischen Grenze 1707 bzw. 1710 und 1770 am Fluss Netze errichtete.<sup>91</sup>

Der längste Pest-Kordon wurde übrigens von 1740 bis 1770 von den Habsburgern an der südöstlichen Grenze gegen das osmanische Reich mit einer Länge von 1.900 km und einer Breite von 20 bis 40 km organisiert.<sup>92</sup>

---

<sup>83</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 166-167.

<sup>84</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 69; Vasold, Pest, 34-35: Lepra war seit dem 4. und 5. Jahrhundert in Europa nachweisbar, trat im 12. und 13. Jahrhundert jedoch verstärkt auf. Die von der schleichenden, stigmatisierenden Seuche befallenen Menschen wurden von der übrigen Gesellschaft isoliert und außerhalb der Stadtmauern ausgesetzt.

<sup>85</sup> Vasold, Pest, 100; Dettke, Die asiatische Hydra, 178; Wilderotter, Das große Sterben, 38, 42-43.

<sup>86</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 97-102.

<sup>87</sup> Wilderotter, Das große Sterben; Vasold, Pest, 169.

<sup>88</sup> Bergdolt, Der Schwarze Tod, 13.

<sup>89</sup> Vasold, Pest, 98; Wilderotter, Das große Sterben, 338-40; Eckart, Geschichte der Medizin, 68.

<sup>90</sup> Vasold, Pest, 166; Wilderotter, Das große Sterben, 34, 132.

<sup>91</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 101.

<sup>92</sup> Wilderotter, Das große Sterben, 34-35.

Die Überwachung der gesamten städtischen Vorsorgemaßnahmen und des im medizinischen Bereich tätigen Personenkreises bedurfte einer kompetenten Kontrolle. Meist oblag sie einem akademisch gebildeten Stadtphysikus, der seinerseits mit dieser Stellung bereits einen privilegierten übergeordneten Status erlangte. Ein zunehmend krankheitsbewusstes Publikum in allen Bevölkerungsschichten verlangte nach einem immer differenzierteren Angebot medizinischer Hilfe. Diesen Bedürfnissen entsprechend, entfaltete sich während des 16. Jahrhunderts ein breitgefächertes Heilerpersonal mit unterschiedlichen Fähigkeiten, das den Medikalisierungsprozess im Interesse des Staates begünstigte.

Zur Regelung und Abgrenzung der Zuständigkeiten medizinischer Berufsgruppen wurden im 17. und 18. Jahrhundert Medizinalordnungen eingeführt und ein staatliches Überwachungssystem aufgebaut. Mit akademisch gebildeten Ärzten an der Spitze entstanden zunächst auf kommunaler Ebene eingesetzte Collegia medica, die später auf Landesebene durch medizinische Verwaltungssysteme als „medizinische Policey“ erweitert wurden.<sup>93</sup>

### *Das öffentliche Gesundheitswesen*

Die erste deutsche Medizinalordnung „Haec sunt statuta physicorum, apothecariorum et medicorum“ stammt aus dem Jahre 1352 und wurde von Karl IV. (reg. 1347-1378) erlassen. Einen Großteil der ausführlichen Vorschriften über die Krankenbehandlung und Arzneimittelversorgung war den Gesundheitsvorschriften Kaiser Friedrichs II. (reg. 1212-1250) entnommen, die dieser 1240 für die Bevölkerung Siziliens und Apuliens zum Schutz vor der Unerfahrenheit der Ärzte geschaffen hatte.<sup>94</sup> Wohl die früheste kommunale Einzelverfügung, der Basler „Apotheker eid“ von etwa 1300, verbot, dass Apotheker Kranke behandeln oder Diagnosen durch Urinbeschauen stellen durften.<sup>95</sup> Eine spätere Ulmer Hebammenordnung von 1479 bzw. 1491 sah die Zulassung für Hebammen nur dann vor, wenn sie sich der Überprüfung ihrer Ausbildung und Praxis durch geschworene Ärzte unterzogen hatten.<sup>96</sup> Ähnliche Vorschriften sind aus anderen Städten bekannt, wie etwa aus Konstanz 1455, Freiberg 1524 oder Hamburg 1528/29.<sup>97</sup>

---

<sup>93</sup> Eckart, Wolfgang U.: Medizinalordnungen. In: Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Bd. 7 (im Erscheinen).  
Jütte, Ärzte, 10, 30-31.

<sup>94</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 162-165.

<sup>95</sup> Ebd., 164.

<sup>96</sup> Ebd., 87.

<sup>97</sup> Ebd., 171-172.

Eine erfolgreiche Seuchenbekämpfung lag in staatspolitischen Erwägungen und dem Bewusstsein für die öffentliche Gesundheitspflege zur Verbesserung der Lebensverhältnisse. Dazu veröffentlichte der Frankfurter Stadtarzt Joachim Struppius (1530-1606) 1567 bzw. 1573 ein umfassendes wegweisendes Reformprogramm, das auf religiösen Geboten basierte. Die „Nützliche Reformation zu guter Gesundheit und Christlicher Ordnung“ verpflichtete alle Staatsangehörigen zur Mithilfe. Den Behörden wurde die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Untertanen übertragen und der Einzelne zu gesunder Lebensführung aufgefordert, da „Moral mit Hygiene aufs engste verbunden“ sei. Zur Verhütung von Krankheiten sollte auf reine Luft geachtet, die Stadt sauber gehalten, Brunnen für den Erhalt sauberen Wassers gereinigt, Viehställe kontrolliert sowie Begräbnisstellen zur Sicherung der Bodenqualität vor die Stadt ausgelagert werden. Spitäler waren in gesunder Lage zu errichten und Infizierte zu Pestzeiten zu isolieren.<sup>98</sup> Sein Vorschlag, Medizinalkollegien (*collegia medica*) zu gründen, fand besonderen Anklang und wurde zum Beispiel in den Städten Augsburg und Worms 1582, in Ulm und Nürnberg 1593 verwirklicht.<sup>99</sup>

Mit der ab dem 17. Jahrhundert von Politikern, Wissenschaftlern und Philosophen entwickelten Staatswirtschaftslehre ging ein zunehmendes staatliches Bewusstsein für die Gesundheitspolitik einher. Mit der Notwendigkeit einer staatlich geregelten Gesundheitsgesetzgebung hatten sich beispielsweise Veit Ludwig Seckendorff (1626-1692) und Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) in ihren Handbüchern „Teutscher Fürsten Stat“ von 1656 bzw. dem „Vorschlag zu einer Medizinal-Behörde“ aus den 1680er Jahren auseinandergesetzt.

Eine frühe zentralisierte Gesundheitsversorgung auf Landesebene setzte der Landgraf Moritz von Hessen mit einer Medizinalordnung bereits am 10. Juni 1616 in Kraft. Diese sah die Kontrolle aller Ärzte und Wundärzte sowie des Apothekerwesens durch ein „General und allgemein Collegium medicum“ vor.<sup>100</sup>

Große Bedeutung erlangte die vorbildhafte Landesgesundheitsbehörde, das Collegium medicum für Berlin und Cölln. Sie wurde am 12. November 1685 durch das „Kgl. Preußische und churfürstlich brandenburgische Medicinal-Edict und Ordnung“ vom Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelm (reg. 1640-1688) statuiert.<sup>101</sup> Das Collegium medicum, ausschließlich aus akademischen Ärzten bestehend, übernahm die Oberaufsicht über Heilpersonen, zu denen

<sup>98</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 174-183; Eckart, Geschichte der Medizin, 141; Eckart, Medizinalordnungen; Sahmland, Irmtraud, Willi Schermuly (2002): Joachim Struppius und seine Idee der Gesundheitsfürsorge. In: [http://www.paediatric-hautnah.de/pdf.php?url=/archiv/2002/03/ph0203\\_130.pdf](http://www.paediatric-hautnah.de/pdf.php?url=/archiv/2002/03/ph0203_130.pdf), hier 54-56.

<sup>99</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 141; Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 183-186.

<sup>100</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 329; zitiert aus der Sammlung fürstlich hessischer Landesordnungen, Teil I, Kassel 1766.

<sup>101</sup> Ebd., 327-331.

Chirurgen, Hebammen, Barbieri, Bader, Gewürzkrämer, Branntweinbrenner, Okulisten, Zahnbrecher, Stein- und Bruchschneider gehörten und regelte ihre Ausbildung, Prüfung, Privilegien und Kompetenzgrenzen.<sup>102</sup>

Die Früherkennung von Seuchen, eine der zweckmäßigsten Vorsorgemaßnahmen, unterlag ebenfalls der Überwachung übergeordneter Medizinalbehörden. Bayern beispielsweise verpflichtete bereits 1618 seine Diplomaten, etwaige Epidemien aus dem Ausland zu melden. Die Berichterstattung wurde ab 1649 von einem Kontagionsrat und ab 1673 von einer Zentralbehörde, dem *Officium sanitatis*, überprüft.<sup>103</sup> Aus Baden ist bekannt, dass ab 1770 der Landphysikus zu vierteljährlichen Kontrollbesuchen in den Gemeinden verpflichtet wurde, um nach Seuchen zu fahnden und diese an das Fürstliche Hofrats-Collegio zu melden.<sup>104</sup>

Übernahm der Staat die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung, konnte er gleichzeitig durch eine systematische Steuerung Einfluss auf dem gesundheitlichen Sektor ausüben. Als eine der dafür wichtigsten Techniken gilt die im 18. Jahrhundert entwickelte medizinische Polizeiwissenschaft, die über alles Lebende wacht, das Glück der Menschen sichert, die sozialen Beziehungen organisiert, Leben stärkt und steigert. Sie beeinflusst alle für das Leben notwendigen Bereiche, wie Territorium, Lebensunterhalt, Handelsbeziehungen, Aktivitäten und besonders die Gesundheit. Nach dem theoretischen Konzept Foucaults sei dies die Geburt der Biopolitik.<sup>105</sup> Die Biopolitik, d. h. die staatliche Aneignung gesundheitlicher Fürsorge war im Geist des frühen aufgeklärten Absolutismus bereits 1756 in den „Grundsätzen der Polizeywissenschaften“ von Johann Heinrich Gottlob von Justi (1717-1771) formuliert worden. Nach seiner Meinung gründeten Staatsvermögen und Glückseligkeit auf einer Bevölkerungspolitik, deren Aufgabe die „Vermehrung der Einwohner“ und die Verhütung einer „Verminderung der Untertanen“ sei.<sup>106</sup>

Ein bedeutendes, besonders die soziale Komponente betonendes theoretisches Programm für eine umfassende Gesundheitspolitik, lieferte auch Johann Peter Frank (1745-1821). Sein Lebenswerk, das „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ entstand zwischen 1786 und 1817. Darin leitete er staatlichen Wohlstand und die Sicherung des Allgemeinwohls aus der nahezu unerschöpflichen Quelle einer gesunden arbeits- und wehrfähigen Bevölkerung ab. Deshalb sah Frank als Arzt insbesondere seine Aufgabe in der Ausbil-

<sup>102</sup> Eckart, *Medizinalordnungen*: Preußen richtete 1808 im Innenministerium eine Medizinalabteilung ein, die von der „wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen“ fachlich unterstützt bzw. beraten wurde.

<sup>103</sup> Wiener, *Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen*, 312; Hoffmeister, *Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern*, 97, 114-116.

<sup>104</sup> Gerstlacher, *Sammlung aller Baden-Durlachischen*, 518-521.

<sup>105</sup> Bertani, *Genealogie*, 238-239.

<sup>106</sup> Hardy, *Ärzte*, 42.

derung guter Ärzte, dem Ausbau der Heilwissenschaft sowie der Pflege und Genesung armer Kranker.<sup>107</sup> Seiner Zeit voraus, beinhaltete das „System“ bereits alle konzeptionellen Kriterien der späteren öffentlichen Gesundheitspflege und erwies sich als Grundlage für die Entwicklung des medizinischen Spezialfaches, der „Sozialen Hygiene“.<sup>108</sup>

### *Die asiatische Cholera: Impuls für die Medizinalreformbewegung und die wissenschaftliche Forschung*

Die asiatische Cholera, aus Bengalen westlich ziehend, erschien 1829 erstmals in Europa, durchzog das russische Reich und Polen, und suchte ab Mai 1831 besonders Preußen heim. Nachdem sie sich in ganz Nord- und Südeuropa verbreitete hatte, kehrte sie zurück und brach 1836 erstmals in Bayern und 1837 erneut in Berlin und Danzig aus. Wiederholt erlebte Preußen 1848 und 1852 sowie Nord- und Nordostdeutschland ausgedehnte Epidemien. Am heftigsten wütete die Cholera in ganz Mitteleuropa während der Jahre zwischen 1865 und 1867. Zum letzten großen Ausbruch kam es in Hamburg 1892, bei dem über 8000 Menschen starben.<sup>109</sup>

Die Cholera, das „ungeheure Weltphänomen“<sup>110</sup>, brachte die preußischen Sicherungsvorkehrungen, die die Menschen der deutschen Staaten vor Krankheit und Tod bewahren sollten, zum Scheitern. Ihr undurchsichtiges Erscheinungsbild und ihr hartnäckig wiederholtes Auftreten veranlasste Wissenschaftler aller Fachrichtungen zu intensiven Nachforschungen. Deshalb hat die Cholera, neben anderen Infektionskrankheiten, besonders zur Förderung von zwei wissenschaftlichen Fachgebieten, der Hygiene und der Bakteriologie, beigetragen. Darüberhinaus gab sie in einer Zeit von zunehmender Massenverarmung, unbewältigten unhygienischen Verhältnissen und einer mangelhaften Krankenversorgung entscheidende Impulse für die Medizinalreformbewegung und ist somit Ausgangspunkt für die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege zur Lösung des sozialen Problems.

Die Cholera verdeutlichte auf nachdrückliche Weise die Macht eines Staates, gegen ein Phänomen drastische gesetzliche Maßnahmen zu treffen und der Bevölkerung zuzumuten: Der von Preußen eingerichtete, in jeder Hinsicht aufwendige dreifach gesicherte Schutzgürtel,

<sup>107</sup> Frank, Johann Peter: Seine Selbstbiographie. Eingeleitet und mit Erläuterungen von Erna Lesky (Hg.). Stuttgart 1969, hier 138-146, bes. 145.

<sup>108</sup> Eckart, Wolfgang U.: Öffentliche Gesundheitspflege. In: Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Bd. 7 (im Erscheinen); Eckart, Geschichte der Medizin, 173-174.

<sup>109</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 1-8.

<sup>110</sup> Ebd., 318: zitiert aus „Hufeland's Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“ (1832) 74, 2, 88 „Über die Verschiedenheit der Erkrankungs- und Mortalitätsverhältnisse bei der orientalischen Cholera, und ihre Ursachen“.

von Militär bewacht und mit Quarantäneeinrichtungen versehen, hielt die Cholera an der deutsch-polnischen Grenze nicht auf. Deshalb wurde die Cholera-„Instruktion“<sup>111</sup>, ein Gesetz mit rigorosen jeglichen Kontakt unterbindenden Schutzvorkehrungen am 2. September 1831, wenige Tage vor Ausbruch der Seuche in Berlin, modifiziert. Alle ohnehin unwirksamen Sperrmaßnahmen und Quarantäne-Einrichtungen hob man auf, um die Berliner Einwohnerschaft nicht zusätzlich in eine Hungerkatastrophe zu stürzen, wie dies zuvor in Danzig und Königsberg geschehen war.<sup>112</sup> Trotzdem hatte die Bevölkerung der Hauptstadt unter Restriktionen zu leiden und musste die kontrollierenden Armenkommissionen ertragen, die zur Registrierung der Cholerafälle eingesetzt wurden. Bei Verdacht nahmen sie Krankenhauseinweisungen zur Isolierung vor und durchbrachen den intimen privaten Bereich mit unsensibler Trennung und Entzug der familiären Pflege aber auch durch Missachtung traditioneller Beerdigungsrituale.<sup>113</sup> Diese entmündigenden Maßnahmen, die die Gefühle der Menschen verletzen und den täglichen Existenzkampf noch unerträglicher machten, sind ein Beispiel des Medikalierungsprozesses, mit dem der Staat bzw. das Sanitätspersonal Macht ausübte und gleichzeitig die Beteiligung der Bürger verlangte.<sup>114</sup>

Staatliche Eingriffe waren dennoch von höchster Dringlichkeit, weshalb Preußen auf die verlustreiche erste Cholera-Epidemie mit 41.000 Todesopfern reagierte und ein „mustergültiges“, seinerzeit modernes Seuchengesetz, das so genannte „Regulativ“ vom 8. August 1835 erließ.<sup>115</sup> Da eine erfolgversprechende medizinische Hilfe nicht möglich war, blieb es bei Warnungen vor Ansteckungsstoffen Cholera-Kranker und ihren Darmentleerungen, vor Speisen und Getränken aus ihrer nächsten Nähe und vor der Benutzung von Klosetts Cholerakranker. Außerdem enthielt das Gesetz Hinweise auf Isolierungsmaßnahmen Kranker, Häuser-Kennzeichnung, das Verbot von Menschenanhäufungen und die Schließung von Schulen. Weiterhin wurden Empfehlungen zur Desinfektion mit Sublimatlösung von Gegenständen und Kleidern Cholerakranker gegeben und besondere Beerdigungsrichtlinien festgelegt.<sup>116</sup>

---

<sup>111</sup> Der volle Titel des Gesetzes lautet: „Instruktion über das bei der Annäherung der Cholera, sowie über das bei dem Ausbruche derselben in den Königlich-Preußischen Staaten zu beobachtende Verfahren“.

<sup>112</sup> Dettke, *Die asiatische Hydra*, 69-70, 76, 172, 178, 188-189.  
Gesetzsammlung (1831): 61-64; (1835), Jg. 1831: 41-55, bes. 44-48 und §§ 14, 16, 17, 21, 23, 24, 28, 33): Wiederholungen und Verschärfungen fanden am 20. Juni und 23. August 1831 sowie am 2. März 1832 statt. Jg. 1832: Allerhöchste Kabinettsorder, enthaltend die Bestätigung der Instruktion über die asiatische Cholera, vom 5. Februar 1832.

<sup>113</sup> Dettke, *Die asiatische Hydra*, 283-292.

<sup>114</sup> Loetz, *Vom Kranken zum Patienten*, 264.

<sup>115</sup> Kirchner, *Die gesetzlichen Grundlagen*, XII.

<sup>116</sup> Wiener, *Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen*, 246-247; Wilderotter, *Das große Sterben*, 211-218; Vasold, *Pest*, 227-228.

Unübersehbar zeigte sich der Zusammenhang zwischen den katastrophalen hygienischen Zuständen der städtischen Ballungszentren und den zunehmenden Massenerkrankungen besonders in der unterernährten und verelendeten Arbeiterschicht. Als Reaktion wurden Hygienebewegungen ins Leben gerufen. Eingeleitet vom „sanitary movement“ durch Edwin Chadwick (1800-1890) in England 1842, gewann diese Bewegung auch bald in Deutschland zahlreiche Anhänger.<sup>117</sup> Ihr Ziel war die Verbesserung der stadthygienischen Verhältnisse.

Die Herkunft der Cholera und auch anderer Seuchen wurde einer „miasmatischen“ Infektion, deren Verbreitung durch schlechte Bodenverhältnisse gefördert wurde, zugeschrieben. Deshalb führte Max von Pettenkofer als Verfechter der Miasmentheorie ab Mitte 1850 umfassende und aufschlussreiche wissenschaftliche Untersuchungen zur Epidemiologie des Typhus und der Cholera durch. Der vielseitige Forscher, der sich unermüdlich in Vorträgen und Veröffentlichungen für die öffentliche Gesundheitspflege einsetzte, erlangte hohes internationales Ansehen und verhalf der Hygiene zur Anerkennung als wissenschaftliche Disziplin.

Robert Koch dagegen war vom kontagiösen Charakter der Cholera überzeugt. Diesen zu bestätigen, gelang dem überzeugten Bakteriologen erst 1882. Bereits durch die Identifizierung des Milzbranderreger und des Tuberkelbazillus weltberühmt, konnte er in Ägypten und Indien auch das Cholerabakterium nachweisen. Die neue bahnbrechende Wissenschaft, von den entscheidenden Ideen Jakob Henles (1809-1885) und der grundlegenden Forscherarbeit Louis Pasteurs (1822-1895) geprägt, ermöglichte eine breite Erforschung krankheitsauslösender Mikroorganismen. Als gezielte Vorbeugungs- und Bekämpfungsgrundlage von Seuchen, insbesondere der Cholera, wurde die Bakteriologie ebenfalls wissenschaftliches Lehrfach.<sup>118</sup>

Wiederholte, ausgedehnte Cholera-Epidemien in den Jahren 1848 bis 1850, 1855 und 1866 hatten in Preußen etwa 225.000 Menschen das Leben gekostet.<sup>119</sup> Hohe Sterbezahlen und die sichtbaren unhaltbaren Missstände sensibilisierten die gesamte Öffentlichkeit. Bei den betroffenen Unterschichten, die überwiegend in den städtischen Ballungsgebieten unter menschenunwürdigen Zuständen Not, Armut und Krankheit ertragen mussten, lösten sie zunehmend Unzufriedenheit von politischer Brisanz aus. Der Wunsch nach Veränderungen und

---

<sup>117</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 203-204: Aufsehenerregend war Chadwicks Parlamentsbericht „Sanitary Condition of the Labouring Classes of Great Britain“ von 1842.

<sup>118</sup> Ebd., 204-213.

<sup>119</sup> Dormmann, Michael: Das asiatische Ungeheuer. Die Cholera im 19. Jahrhundert. In: Wilderotter, Hans (Hg.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1996, 202-275, hier 228-231. Vasold, Pest, 226-236.

einer Lösung des „sozialen Problems“ wurde immer lauter. Bereits während der 1848er revolutionären Bewegungen waren durch Rudolf Virchow die Seuchen als ein „Gegenstand der hohen Politik“, künstlich hervorgerufen und verschlimmert durch Hungersnot, Unwissenheit und Stumpfsinn, bezeichnet worden. Schriftlich artikuliert in der „Medizinischen Reform“, postulierte er die Neugestaltung des Medizinalwesens mit öffentlicher Gesundheitspflege und vor allem die Verbesserung der Lebensbedingungen der arbeitenden Bevölkerung. Die Medizinalreformbewegung, der sich unter seiner Leitung zahlreiche Ärzte angeschlossen hatten, wurden jedoch durch die Reaktion 1849 unterdrückt. Umso zielstrebigtr trat sie in den 1860er Jahren mit den einstigen Forderungen wieder auf.<sup>120</sup>

In „Gesundheit und Krankheit als Themen von allgemeiner und öffentlicher Bedeutung“ sahen die akademischen Ärzte eine „Chance, durch eine gezielte Gesundheitspropaganda ihre Reputation [...] als Berater und Exekutoren der staatlichen Gesundheitspolitik aufzuwerten und im Zuge ihrer Professionalisierung (Expertenkontrolle) eine soziale Statusverbesserung durchzusetzen“.<sup>121</sup> Konkret erwiesen, waren es sozialpolitisch engagierte Ärzte, die eine systematische Interessenbündelung in Gang setzten, um durch eine organisierte Vertretung auf höchster Ebene Einfluss in öffentlicher und eigener Sache zu gewinnen. Innerhalb weniger Jahre konstituierten sich die wichtigsten Organisationen: Anlässlich der Tagung der renommierten Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte (GDNÄ) 1867 rief der Arzt Johann Georg Varrentrapp zusammen mit seinem Kollegen Gustav Adolph Spiess (1802-1875)<sup>122</sup> und führenden Kommunalpolitikern, Technikern und Bauingenieuren die Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege ins Leben.<sup>123</sup> Mit fachlicher Kompetenz, unterstützt von Max von Pettenkofer, suchten die Hygieniker als vorrangigstes Ziel die Städtesanierungen, die eine ökonomische Wertsteigerung der Gesundheit für das Gemeinwohl bedeuteten, durchzusetzen.

Auf der GDNÄ präsentierte sich gleichzeitig die 1865 auf Initiative des ärztlichen Reformpolitikers Hermann Eberhard Richter (1808-1876) neu gegründete Sektion für Medizinalreform erstmals als eigenständige Fachabteilung.<sup>124</sup> Zwei weitere maßgebliche Zusammenschlüsse folgten, die wiederum durch diese beiden Ärzte aktiviert worden waren: am 15. und

---

<sup>120</sup> Hardy, Ärzte, 169.

<sup>121</sup> Frevert, Krankheit, 45.

<sup>122</sup> Gustav Adolph Spiess studierte ab 1820 Medizin in Heidelberg und wurde 1823 promoviert. Nachdem er in Berlin, Paris und London seine Kenntnisse erweitert hatte, ließ er sich 1826 in Frankfurt als Arzt nieder. Er engagierte sich im Ärztlichen und Mikroskopischen Verein, deren Mitbegründer er war und leitete als Direktor mehrere Jahre die Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft. 1867 wurde er zum Geheimen Sanitätsrat ernannt und 1869 in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina aufgenommen. Veröffentlichungen: „Pathologische Physiologie“, „Grundzüge der allgemeinen Krankheitslehre“ (3 Bde., 1857). DBE 9 (1998), 405.

<sup>123</sup> Varrentrapp, Georg: Zur Frage der Rätlichkeit der Abstimmungen in einigen Sektionen der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Berlin 1869, hier 4.

<sup>124</sup> Richter, Hermann Eberhard Richter, 57-59.

17. September 1873 die Gründungen des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege<sup>125</sup> und des Deutschen Ärztevereinsbundes.<sup>126</sup> Diese Verbindung sollte „die eigentlichen, wissenschaftlich gebildeten und staatlich geprüften Ärzte Deutschlands fester als bisher aneinander schliessen“, um mit aller Energie die Förderung der wissenschaftlichen Belange und Standesinteressen sowie die fakultative Teilnahme des Ärztestandes an der öffentlichen Gesundheitspflege durchzusetzen.<sup>127</sup> Dieses Interesse der Ärzte wurde durch die Fülle anwachsender Forschungsergebnisse und ein breites Fachwissen mit zunehmender Spezialisierung begünstigt. Zahlreiche Neugründungen eigenständiger Sektionen in der GDNÄ und deutscher Fachgesellschaften hing mit der Entwicklung an den Universitäten zusammen. Durch Stellenangebote und der Erweiterung von Instituten spornten sie zum Studium immer neuer Forschungsrichtungen an.<sup>128</sup>

#### *Die Petition an den Reichstag von 1870: Der erste Schritt zum Reichsimpfgesetz*

Eine Petition an den Reichstag des Norddeutschen Bundes war der erste Vorstoß, mit dem sich die Hygieniker entsprechend ihres Leitgedankens auf höchster politischer Ebene Gehör zu verschaffen gedachten: Neben einer Standesvertretung der ärztlichen Profession sollten auch die Erfahrungen aller Zweige der Naturwissenschaften, der Chemiker, Botaniker, Ingenieure, sowie die der Verwaltungsbeamten und Statistiker für das öffentliche Leben „zum Nutzen der Gesundheit Aller ihre Anwendung finden“.<sup>129</sup>

Diese Eingabe leitete gleichzeitig als ersten ausschlaggebenden Schritt den parlamentarischen Weg zum Reichsimpfgesetz von 1874 ein.

Die Petition wurde unter der Federführung der Ärzte Hermann Eberhard Richter, Gustav Adolph Spiess, Johann Georg Varrentrapp und Augustus Hermann Wasserfuhr (1823-1897) sowie des Stadtbaurats James Hobrecht (1825-1902) eingereicht. Über 5000 Unterschriften von organisierten und namhaften Ärzten und Kommunalbeamten befürworteten die darin erbetene „Vorlage eines Gesetzes, betreffend die Verwaltungs-Organisation der öffentlichen

<sup>125</sup> Hardy, *Ärzte*, 169.

<sup>126</sup> *Ärztliches Vereinsblatt* (1873), 11, 94.

<sup>127</sup> *Ebd.*, (1872), 1-2; (1873), 11, 94.

<sup>128</sup> Gizycki, Rainald von; Pfetsch, Frank R.: Die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte: Bildung von Sektionen und Abspaltung von Gesellschaften. In: Neuloh, Otto, Ruegg, Walter (Hg.): *Innovationsforschung als multidisziplinäre Aufgabe, Beiträge zur Theorie und Wirklichkeit von Innovationen im 19. Jahrhundert. Studien zum Wandel von Gesellschaft und Bildung im Neunzehnten Jahrhundert* 14, Göttingen 1975, 101-153, hier 124, 130-134.

<sup>129</sup> *Sten.Ber.Anl.* 2 (1870), 1-2, 6, 11; Varrentrapp, *Zur Frage der Rätlichkeit*, 8, 12-13.

Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde“.<sup>130</sup> Die Forderung der Kernpunkte - Gründung einer Zentralbehörde und Erstellung einer Medizinalstatistik – müsse der Staat nach Art. 4, 15 der Reichsverfassung<sup>131</sup> erfüllen, indem er „die allgemeinen Ursachen, die Dispositionen zu Krankheitserscheinungen thunlichst zu beseitigen und zu vermeiden“ habe. Zu seinen Verpflichtungen zählten nicht nur die Vorbeugung von Krankheiten, sondern auch gesundheitsfördernde Maßnahmen, wobei er „vom Standpunkte des allgemeinen Wohles“ durchaus in die Privatsphäre des Einzelnen eingreifen dürfe.<sup>132</sup>

In Voraussicht eines langwierigen Prozesses für die bundesgesetzliche Regelung des komplexen Problems „Seuchenprophylaxe“ und „Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege“ gelang die Abstimmung über einen Zusatzantrag, der die Pockenschutzimpfung betraf: Als erster Schritt sollte eine statistische Erhebung veranlasst werden, die den Einfluss der einmaligen und wiederholten Einimpfung der Schutzpocken sowie ihre Verbreitung und Gefährlichkeit klärten.<sup>133</sup> Diese Begutachtung war als Grundlage der künftigen Gesetzvorlage für eine einheitliche Impfgesetzgebung gedacht. Außerdem bestand Aufklärungsbedarf, nachdem sich Berichte über Gesundheitsstörungen nach Vakzinationen häuften und das „General Board of Health“, London, bereits 1857 eine Befragung von 542 Ärzten und von Medizinischen Gesellschaften in Europa, Amerika und Asien veranlasst hatte. Die hauptsächlichsten Fragen, ob die Vakzination ‚meist vor Blattern und fast vollkommen vor einem tödlichen Ausgang‘ der Krankheit schütze, wurden in der Erhebung bejaht und in einem „Blaubuch“ veröffentlicht.<sup>134</sup> Einen weiteren Anlass zur Umfrage gab die steigende Tendenz zur Impfverweigerung. Trotz der anfänglich großen Bemühungen um möglichst hohe Impfungsraten wurde um die Jahrhundertmitte ein Impfschutz von lediglich etwa zwei Dritteln der Säuglinge erreicht.<sup>135</sup> Dieses Resultat traf auf alle deutschen Staaten mit und ohne gesetzliche Impfverpflichtung zu und äußerte sich in besonders hohen Verlustzahlen während und nach den Kriegsjahren 1870-72.<sup>136</sup>

---

<sup>130</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 89, 4-5.

<sup>131</sup> RGBl, 64, Art. 4,15 der Bundesverfassung: Der Bundesgesetzgebung unterliegen Maßregeln der Medicinal- und Veterinärpolizei.

<sup>132</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 687-698, bes. 687-688.

<sup>133</sup> Sten.Ber. NB Anl. 2 (1870), 6-7.

<sup>134</sup> Trüb, Paul C. L.; Posch, Josef und Richter, Karl-Heinz: Die Gegner der Pockenschutzimpfung und ihre Propaganda im 19. Jahrhundert und später. In: Med. Mschr. 27, 2 (1973), 68-77, hier 69.

<sup>135</sup> Maehle, Präventivmedizin, 127.

<sup>136</sup> Trüb/ Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, 69.

### *Vergleichende gesetzliche Impfmaßnahmen in den Partikularstaaten bis 1870*

In den vier deutschen Staaten Preußen, Bayern, Baden und Sachsen entwickelten sich besonders unterschiedliche Impfstrategien. Der ausführliche Vergleich veranschaulicht und belegt den Befund der unbefriedigenden Impfergebnisse:

Nach den aussichtsreichen Ergebnissen der anfänglichen Impfungen, die meist von engagierten und überzeugten Ärzten durchgeführt wurden, trafen die Regierungen Preußens, Bayerns und Badens erste gesetzliche Entscheidungen zur Förderung landesweiter Impfprogramme. Schwerpunkte waren die Einrichtung von Impfinstituten zur Lymphbeschaffung und Durchführung längerfristiger Versuchsimpfungen und ihrer Auswertung, die Ausbildung von Ärzten in der Impftechnik, Instruktionen zur Mobilisierung von Ärzten, Hilfspersonal und Behörden, Programme zur Aufklärung und Verbreitung sowie Impfanreize für die Bevölkerung und Ärzte in Form von Medaillen und Geldzuwendungen.

Schon in der frühen Phase zeichneten sich erste Unterschiede zwischen den vier im Vergleich stehenden Staaten ab: Preußen rief bereits im Juni 1800 in Berlin die erste Vakzinationsschule zur Ausbildung von Ärzten, und im Juni 1802 das „Königliche Schutzpocken-Impfungsinstitut“ ins Leben. Bayern und Baden richteten 1804, und Sachsen erst 1838 Zentralimpfinstitute ein. Während Preußen zunächst nur für einzelne von staatlicher Unterstützung abhängige Teile der Bevölkerung Zwangsimpfungen ab 1806 festlegte, führten Bayern und Baden schon 1807 bzw. 1815 den gesetzlichen Impfwang ein. In Sachsen gab es keinerlei staatliche direkte oder indirekte Impfverpflichtungen.

Verschärfte Anweisungen für Ärzte und Behörden sind in Preußen ab 1826 zu beobachten. Das „Regulativ“ von 1835 legte einen partiellen Impfwang fest, und zwar für Pockenzeiten und für den von staatlicher Fürsorge und von Dienstherrn abhängigen Personenkreis. „Jedem“ wurde die Impfung empfohlen und bei Erkrankung ungeimpfter Kinder wurde mit Strafe gedroht.<sup>137</sup> Der entscheidende Einfluss auf die Pockensituation blieb aus und der Verlust an Pockentoten von jährlich 8.000 (1833) war weiterhin hoch und steigerte sich bis 1866 auf etwa 12.000.<sup>138</sup> Nach den Kriegsjahren 1872 wurden in Preußen 262 Todesfälle auf 100.000 Einwohner gegenüber 7 bis 62 in den Jahren zwischen 1816 und 1870 verzeichnet.<sup>139</sup>

<sup>137</sup> Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten (1835), 255-257.

<sup>138</sup> Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, 626.

<sup>139</sup> Matzel, *Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg*, 34-38, bes. 38.

In Bayern wurden trotz gesetzlichen Impfwangs seit 1807 und straffer Organisation aller Kommunal- und Gerichtsbehörden, Ärzte, Chirurgen, Hebammen, Lehrer und Pfarrer ab 1810 bzw. 1825 ebenfalls verschärfende Anordnungen notwendig.<sup>140</sup> Ab 1831 entzogen sich jährlich tausend „Ungehorsame“ der Impfung. In der Zeit zwischen 1840 und 1860 kam es zu insgesamt 8.606 Todesfällen. Zwischen 1865 und 1867 erhöhte sich die Zahl auf 1.787 und in den Jahren 1870/71 mussten 4.784 Pockenopfer verzeichnet werden.<sup>141</sup>

Baden erhob ab 1809 einen teilweisen Impfwang, und zwar für Schüler von Gymnasien, Lyzeen und Universitäten, für Handwerkslehrlinge und von staatlicher Unterstützung abhängige Personen. Im Jahre 1815 wurde die allgemeine gesetzliche Impfpflicht eingeführt. Eine General-Impfrevision fand 1826 statt.<sup>142</sup> Weitere Verschärfungen folgten 1865. Obwohl ständige Wiederimpfungen schon bei geringster Pockengefahr durchgeführt wurden, starben 1871 über 1000 Menschen (von ca. 620.000 Einwohnern).<sup>143</sup>

Sachsen blieb bei seiner liberalen Impfrege lung und überließ den einzelnen Kommunen oder Landständen die Organisation von Impfkationen.<sup>144</sup> Ein Impfmandat von 1826 enthielt lediglich organisatorische Gesichtspunkte, förderte aber die Entwicklung von Retrovaxine. Nach endlich gelungener Erzeugung an der Königlichen Tierarznei-Schule wurde 1838 das erste Zentral-Impfinstitut in Dresden eröffnet.<sup>145</sup> Die „gewöhnheitsmäßige“ Impfwilligkeit der Bevölkerung von etwa 90% wurde ab 1868 durch eine einflussstarke Impffagitation durchbrochen. Beispielsweise befanden sich während einer Pockenepidemie in Bautzen 1868 unter 292 Pockenfällen bereits 100 ungeimpfte Personen, von denen 19 starben. Im Leipziger Impfinstitut sanken 1869 die Impfungen auf 26% der Vorjahre. Das Zentralinstitut in Dresden erreichte 1869 nur 61% der Impfungen gegenüber 1868 und in der „Fabrikschule“ Stolberg waren 1870 nur 53,2% der Schüler geimpft. Im Leipziger Krankenhaus stieg 1870 die Sterberate auf 14,7% gegenüber 4,5% in den Jahren von 1852 bis Mitte 1870, bei ungeimpften Kleinkindern sogar auf 82%.<sup>146</sup>

<sup>140</sup> Bulmerincq, Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 14-15.

<sup>141</sup> Wiesinger, Bettina: Das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung in Bayern 1800 – 1860. Diss. med., TU München 1995, hier 15-16, 54.

Kübler, Geschichte, 287.

<sup>142</sup> Baur von Eiseneck, Sammlung sämtlicher Gesetze, 395, 396, 398, 400-402, 457-458, 433-434.

<sup>143</sup> Jacobi, Das Reichs-Impf-Gesetz, 58, 64-67.

<sup>144</sup> Tutzke, Dietrich: Blatternsterblichkeit und Schutzpockenimpfung in der Oberlausitz zu Beginn des 19. Jahrhunderts. In: Archiv für Hygiene 139 (1955), 75-84, hier 82.

<sup>145</sup> Prinz, Carl Gottlob (1839): Praktische Abhandlung über die Wiedererzeugung der Schutzpockenlymphe durch Übertragung derselben auf Rinder und andere impffähige Haustiere. Dresden 1839, hier 1-2.

Otto, Geschichte, 13.

Chalabäus, Theodor: Die staatliche Impfanstalt und das Gewinnen tierischer Schutzpockenlymphe in Dresden. Dresden 1911, hier 7.

<sup>146</sup> Wunderlich, Mittheilungen, 97-106.

Medicinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1869), 35-37.

Die hohen Verlustzahlen in den Kriegsjahren 1871-72 müssen auf Impflücken zurückgeführt werden, die teilweise aus vernachlässigten Revakzinationen entstanden waren. Bayern hatte zwar 1807 die gesetzliche Impfpflicht eingeführt, scheute sich jedoch vor einer verpflichtenden Revakzinationsregelung: „Diese wiederholte Impfung zu gebieten kann die Staatsregierung sich um so weniger veranlaßt sehen, als es sich hier [um] erwachsene[] Personen handelt, denen die Sorge für ihr eigenes Wohl füglich überlassen werden kann, und als es nicht an polizeilichen Mitteln mangelt, durch eigenes Verschulden der Epidemie Anheimfallende während des Krankheitsverlaufes nach etwaigem Bedarfe außer Berührung mit ihren Mitbürgern zu setzen.“<sup>147</sup>

Ein Großteil der Bevölkerung entzog sich dem „ordnenden Zugriff“ des Staates und kam den erwarteten „Verhaltensanforderungen“ nicht nach.<sup>148</sup> In Bayern erhielt der Impfarzt „[i]m Namen Seiner Königlichen Majestät“ den „körperlichen“ Zugriff und durfte das „zur Impfung angezeigte Kind“ mitnehmen und impfen, wenn skeptische Eltern „der Schutzpockenimpfung Hindernisse in den Weg“ legten.<sup>149</sup> „Das Recht des Staates über den Körper des einzelnen“ zu verfügen, wurde in Baden sowohl in Einzelfällen, wie ein Beispiel besonders hartnäckigen Widerstandes zeigt, durchgesetzt, als auch auf die gesamte Bevölkerung übertragen.<sup>150</sup> So wollte der streng katholische Salpeterer seine Kinder vor den als „Teufelszeichen“ angenommenen Impfnarben bewahren und hatte schon mehrmals Geldstrafen wegen Impfantzugs entrichtet. Bei der wiederholten Impfverweigerung wurden er und seine Frau solange in Gewahrsam genommen, bis die Kinder geimpft waren und sich Schutzpocken ausgebildet hatten.<sup>151</sup> Bezüglich der Revakzinationen nahm Baden keine Rücksicht auf Mündigkeit oder Eigenverantwortlichkeit seiner Bürger und ordnete 1826 nach zahlreichen Pockenausbrüchen eine „General-Impfrevision im ganzen Lande“ an, die eine „doppelte Vaccination“ bedeutete. „Wenigstens 26.000 Personen wurden geimpft. [...] Unter ihnen bef[a]nden sich Leute von dem höchsten Alter, die Mehrzahl aber [war] von den Jahren 18 bis 24.“<sup>152</sup>

<sup>147</sup> Döllinger, Das Medicinalwesen in Bayern, 229-230; Bulmerincq, Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 37.

<sup>148</sup> Wolff, Eberhard: Der „Medizinische Kulturkampf“. Die Medikalisierung des Patienten durch die Pockenschutzimpfung im 19. Jahrhundert. In: Hahn, Susanne; Thom, Achim (Hg.): Ergebnisse und Perspektiven sozialhistorischer Forschung in der Medizingeschichte, Kolloquium zum 100. Geburtstag von Henry Ernest Sigerist (1891-1957), 12.-14. Juni 1991, Karl-Sudhoff-Institut, Universität Leipzig, Protokoll. Leipzig 1991, 89-103, hier 91.

<sup>149</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 71-73.

<sup>150</sup> Wolff, Der Medizinische Kulturkampf, 91.

<sup>151</sup> Lehner, Thomas (Hg.): Die Salpeterer. Berlin 1977, hier 95-96.

Kies, Tobias: Verweigerter Moderne? Zur Geschichte der „Salpeterer“ im 19. Jahrhundert. Konstanz 2004, hier 195-197.

<sup>152</sup> Baur von Eiseneck, Sammlung sämtlicher Gesetze, 458-459.

Das Ziel, die gesamte Bevölkerung durch die prophylaktische Schutzimpfung vor den Pocken zu bewahren, war trotz beachtlicher und vielfältiger Bemühungen keinem der vier Staaten gelungen - weder Preußen mit vorbildlich organisierten Impfangeboten und differenzierten, abwägenden Impfregeleungen, noch Bayern mit dem früh eingeführten gesetzlichen Impfwang, noch Baden mit Impfwang und wiederholten Impfrevisionen, noch Sachsen mit der Gewährung freier Entscheidung zur Impfung.

Beim Militär dagegen hatte es während der Kriegsjahre 1871/72 nur äußerst geringe Erkrankungs- und Todesfälle durch Pocken gegeben: In Bayern wurde nach statistischer Ermittlung der Tod eines Soldaten (von 91.965) festgestellt, in Preußen starben 146 Soldaten (von 590.262), in Baden 12 (von 21.955) und in Sachsen 30 (von 42.355).<sup>153</sup> Diese Ergebnisse resultieren aus den strikten Zwangsimpfungen und Revakzinationen, die beim Militär durchgesetzt worden waren, und zwar in Preußen 1820 bzw. 1831,<sup>154</sup> in Bayern 1807 bzw. 1827,<sup>155</sup> in Baden 1829 bzw. 1830<sup>156</sup> und in Sachsen 1868.<sup>157</sup>

### *Die Reichsgründung*

Am 18. Januar 1871 wurde im Versailler Schloss König Wilhelm I. von Preußen zum Deutschen Kaiser proklamiert und damit die Reichsgründung als ein Bund der deutschen Fürsten und Hansestädte vollzogen. Die Reichsverfassung, eine Erweiterung der Verfassung des Norddeutschen Bundes, wurde am 16. April 1871 Gesetz. Der Reichsgründung war ein Militärbündnis vom 18. August 1866, der Norddeutsche Bund, vorausgegangen. Dieser erhielt am 16. April 1867 eine Verfassung. Am 1. Juli 1867 wurden die zugehörigen 22 Staaten unter der Führung Preußens zum Bundesstaat. Im Jahre 1870 verbündeten sich die süddeutschen Staaten Baden, Bayern, Württemberg und das Großherzogtum Hessen mit dem Norddeutschen Bund gegen Frankreich. Nach dem Deutsch-Französischen Krieg 1870/71 traten sie dem Norddeutschen Bund bei. Dieser erhielt mit Reichstagsbeschluss vom 9. Dezember 1870 den Namen „Deutsches Reich“.<sup>158</sup>

<sup>153</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 24-26; Kübler, Geschichte, 315-322.

<sup>154</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung, 125; Eulenberg: Das Medicinalwesen in Preußen, 213; Kübler, Geschichte, 228-229; Lentz, Die gesetzliche Regelung, 500, 534; Münch, Gesundheitswesen, 236; Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten (1835), 119-120.

<sup>155</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 85; Kübler, Geschichte, 231.

<sup>156</sup> Baur von Eiseneck, Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 423; (1838), 235-236, 260.

<sup>157</sup> Kübler, Geschichte, 315-322.

<sup>158</sup> [www.dhm.de/lemo/html/kaiserreich/innenpolitik/reichsgruendung/index..html](http://www.dhm.de/lemo/html/kaiserreich/innenpolitik/reichsgruendung/index..html) vom 11.08.2008, 13.59 h.

Mit der Gründung des Kaiserreichs begannen drei zentrale Interventionen in Hinsicht auf die Seuchenprophylaxe: Es handelte sich um das Reichsimpfgesetz von 1874, die Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes von 1876 und das Reichsseuchengesetz von 1900.

*Der Gesetzgebungsprozess zum Impfgesetz vom 8. April 1874 (Reichsimpfgesetz)*

An die Reichsgründung knüpften die Ärzte hohe Erwartungen bezüglich einer reichseinheitlichen Organisation der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und der Umstrukturierung der Zentralverwaltung. In erster Linie wurde die bereits am 6. April 1870 eingeleitete Initiative verfolgt, die durch einen Zusatzantrag die Impfregelelung von den übrigen Forderungen abgetrennt und damit vorgezogen hatte. Und zwar sollte noch vor Einsetzung einer Zentralbehörde eine statistische Erhebung innerhalb der Staaten des Norddeutschen Bundes und der übrigen deutschen Staaten durchgeführt werden, um konkrete Ergebnisse über den Einfluss der einmaligen und wiederholten Vakzination auf die Verbreitung und Gefährlichkeit der Pocken sowie auf die Gesundheit der Geimpften zu erhalten.<sup>159</sup>

Nun nach Reichseinigung gaben die Erfahrungen der ausgedehnten Pockenepidemie während der Kriegsjahre von 1870/71 und danach erst recht Anlass, den außerordentlichen Nutzen aus der prophylaktischen Vakzination zu ziehen und als medizinische Intervention in einheitlichen gesetzlichen Impf- und Wiederimpfbestimmungen durchzusetzen.

Der erste praktische Impuls ging von Königsberger Ärzten aus, die im Auftrag des Vereins für wissenschaftliche Heilkunde in einer Petition den Entwurf eines Impfgesetzes einbrachten. Dieser wurde als Grundlage für die künftige Reichsgesetzgebung diskussionslos am 22. Mai 1872 als Reichstagsbeschluss an den Reichskanzler übergeben.<sup>160</sup> Dem bislang stockend verlaufenden Gesetzgebungsprozess verlieh eine weitere Eingabe vom März 1873 Nachdruck: Als Vertreter eines breiten öffentlichen Interesses erbaten 21 Versicherungsgesellschaften aus juristischen und verwaltungstechnischen Gründen die Klärung gesetzlicher Maßnahmen zur Pockenschutzimpfung.<sup>161</sup>

Das präsenste Pockenproblem einerseits, und die bevorstehende Einführung der gesetzlichen zwangsweisen Impfung andererseits, blieben in der Öffentlichkeit nicht ohne Resonanz. Wäh-

<sup>159</sup> Sten.Ber. NB (1870), 687-698.

<sup>160</sup> Sten.Ber. 1 (1872), 462.

<sup>161</sup> Sten.Ber. 1 (1873), 286.

rend Eingaben vor allem aus ärztlichen Kreisen die Einführung der allgemeinen Impfpflicht bekräftigten, suchten insbesondere Impfgegner bereits im Vorfeld der Gesetzesverhandlungen Einfluss auf die Abgeordneten zu nehmen und in Petitionen die Aufhebung jedweden Impfwangs zu fordern. In eigenwilligen Tiraden wurde als Begründung das gesamte gegen die Pockenschutzimpfung gerichtete Spektrum an Vorwürfen angeführt, das sich sowohl in den Agitationskampagnen während der Impfdebatten im Februar und März 1874, als auch nach Inkrafttreten des Impfgesetzes am 1. April 1875 in unveränderter Form wiederholte: Nach Meinung der Petenten war die Impfung nutzlos und „eitel Lug und Trug“. Sie richtete „entsetzliche Verheerungen im Organismus“ an, verunreinigte das Blut und erzeugte „höchst gefährliche Krankheiten“, wie Croup und Diphtherie. Sie war als „Würgeengel“ zu betrachten, der auf „schreckenerregende Weise“ die „Kinderwelt“ dezimierte, und auch als strafbare Handlung, weil man „Unmündige gegen ihren Willen mit einem der ekelhaftesten und stärksten thierischen Gifte unter einem ganz nichtigen Vorwande“ infizierte. Die Impfstatistik sei ohne die notwendigen Erläuterungen höchst liederlich und unglaubwürdig.

Die Impfpflicht müsse aufgehoben werden, weil „1. der Impfwang ein barbarischer Eingriff in die persönliche Freiheit des Menschen, ärger als der Gewissenszwang, 2. der Nutzen der Impfung nach dem Urtheil der Ärzte selbst und nach gewonnener Erfahrung mindestens zweifelhaft, 3. die Nebenwirkungen des Impfens häufig schrecklicher Art durch Übertragung und Erzeugung resp. Weckung anderer Krankheiten seien“.<sup>162</sup>

Urteile dieser Art waren nicht unbegründet, sie jedoch zu generalisieren, lag im Interesse der Impfgegner. Der bekannteste unter ihnen, Carl Georg Gottlob Nittinger (1807-1874)<sup>163</sup>, agitierte seit Mitte der 1850er Jahre in Wort und Schrift. Als Arzt verbreitete er mit einigen anderen impf-kritischen Medizinern Angst, Unsicherheit und Gewissensnot in der Bevölkerung, die sich zu ersten Impfgegner-Organisationen mit Zentren in Leipzig, Stuttgart und Hamburg zusammenschlossen.<sup>164</sup>

Am 5. Februar 1874 legte der Reichskanzler den vom Bundesrat beschlossenen „Entwurf eines Gesetzes über den Impfwang“ vor. Der Reichstag nahm am 18. Februar des gleichen

<sup>162</sup> Sten.Ber. Anl. 3 (1872), 213-218.

<sup>163</sup> Zu Nittingers bekanntesten Veröffentlichungen zählen: Die 50-jährige Impfvorgiftung des Württembergischen Volkes, Stuttgart (1848); Die Impfung ein Mißbrauch, Stuttgart (1853); Das falsche Dogma von der Impfung und seine Rückwirkung auf Wissenschaft und Staat, München (1857). Nittinger war bis 1832 als Lehrer tätig gewesen, hatte dann in Heidelberg und Würzburg Medizin studiert und 1835 in Würzburg promoviert. Im Jahre 1840 gründete er in Berg eine Badeanstalt und führte das Magnesiawasser in Stuttgart ein. DBE (1998), 7, 426.

<sup>164</sup> Humm, Geschichte, 85-101; Helmstädter, Zur Geschichte, 19-20; Maehle, Präventivmedizin, 127.

Jahres die Verhandlungen auf und beschloss nach dritter Beratung am 8. April 1874 das Reichsimpfgesetz.

Über die Gesetzeslage im Reich hatte die Petitionskommission bereits am 6. Mai 1872 das Parlament unterrichtet: Die verschiedenen Deutschen Staaten seien seit vielen Jahrzehnten bemüht gewesen, die Kuhpockenimpfung zum Schutz gegen die Menschenblattern thunlichst allgemein zu verbreiten. Dies sei, wie in Süddeutschland, auf direktem, in anderen Staaten auf indirektem Weg geschehen. „Eigenthümlich“ erscheine die Impfregeleung in Preußen, die auf eine Verordnung von 1835 zurückgehe. Darin werde die Impfung als „das sicherste Schutzmittel“ genannt, jedoch nur eine Empfehlung für die Impfung ausgesprochen. Eine Zwangsimpfung solle nur bei Pockenausbruch und nur bei Verbreitungsgefahr durchgeführt werden; Strafe werde aber für diejenigen angedroht, die ihre Kinder bis zum Ablauf ihres ersten Lebensjahres ungeimpft belassen haben, sofern diese Kinder an Pocken erkrankten und eine Ansteckungsgefahr bedeuteten. Auch sollten alle Empfänger staatlicher Unterstützung und Förderung sowie Soldaten den Nachweis über die Impfung bzw. Wiederimpfung erbringen.

Bei den Beratungen zum Gesetzentwurf standen besonders die §§ 1, 14, 15, 16 und 19 im Mittelpunkt, bei denen es sich um die zwangsweise Impfung für Kinder und Erwachsene sowie um Strafbestimmungen handelte.

Kennzeichnend für die Verhandlungen war eine durchgehend kontrovers geführte Debatte. Bis zum Schluss wurde in kritischen Auseinandersetzungen der Kampf um den Impfwang mit großem Engagement ausgefochten. In der allgemeinen Diskussion kam es besonders wegen zwei grundlegenden Standpunkten zum Streit. Zum einen ging es um die einheitliche gesetzliche Regelung des Impfwesens für das gesamte Reich, zum anderen um die Einführung des Impfwangs und Revakzinationszwangs. Die Befürworter des Impfwangs, vertreten hauptsächlich durch die Ärzte Wilhelm Löwe (1814-1886) und August Zinn (1825-1897), waren, wie die überwiegende Mehrzahl der Ärzte,<sup>165</sup> überzeugt, dass die Sterblichkeit an Pocken seit der Einführung der Impfung bedeutend abgenommen hatte, die Impfung für eine gewisse Reihe von Jahren einen hohen Schutz gegen die Pocken bot, die Wiederholung der Impfung immer größeren Schutz auch vor dem tödlichen Ausgang der Krankheit gewährte und es keine „verbürgte Tatsache“ für einen nachteiligen Einfluss der Impfung auf die Ge-

---

<sup>165</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 71-72.

sundheit der Menschen gab. Dieses Resultat beruhte auf einem Gutachten der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen.<sup>166</sup>

Die streitbare Stimmung der Impfdebatte wurde durch weitere 29 Eingaben der nachdrücklich agierenden Minderheiten-Gegnerschaft immer neu angefacht. Entsprechend verhielten sich die Verteidiger und Gegner des Impfwangs.

So vertrat der Befürworter des Impfwangs Löwe, der sich seit April 1870 mit den Vorarbeiten des Impfgesetzes befasst hatte, in erster Linie den Grundsatz, dass der Staat die Pflicht habe, seine Einwohner gegen eine schwere Seuche zu schützen. Die Impfung sei lebenserhaltend, schütze vor dem möglichen Verlust der Sinnesorgane und vor dauerndem Siechtum. Sie erhalte die Arbeitsfähigkeit vieler Menschen und ver helfe sowohl dem Einzelnen, als auch der gesamten Gesellschaft zu höherem Lebensgenuss. Deshalb sei sie für die Entwicklung des Staates höchst wertvoll.<sup>167</sup> Gleichzeitig nahm er Bezug auf die Rechtslage und erklärte, dass „die Einwendungen, die gegen das Gesetz vom Standpunkt der persönlichen Freiheit gemacht werden, hinfällig [seien], denn der Staat habe die Pflicht, die Freiheit des Einzelnen soweit einzuschränken, als es das wohlerkannte Interesse der Gesamtheit verlangt“.<sup>168</sup>

Einige in der Gesetzvorlage vorhandene Angriffspunkte suchte Löwe noch vor der allgemeinen Erörterung durch Verbesserungsvorschläge auszuräumen. Sie betrafen die Versorgung mit gutem, d.h. wirksamen, „nicht schädlichen Impfstoff“, die die Bundesregierungen übernehmen sollten. Außerdem ermahnte er die Ärzte zum sachverständigen und vorsichtigen Impfen und er kündigte die Modifizierung der Strafbestimmungen an. Als unumstößliches und wichtigstes Motiv des Gesetzes erklärte er die kontrollierte zwangsweise Revakzination. Sie sollte für das schulpflichtige Alter festgelegt werden, bevor ein „renitenter Vater oder Vormund“ das Kind aus der Schule nehmen und somit der Wiederimpfung entziehen könne.<sup>169</sup>

Die impfgegnerischen Abgeordneten, maßgeblich vertreten durch den Juristen Otto Reichensperger (1808-1895) und den Zigarrenmacher und SPD-Funktionär Otto Reimer (1841-1892), stützten sich auf medizinische Argumente: Die Impfung sei unwirksam und überdies gesundheitsschädlich. Ebenso seien nach den Impfungen immer wieder Infektionen, auch ernsthafte-

---

<sup>166</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 24.

<sup>167</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 103.

<sup>168</sup> Ebenda.

<sup>169</sup> Ebenda.

re Komplikationen, die zu Todesfällen geführt hätten, sowie Krankheitsübertragungen, insbesondere von Syphilis, beobachtet worden.<sup>170</sup> Die teilweise begründeten Komplikationen, die mit der Impfung in Zusammenhang gebracht und von impfgegnerischen Kreisen als generelles Problem dargestellt wurden, fanden in der Impfdebatte ihren Widerhall. Sie bewogen deshalb den Abgeordneten Reichensperger, den Zwang zum Impfen abzulehnen. Nach seiner Meinung bedeutete er eine Beschränkung der persönlichen Freiheit, zumal die schwer lösba- ren Impfprobleme zu „wahren Ungeheuerlichkeiten“ führen könnten.<sup>171</sup>

Die Vorwürfe, die gegen die Schutzimpfungen angeführt wurden, waren wegen fehlender Nachweismöglichkeiten nicht widerlegbar. Berechtigte Klagen über Impfnebenwirkungen, ausgelöst durch unzulängliche Impftechnik, Lymphqualität und Diagnostik, konnten zu keiner Zeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Auch mussten die angezweifelten statistischen Erhebungen als dauerhafter Kritikpunkt hingenommen werden, denn erst etwa Ende des 19. Jahrhunderts war ein sicherer Nachweis über den Rückgang der Pocken möglich.<sup>172</sup>

Trotz kritischer und ausführlicher Auseinandersetzung bestätigte das Abstimmungsergebnis von 183:119 Stimmen die Annahme des §1, der die gesetzliche Impf- und Revakzinationspflicht bei Kindern vorsah. Danach sollte jedes Kind vor Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres einer Erstimpfung, und jeder Schüler während seines 12. Lebensjahres einer Wiederimpfung mit Schutzpocken unterzogen werden. Ausgenommen waren Kinder, die aufgrund eines ärztlichen Zeugnisses von der Impfung befreit wurden oder die die natürlichen Pocken überstanden hatten.

Ohne Erfolg dagegen verlief die Verhandlung über die §§ 14 und 15. Nach einer wiederholten nachdrücklichen Diskussion in der dritten Beratung, die zur namentlichen Abstimmung mit dem Ergebnis von 141 Nein- gegenüber 140 Ja-Stimmen führte, musste §14 verworfen werden. Der zugehörige §15 war damit hinfällig. Der Grund für diese Entscheidung lag im Inhalt des §14: Danach war die zuständige Behörde (der Kreisphysikus) bevollmächtigt worden, bei einem Pockenausbruch Impfungen für einen Teil oder die gesamte Einwohnerschaft anzuordnen, und zwar ohne Rücksicht auf frühere Impfungen. Paragraph 15 legte fest, dass die Impfung erzwungen werden konnte, wenn sich ein Impfpflichtiger der amtlichen Aufforderung widersetzte.

Der Protest gegen diese Maßnahmen war quasi vorprogrammiert, denn eine zwangsweise Vorführung von Erwachsenen zur Impfung war rein praktisch nicht möglich. Außerdem

---

<sup>170</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 106-108.

<sup>171</sup> Ebd., 106.

<sup>172</sup> Wolff, Der Medizinische Kulturkampf, 96-97.

wurde von Impfgegnern erklärt, dass es unzumutbar sei, wenn ein Kreisphysikus als Einzelperson über eine ganze Einwohnerschaft bestimmen konnte. Und, laut Reichensperger, entspreche es nicht dem „Freiheitssinn dieses hohen Hauses“, wenn es sich um eine „Art Folter“, die mit Geldbußen oder Gefängnis bestraft werden sollte und eine mehrfache Beschränkung der persönlichen Freiheit bedeutete, handelte.<sup>173</sup>

Aus der Verwerfung des §14 entstand eine brisante Situation, denn auch die Bestimmung über Zwangsimpfungen für Erwachsene, die in verschiedenen Bundesstaaten bereits bestand, konnte damit widerrufen werden. Deshalb brachte Löwe als „Impfzwangverteidiger“ ein Amendment ein, wonach die in verschiedenen Bundesstaaten bestehenden obligatorischen Revakzinationen erhalten bleiben und von dem neuen Impfgesetz nicht berührt werden sollten. Ein entsprechender Zusatzpassus konnte auch trotz eines Versuchs durch einen Gegenantrag, in dem mit juristischen Auslegungen zur Landes- und Reichsgesetzlichkeit argumentiert wurde, nicht ausgehebelt werden und erhielt eine mehrheitliche Zustimmung des Parlaments.<sup>174</sup>

Von den übrigen Paragraphen, die organisatorische und verwaltungstechnische Belange betrafen, sind die „Straf“-Paragraphen erwähnenswert: Nach (dem neuen) §14 drohte Eltern, Pflegeeltern und Vormündern eine Geldstrafe bis zu fünfzig Mark oder Haft bis zu drei Tagen, wenn ein Kind ohne triftigen Grund ungeimpft blieb. Nach §17 sollte Ärzten, die fahrlässig handelten, eine Geldbuße bis zu fünfhundert Mark oder eine Gefängnisstrafe bis zu drei Monaten auferlegt werden.<sup>175</sup>

Der Wandel der Namensgebung von „Impfzwanggesetz“ zu „Impfgesetz“ wurde damit erklärt, dass mit dem Wegfall des §14 von einem Zwang nicht mehr die Rede sein konnte, weil er nur noch einen Teil des Gesetzes betraf, das Gesetz jedoch das gesamte Impfwesen in der Bevölkerung ordnete.

### *Die Impfdebatte als Spiegel partei-programmatischer Auseinandersetzungen*

Die Diskussionen der Impfdebatte wurden insbesondere von vier Hauptrednern getragen. Die Ärzte Wilhelm Löwe und August Zinn befürworteten den Impfzwang, der Jurist August Reichensperger und der Parteigenosse Otto Reimer plädierten für die Impfung ohne jeglichen Zwang. Die persönliche und partei-politische Biographie dieser Redner gibt Aufschluss über

<sup>173</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 340-348.

<sup>174</sup> Ebd., 351-357.

<sup>175</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 273-274 (Impfgesetz, s. auch Anlage).

die Haltung, die sich in ihren mit großem Engagement vorgetragenen Beiträgen widerspiegelte. Sie ließ auch deutliche Zusammenhänge zwischen dem Inhalt ihrer Reden und ihrer von den jeweiligen Parteiprogrammen durchdrungenen Gesinnung erkennen.

So etwa appellierte Wilhelm Löwe als Mitglied der Fortschrittspartei an den Gemeinsinn der Abgeordneten, zu akzeptieren, dass der Staat verpflichtet sei, „die Freiheit des Einzelnen soweit einzuschränken, als es das wohlerkannte Interesse der Gesamtheit“ verlange. Damit reflektierte er das Programm seiner Partei. Gemeinsinn, der Sinn für das öffentliche Wohl, wurde besonders zur Verbesserung der Lage der Arbeiter in wirtschaftlicher Hinsicht angestrebt, indem ihnen neben der Förderung von Bildung durch die Gründung von Rohstoffgenossenschaften mit Selbstregierung und Verwaltung – unter dem Vorsitz von Rudolf Virchow und des Mitbegründers Hermann Schulze-Delitzsch (1808-1883) - nahe gebracht wurde.<sup>176</sup>

August Zinn, ebenfalls Angehöriger der Fortschrittspartei verlegte sich auf die programmatische Bildungspolitik, „die Pflege der geistigen, sittlichen und körperlichen Anlagen“, und erklärte dem Parlament umfassend die Pockensituation. Er hob hervor, dass sich ein Teil der Bevölkerung durch unwissenschaftliche und polemisierende Aussagen von Impfgegnern beeinflussen und verunsichern ließe, weil es an „Elementarschul-Unterricht“ und „Lehrmitteln“ fehle. Die Bevölkerung könne bei entsprechender Förderung „geistig freier, selbständiger und widerstandsfähiger werden“. Die Abgeordneten sollten nicht länger zögern, einen großen Teil der Bevölkerung vor dem Tod und vor Entstellungen durch diese Seuche zu bewahren, „gegen welche die Wissenschaft ein ebenso einfaches als unschädliches und sicheres Schutzmittel besitzt, das zur Geltung zu bringen der Zweck der Vorlage ist“.<sup>177</sup>

August Reichensperger, Mitglied der Zentrumsparlei, vertrat die im Essener Parteiprogramm verankerten Grundsätze, die ebenfalls der „Beseitigung der sozialen Mißstände und Förderung aller Interessen des Arbeiterstandes durch eine gesunde christliche Gesetzgebung“ dienten. Höchste Priorität maß er der „Beschränkung der persönlichen Freiheit zu, die in der Natur der Sache läge. Die Kardinalfrage, „ob unumstößlich festgestellt ist, ob die Pockeneimpfung im Großen und Ganzen erhebliche Vortheile im Gefolge gehabt hat“, konnte nicht beantwortet werden. Somit fehle die Grundlage für eine gesetzliche Entscheidung.<sup>178</sup> In Anbetracht der ungeklärten Impfprobleme verwarf er alle Zwangsmittel und Strafen gemäß dem Motto des „Katholischen Clubs“, das Freiheit „in allem und für alle“ forderte.<sup>179</sup> Die Gefäng-

<sup>176</sup> Aldenhoff, Rita: Schulze-Delitzsch. Ein Beitrag zur Geschichte des Liberalismus zwischen Revolution und Reichsgründung. Baden-Baden 1984, hier 80, 97.

<sup>177</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 110.

<sup>178</sup> Ebd., 106.

<sup>179</sup> Pastor, Ludwig: August Reichensperger. Freiburg 1899, hier 237.

nisstrafe treffe in den meisten Verweigerungsfällen Angehörige der arbeitenden, unbemittelten Klasse. Auch müsse hinterfragt werden, ob sich „derartige Zwangsmittel mit den allgemeinen strafrechtlichen Prinzipien und den kriminalistischen Anschauungen der Gegenwart“ vertrügen. „Drakonismus“ sollte man aus dem Gesetz herauslassen.<sup>180</sup>

Für den Sozialdemokraten Otto Reimer war die Impfdebatte ein Forum, um die kritische soziale Lage der Arbeiterschaft zu beleuchten. Er griff die Ärzte an, von denen es genug gäbe, die „handwerksmäßig ihr Geschäft als Spekulation betreiben“. Die Gesetzesvorlage bevorzuge „die besitzenden Klassen“, die ihre Kinder privat bei einem Arzt ihrer Wahl für teures Geld impfen ließen. Sie könnten die „nach Eiter und Materie duftenden Impfsäle“ und den Kontakt mit dem pestverbreitenden „skrophulösen Gesindel“ meiden. Während großer Impfaktionen gingen nicht immer geschickte Ärzte fabrikmäßig vor. „Man wird das Kind des Arbeiters, das Kind des Volkes vielleicht zu Experimenten gebrauchen, um zu sehen, wie weit man bei dem Kinde eines Günstlings vorzugehen riskieren kann, um in Amt und Würden zu steigen.“<sup>181</sup> Die zahlreichen Arbeiterkinder, die während der letzten Epidemie in Chemnitz den Pocken erlagen, seien nicht gestorben, weil sie ungeimpft waren, sondern weil „die angestrengte Fabrikarbeit der Mutter es nicht dazu kommen ließ, ein gesundes Kind zu gebären und noch viel weniger zu ernähren“. Man müsse Virchow folgen, der Epidemien mit großen Warnungstafeln verglichen habe, „an denen der Staatsmann von großem Stil lesen kann, daß in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist [...]“. Auch August Bebel (1840-1913) habe sich entsprechend geäußert, indem er eine symptomatische Heilung von Krankheiten forderte - gegen die Entstehung und zur Vermeidung von Krankheiten. Reimer rief das Plenum auf, gegen den Impfwang zu stimmen und vielmehr öffentliche Wasch- und Badeanstalten, die für Reinlichkeit gegen Epidemien sorgten, zu befürworten.<sup>182</sup>

### *Die Pockenschutzimpfung als Beispiel für die Medikalisierung*

Das Pockenproblem und die Schutzimpfung bieten unter dem Aspekt der Medikalisierung ein vielfach diskutiertes Beispiel.

So stellt Claudia Huerkamp fest, dass staatliche Regelungen, unter anderen die Pockenschutzimpfung, den „Kompetenz- und Funktionsbereich der Ärzte“ erweiterten und

---

<sup>180</sup> Sten.Ber. 1 (1873), 258-259.

<sup>181</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 108.

<sup>182</sup> Ebd., 109.

besonders im städtischen Bereich vermehrt der leichtere Zugang zu ärztlicher Versorgung wahrgenommen wurde.<sup>183</sup>

Einige Beispiele, die auch den von Jean-Pierre Goubert geprägten Medikalisierungsbegriff bestätigen, nach dem akademische Ärzte bzw. Wundärzte als besonders Privilegierte innerhalb der Heilergruppe herausgehoben wurden,<sup>184</sup> finden sich in der Frühphase der Pockenschutzimpfungen. So etwa erhielten in Preußen am 24. September 1819 alle Verantwortlichen die Anweisung, „das Impfgeschäft ausschließlich wissenschaftlich gebildeten, vorsichtigen und gewissenhaften Aerzten und Wundärzten anzuvertrauen“.<sup>185</sup> Die alte Bestimmung vom 31. Oktober 1803, die den Chirurgen niedrigeren Grades, Landgeistlichen, Landschullehrern und Landhebammen das Impfen zur Bewältigung des Impfprogramms vor allem in ländlichen Gebieten erlaubte, wurde aufgehoben.<sup>186</sup> Ebenso regelte Bayern mit Erlass des Impfgesetzes am 27. August 1807 die Impfulassung neu. Danach durften nur noch Ärzte und ausgesuchte Chirurgen, die als „Gehilfen“ in Städten von Landgerichtsärzten bestellt werden mussten, impfen.<sup>187</sup> In Baden wurde mit einem „ernstlichen“ Verweis vom 7. August 1812 darauf hingewiesen, dass sich ausschließlich „licenzirte Aerzte und Wundaerzte erster Klasse [...] mit der Schutzpocken-Impfung befassen“.<sup>188</sup>

Ute Frevert sieht in der „in Preußen propagierten Pockenschutzimpfung ein zentrales Element des Medikalisierungsprozesses“, das den Einfluss des Staates und der medizinischen Profession auf die Bevölkerung allmählich vergrößerte. Den Ärzten sei das „Zusammenspiel ärztlicher und staatlicher Interessen“ entgegengekommen, weil sie durch Impfgebühren und staatliche Prämien mit Mehreinnahmen rechnen konnten und die Impfung als ein Mittel erkannten, mit der Bevölkerung näheren Kontakt aufzunehmen.<sup>189</sup>

Die Impfung forderte besonders von der ländlichen Bevölkerung eine völlig neue Denkart, sich mit Krankheiten auseinanderzusetzen. Hatte man bisher die Pocken als Gott gegebene Kinderkrankheit hingenommen, sollten nun gesunde Kinder einer künstlichen, von der Impfung erzeugten Krankheit, ausgesetzt werden, um sie vor einer möglichen späteren,

---

<sup>183</sup> Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, 304.

<sup>184</sup> Eckart / Jütte, *Medizingeschichte*, 312-313.

<sup>185</sup> Augustin, *Die königlich preußische Medicinalverfassung* (1824), 645.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt: Beiträge zur Beurtheilung des Nutzens der Schutzpockenimpfung nebst Mittheilungen über Maßregeln zur Beschaffung untadeliger Thierlymphe. Berlin 1888, hier 104.

<sup>186</sup> Augustin, *Die königlich preußische Medicinalverfassung* (1818), 614-617.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 100-103.

Kübler, *Geschichte*, 179; Frevert, *Krankheit*, 69-74; Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, 623; Stein, *Die Pockenvakzination*, 1081.

<sup>187</sup> Bulmerincq: *Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern*, 3; Giel, *Die Schutzpockenimpfung in Bayern*, 96.

<sup>188</sup> Baur von Eiseneck, *Sammlung sämmtlicher Gesetze* (1830), 372, 373, 375.

<sup>189</sup> Frevert, *Krankheit*, 73-74.

lebensbedrohlichen Pockenerkrankung zu bewahren. Krankheitsvorsorge zu vermitteln und traditionellen Schicksalsglauben zu überwinden, suchte man in Preußen nachzuhelfen. Ob als Anreiz oder als Erleichterung wurden sowohl Ärzte für ihre Impftätigkeit, als auch Prediger, Eltern und Kinder für ihre Impfpropaganda bzw. Impfbereitschaft ab 1805 mit aufwendigen Silbermedaillen belohnt.<sup>190</sup>

Das „Zusammenspiel ärztlicher und staatlicher Interessen“ basierte sicherlich auf einem Annäherungsprozess, der sich allmählich entwickelte musste. Dass es, zumindest in bürokratischer Hinsicht, bei einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Ärzten am Interesse, mit dem Staat zusammenzuarbeiten, haperte, beweisen einige Beispiele. So mussten im Frühjahr 1812 die preußischen Ärzte offiziell ermahnt werden, ihre Impfberichte korrekt zu erstatten.<sup>191</sup> Auch die Ärzteschaft in Baden kam ihren Verpflichtungen offensichtlich nicht ordnungsgemäß nach, denn die Großherzogliche General-Sanitäts-Kommission sprach 1808 Ärzten und Chirurgen ihr offenes „Mißfallen“ über die zahlreichen „rückständigen“ Impfberichte aus und setzte ihnen eine vierwöchige Frist. „[W]idrigenfalls“ würden „die Säumigen in den Regierungs- und Provinzblättern nicht nur namhaft gemacht, sondern selbst strengere Maaßregeln gegen dieselbe[n ...] ergriffen“.<sup>192</sup>

Dem Zusammenwirken zwischen Staat und Ärzten vollkommen entgegen stand die Reaktion - zumindest der organisierten - Ärzteschaft nach Erlass des Reichsimpfgesetzes. Als Direktbeteiligte bzw. Aktive mit den unbestritten besten Impferfahrungen hätten sie sich gewünscht, in die Gesetzesberatungen miteinbezogen worden zu sein, um für einheitliche Ausführungsverordnungen sorgen zu können. Deshalb fühlten sie sich durch die striktere statistische Handhabung nach §7 „unleidlichen Schikanen“ und „schlimmer als bisher [der] Bevormundung und Befehlshaberei von Beamten“ ausgesetzt. Besonderen Protest löste der „Straf“-Paragraph 17 des Impfgesetzes<sup>193</sup> aus, mit dem Ärzte für ein unkalkulierbares Risiko verantwortlich gemacht werden sollten, das vor allem das Abimpfungsproblem betraf. Man könne ihnen nicht Fahrlässigkeit vorwerfen, wenn es „im Drange des Impfgeschäftes, in einer mit schreienden Kindern angefüllten Dorfstube“ unmöglich sei, bei einem abzuimpfenden Kleinkind im ersten Lebensjahr die schwer erkennbare Syphilis und die Skrofeln auszuschließen.

<sup>190</sup> Kübler, Geschichte, 180.

Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994, hier 73-75. Münch, Gesundheitswesen, 230-234.

<sup>191</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1818), 625; (1824), 124.

<sup>192</sup> Baur von Eiseneck, Sammlung sämmtlicher Gesetze (1830), 359, 436, 440, 443.

<sup>193</sup> Sten.Ber. 3 (1874), 274: §17: Wer bei der Ausführung einer Impfung fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu fünfhundert Mark oder mit Gefängnisstrafe bis zu drei Monaten bestraft, sofern nicht nach dem Strafgesetzbuch eine härtere Strafe eintritt.

Noch komplizierter gestaltete sich die Impfstoffbeschaffung, weil immer mehr Mütter von „den gesunden Kindern“ die Lymphgewinnung verweigerten. Darauf jedoch waren die Impfarzte angewiesen, denn sie wurden von den wenigen staatlich eingerichteten Impfinstituten nicht ausreichend mit frischem und wirksamen Impfstoff versorgt. In dieser Situation riet Eberhard Richter, Arzt und Schriftführer des deutschen Ärztevereinsbundes, allen unabhängigen Ärzten, seinem Beispiel zu folgen und nicht mehr zu impfen, sondern ihre Patienten dem zuständigen amtlichen Impfarzt zu überweisen.<sup>194</sup> Die Mitglieder des ärztlichen Kreisvereins Karlsruhe hatten bereits beschlossen, mit dem Inkrafttreten des Reichsimpfgesetzes am 1. April 1875 „keine Impfungen und Revakzinationen mehr durchzuführen“.<sup>195</sup>

Zu fragen ist, wie die Bevölkerung als Zielgruppe auf die Intervention „Impfgesetz“ - die Foucault'sche Machttechnologie „Biopolitik“<sup>196</sup> - reagierte, mit der der Staat „es wagen konnte, in so einschneidender Weise in das somatische Leben des Individuums einzugreifen“, wie Henry Ernest Sigerist (1891-1957) meinte, und Wolff ergänzte, mit der er „das erste Mal so wirkungsvoll und flächendeckend“ eine „breitenwirksame Maßnahme der Verrechtlichung des Gesundheitsbereichs und der sozialen Disziplinierung der Patienten“, das Recht „über den Körper des einzelnen“ zu verfügen<sup>197</sup>, vornahm.

Der „Machtausübung“ in Form des Impfgesetzes als einheitliche Impfrege lung in allen deutschen Staaten hatte sich jeder zu fügen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass es einzelnen „führenden“ Impfgegnern, wie Heinrich Oidtmann (1833-1890) oder Theodor Hahn (1824-1883), gelang, eine breite Impfwanggegnerbewegung zu organisieren, die bis 1914 auf die stattliche Mitgliederzahl von 300.000 anwuchs und die mit insgesamt 3.800 Petitionen an den Reichstag als Ziel die Aufhebung des Impfwangs verfolgte. Oidtmann und Hahn, beide Vertreter der Lebensreform- und Naturheilbewegung, suchten nicht nur über die Ausein- setzung mit der akademischen Medizin, sondern auch über Veröffentlichungen in der Zeit-

<sup>194</sup> Ärztliches Vereinsblatt 2 (1875), 8-9.

<sup>195</sup> Ebd., 46.

<sup>196</sup> Foucault, In Verteidigung der Gesellschaft, 279-280: Nach Foucault entstanden im 17. und 18. Jahrhundert „Machttechniken“, die auf den individuellen Körper gerichtet waren. Es handelte sich um Techniken, die durch ein umfassendes „System der Überwachung, der Hierarchie, Kontrolle, Aufzeichnung und Berichte ausgeübt werden sollte“, eine Technologie, die disziplinierte. Die Entwicklung eines zweiten Zugriffs der Macht breitete sich massenkonstituierend aus, die Technologie „Biopolitik der menschlichen Gattung“.

<sup>197</sup> Wolff, Der Medizinische Kulturkampf, 91: Wolff zitiert Henry E. Sigerist aus seiner „Einführung in die Medizin“ von 1931: „Das Impfgesetz hat eine große prinzipielle Bedeutung. Es ist das erste Mal, daß der moderne Staat es wagen konnte, in so einschneidender Weise in das somatische Leben des Individuums einzugreifen.“ Wolff fügte hinzu: „Er konnte es das erste Mal so wirkungsvoll und flächendeckend. Die Pockenschutzimpfung war eine frühe, wenn nicht die erste breitenwirksame Maßnahme der Verrechtlichung des Gesundheitsbereichs und der sozialen Disziplinierung der Patienten. Der Akt der staatlich vorgeschriebenen Impfung symbolisierte wahrhaft eindringlich das Recht des Staates über den Körper des einzelnen. Die Ausstellung des Impfzeugnisses bzw. der Eintrag ins Impfbuch führte gleichzeitig vor Augen, wie der Impfling in ein medizinälbürokratisches System integriert wurde.“

schrift der „Impfgegner“ durch Verallgemeinerung der bekannten Impfnebenwirkungen und durch Behauptungen über die Gesundheitsschädlichkeit und Unwirksamkeit der Impfung Einfluss auszuüben.<sup>198</sup> Allerdings führten Fälle von Syphilisüberimpfungen mit Todesfolge und Missstände bei Lymph- und Impfqualität zu großer Besorgnis aller an der Impfung Beteiligten und waren viel diskutierte Themen auf Ärztetagen.<sup>199</sup>

Auch über die Art, mit der vielfach in Preußen Kinder durch polizeiliche Gewalt der Impfung zugeführt wurden, empörte sich die Bevölkerung. Ambivalente juristische Auslegungen und gerichtliche Urteile über den Impfwang als Verletzung der persönlichen Freiheit und der Körperverletzung, über Strafzahlungen und die staatliche Entmündigung des Einzelnen zum Wohl der Allgemeinheit verursachten Unsicherheit und Unmut.<sup>200</sup>

Dennoch war die Impfopposition ein Minderheitenphänomen. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung nahm die Impfung bereitwillig an, nicht nur in Anbetracht ihrer – städtischen - aufgeklärteren Sichtweise für eine Präventivmaßnahme, sondern auch aufgrund des merklichen Rückgangs der Pockenerkrankungen. Die Rate der Impfverweigerungen von etwa 6% im Jahre 1876 war am Ende des Jahrhunderts auf ungefähr 2 bis 2,5% gesunken.<sup>201</sup> Nicht zuletzt hatten Politik und Wissenschaft daran Anteil. Zu keinem Zeitpunkt sah man sich veranlasst, das Impfgesetz zu annullieren oder durch eine Gewissensklausel zu entschärfen.<sup>202</sup> Allerdings musste auf die Vorwürfe, die in massenhaften Petitionen die Impfung als „Syphilisation“, die Übertragung der „schmutzigsten Gifte“, „abergläubische Maßregel“ und „drückenden Gewissenszwang“ bezeichneten oder den Impfschutz „ohne wissenschaftlichen Nachweis“ nicht anerkannten, eine Antwort gefunden werden.<sup>203</sup> In einer Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, die nach umfänglichen Untersuchungen einer Sachverständigenkommission über den „gegenwärtigen physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage“ unterrichtete, wurde die seltene Möglichkeit von Syphilisübertragungen und Wundkrankheiten eingeräumt. Außerdem sollten Richtlinien zur Einführung von Tierlymphe und strengere Impfbestimmungen für Ärzte festgelegt sowie Verhaltensvorschriften zur Aufklärung der Eltern vorbereitet werden.<sup>204</sup>

<sup>198</sup> Maehle, Präventivmedizin, 128; Helmstädter, Zur Geschichte, 22.

<sup>199</sup> Sten.Ber. 2 (1875/76), 927-932; Ärztliches Vereinsblatt 89 (1879), 162.

<sup>200</sup> Maehle, Präventivmedizin, 136-137; Sten.Ber.Anl. 302 (1912-1914), 1999.

<sup>201</sup> Wolff, Der Medizinische Kulturkampf, 99.

<sup>202</sup> Sten.Ber. 294 (1914), 8287-8316 und 8322-8347, bes. 8346, 8347.

<sup>203</sup> Sten.Ber.Anl. 5 (1883), 560-565.

<sup>204</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), VII-VIII, 23-24, 73.

In einem endgültigen Beschluss vom Februar 1913 bestätigten die verbündeten Regierungen ihre Überzeugung von der Nützlichkeit der Impfung und der Notwendigkeit des Impfwangs.<sup>205</sup>

Somit kann der Prozess der Medikalisierung von zwei Seiten betrachtet werden: Einerseits wurde die gesamte Bevölkerung durch die Technik „Medikalisierung“ der Impfung unterworfen, der der größte Teil der Bevölkerung freiwillig folgte und die von „Ungehorsamen“ gesetzlich erzwungen wurde. Andererseits erzeugte die Impfung selbst – wie später auch die Krankenversicherung – einen Anspruch vonseiten der Bevölkerung, d.h. dass eine Medikalisierung „von unten nach oben“ stattfand, weil sich allmählich ein zukunftsorientiertes Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten entwickelte.<sup>206</sup>

Der Erfolg des Medikalisierungsprozesses durch die Impfung wurde 1980 bestätigt, als die WHO die nahezu weltweite Ausrottung der Pocken bekannt gab. In Deutschland wurde ab 18. Mai 1976 auf die obligatorische Impfung verzichtet und im Jahre 1982 die Impfung ganz aufgehoben.<sup>207</sup>

*Das Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichsseuchengesetz)*

Ein erster, indirekter Impuls für das Reichsseuchengesetz ging vom Impfgesetz aus. Anlässlich der Impfdebatte am 14. März 1874 erfolgte eine Resolution an den Reichskanzler mit der dringenden Bitte, die für die Oberaufsicht über das Impfwesen notwendige „Errichtung eines Reichs-Gesundheitsamtes“ zu beschleunigen.<sup>208</sup>

Nachdem am 28. November 1875 ein Anfangsetat von 48.440 Mark genehmigt worden war, nahm das Kaiserliche Gesundheitsamt Mitte des Jahres 1876 seine Tätigkeit auf. Als Behörde mit beratender Funktion war es dem Reichskanzler unterstellt worden. Der am 6. Februar 1876 berufene Direktor Heinrich Struck (1825-1902) nannte in seiner Denkschrift vom 6. Februar 1878 erstmals die Erforschung der „epidemischen, besonders ansteckenden Krankheiten“ als eine der wichtigsten Aufgaben. Für spätere Maßnahmen müsse in naher Zukunft eine Medizinalstatistik erstellt und das dafür dringend benötigte Leichenschaugesetz

<sup>205</sup> Sten.Ber.Anl. 301 (1913), 1347-1348.

<sup>206</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 303; Wolff, Der Medizinische Kulturkampf, 101.

<sup>207</sup> Maehle, Präventivmedizin, 127-128.

<sup>208</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 359.

reichsgesetzlich geregelt werden.<sup>209</sup> Diese Angaben deuteten auf ein späteres Seuchengesetz hin.

Für ein Reichsseuchengesetz, d.h. zur Intervention durch den Staat gegen gemeingefährliche Krankheiten, bedurfte es „technischen Wissens“, das durch „Überwachung und Kontrolle“ von der Medizin zu erbringen war. Die „Zentralisierung der Information“ im Kaiserlichen Gesundheitsamt diente als Grundlage für die Medizinalstatistik. Sie gab Auskunft über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und besonders über die Seuchensituation. Die Basis einer Medizinalstatistik bildete die Ermittlung von Todesursachen, für die als verlässliche Datenquelle zwei gesetzliche Maßnahmen, die obligatorische Leichenschau und die Anzeigepflicht von ansteckenden gemeingefährlichen Krankheiten, vorgesehen waren. Die Verquickung dieser beiden Gesetze, die der Bundesrat bereits 1878 als Bedingung für die Vorlage im Reichstag gestellt hatte, ermöglichte darüber hinaus sichere Hinweise akuter oder fortgeschrittener Epidemien und rasche staatliche Eingriffe. Die Chance einer derart gezielten „Interventionspolitik“ wurde allerdings von Preußen behindert, das sich als größter Bundesstaat zur Einführung der obligatorischen Leichenschau nicht entschließen wollte.<sup>210</sup>

Als unmittelbarer, wenn auch reichlich später Impuls auf den Erlass des Reichsseuchengesetzes wirkte 1892 der Cholera-Ausbruch in Hamburg. Dieser überraschende wie auch verhängnisvolle Anlass veranschaulicht beispielhaft die erfolgreiche Interventionspolitik des Staates, durch die eine noch größere Todes- und Erkrankungsrate von der Hamburger Einwohnerschaft abgewendet und ein Übergreifen der Seuche auf andere deutsche Staaten verhindert werden konnte:

Die Cholera war am 18. August 1892 in der völlig unvorbereiteten Stadt ausgebrochen. Hamburg verfügte weder über ein Vorsorge- und Isolierungsprogramm für die Bevölkerung, noch über Ärzte, die eindeutig die gefährliche Cholera diagnostizieren konnten. Da keinerlei Maßnahmen ergriffen wurden, dehnte sich die Seuche innerhalb weniger Tage in bedrohlicher Weise aus. Von Ärzten aus Altona informiert, wurde deshalb Robert Koch als Experte und offizieller Vertreter des Reichskanzlers nach Hamburg abgeordnet. Koch, der binnen kurzer Zeit den Erreger der asiatischen Cholera im Trinkwasser Hamburgs nachwies, traf zur Vermeidung einer weiteren Verbreitung unverzüglich die unumgänglichen strikten Anordnungen. Dazu gehörten die kostspielige Isolierung Kranker in speziellen Einrichtungen, die Bereitstellung besonderer Transportmittel, die Versorgung der Bevölkerung vor allem mit erregerfreiem Trinkwasser und insbesondere die Quarantäne für den Hafen und die dort le-

---

<sup>209</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 296-298, 300 (Denkschrift).

<sup>210</sup> Sten.Ber. 1 (1878), 53-54, 58-62.

benden cholerakranken russischen Einwanderer. Gerade diese Maßnahmen hatte der Hamburger Senat wegen der gefürchteten wirtschaftlichen und finanziellen Einbußen durch seine tagelange Verschleierungstaktik zu verhindern gesucht.<sup>211</sup>

Den Eingriff Kochs musste der Hamburger Senat dulden, weil die Stadt durch den Zollverein, dem sie seit 1888 angehörte, mit dem Reich verbunden war.<sup>212</sup> Ansonsten fühlte sich Hamburg völlig unabhängig von Richtlinien, die vom Reichskanzleramt ausgingen. Deshalb hatte der Senat sowohl die 1884 erarbeiteten und in alle deutschen Staaten verbreiteten Empfehlungen über Schutzmaßnahmen für den Grenzverkehr und die Maßnahmen gegen die Einschleppung der erneut von Russland herannahenden Seuche ignoriert. Auch für die von Koch in Berlin angebotenen Fortbildungskurse zur Diagnostik der asiatischen Cholera hatte man kein Interesse gezeigt.<sup>213</sup>

Während des Hamburger Cholera-Desasters erkrankten 17.000 Einwohner an der Seuche und 8.500 Menschen starben. Dieses erschreckende Ausmaß führte zur umgehenden Ausarbeitung eines Seuchengesetzes. Dass die Beratungen zur Gesetzesvorlage nach nur einmaliger Vorlage im April 1893 frühzeitig abgebrochen wurden, ist verschiedenen Gründen zuzuschreiben, beispielsweise der Reichstagsauflösung von 1893, Widersprüchlichkeiten in der Beratungskommission und der Überbelastung des Reichstags. Die Wiederaufnahme kam, stark verzögert, am 24. März 1900 zustande, die wieder einmal von einer erneuten Seuchenbedrohung, der nach Westen fortschreitenden Pest aus Indien, ausgelöst wurde. Deshalb zeigte im Besonderen Preußen großes Interesse an einem reichseinheitlichen Seuchengesetz. Seine landesgesetzlichen Maßnahmen waren inzwischen lückenhaft geworden und erlaubten keinen ausreichenden Schutz. Anstatt eines neuen Landesgesetzes sah man in der baldigen einheitlichen Reichsregelung die vorteilhaftere und raschere Lösung.<sup>214</sup>

Ein anderer Beweggrund, die Verabschiedung eines Reichsseuchengesetzes voranzutreiben, lag in der Festlegung moderater Bestimmungen für den Handels- und Reiseverkehr bei Ausbruch einer Seuche. „Unnötige Schranken“, die beträchtliche wirtschaftliche Schäden oder Versorgungsprobleme der Bevölkerung verursachten, sollten vermieden werden, wie bereits auf internationaler Ebene in Sanitätskonventionen 1893 und 1897 festgelegt worden

<sup>211</sup> Evans, Tod in Hamburg, 358-359.

<sup>212</sup> Ebd., 356: Da Hamburg 1888 dem Deutschen Zollverein beigetreten war, unterlag es in seinen Außenhandelsangelegenheiten dem Reich.

<sup>213</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 291-301.

Sten.Ber.Anl. 1 (1893), 319-321: Verfügung des Reichskanzlers vom 15. Juli und vom preußischen Minister der öffentlichen Arbeiten vom 18. Juli und 27. August 1892 (Denkschrift über die Choleraepidemie 1892).

<sup>214</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4193-4194; 1 (1895-97), 3731-3732. Entscheidungen des Reichsgerichts (1895), 27, 280 und (1896), 5, 140.

war.<sup>215</sup> Außerdem sollte nun endlich auch für die Volksseuchenbekämpfung eine Regelung gefunden werden, nachdem bereits seit 1880 ein Viehseuchengesetz existierte.<sup>216</sup>

Der Gesetzentwurf für das Reichsseuchengesetz bedeutete für die meisten Abgeordneten eine herbe Enttäuschung. Es läge „ein kleines Stückwerk [vor, das] den allgemeinen gesundheitlichen Zuständen des Deutschen Reichs keine wesentliche Besserung“ bringe. Die Kontrolle der Wasserversorgung als wichtigste hygienische Maßnahme gegen Epidemien sei zwar verankert, aber nicht mit Zwang verbunden. Ebenso fehlten als Minimalanforderungen der Hygiene eine allgemeine Brunnenordnung und eine Bauordnung für Neubauten.<sup>217</sup> Als größter Mangel wurde die Eingrenzung auf die sechs Seuchen Aussatz, asiatische Cholera, Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest und Pocken empfunden. Die Auswahl dieser Seuchen war aufgrund der besonderen Einschleppungsgefahr durch den zunehmenden Handel und Schiffsverkehr und wegen ihres pandemischen Verbreitungscharakters getroffen worden. Doch mindestens genauso „gemeingefährlich“, aber unberücksichtigt geblieben war neben anderen Infektionskrankheiten die Tuberkulose, die jeden siebenten Todesfall verursachte. Nicht umsonst war die Tuberkulose als schlimmste aller Volksseuchen Diskussionsthema internationaler Kongresse.<sup>218</sup> Übertragen auf die Theorie Foucaults konnte sie zu jenen „[m]ehr oder weniger schwer ausrottbare[n] Krankheiten“ gerechnet werden, die „als permanente Faktoren“, für den „Entzug [...] von Kräften, der Verminderung der Arbeitszeit, des Energieverlustes und ökonomischer Kosten“ verantwortlich sind. Der Staat habe nicht nur für Epidemien, sondern auch für die „Krankheit als Bevölkerungsphänomen, [als] permanenten Tod, der in das Leben hineinschlüpft, es unentwegt zerfrißt, es mindert und schwächt“ eine „Biopolitik“ entwickelt. Solche Phänomene hätten zur Einrichtung einer Medizin geführt, „deren Hauptaufgabe jetzt in der öffentlichen Hygiene liegt, mitsamt den Organismen zur Koordinierung der medizinischen Versorgung, der Zentralisierung der Information, der Normalisierung des Wissens und die auch das Aussehen einer Aufklärungskampagne in Sachen Hygiene und medizinischer Versorgung der Bevölkerung annimmt“.<sup>219</sup>

Zu dieser These hätte die Diskussion nicht gegensätzlicher ausfallen können: Der Innenminister Graf von Posadowsky-Wehner (1845-1932), der an der Wiederaufnahme der Verhandlungen großen Anteil hatte, verteidigte die Gesetzvorlage und meinte, dass die Tuberkulose den Rahmen des Gesetzes sprengt, weil „man nicht eine Masse anderer Vorbedin-

<sup>215</sup> Sten.Ber. Anl. 1 (1893-94), 660-673; 3, (1892-93), 1978.

<sup>216</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5065 (Viehseuchengesetz vom 23. Juni 1880, RGBI (1894), 410.

<sup>217</sup> Ebd., 5079-5082.

<sup>218</sup> Ebd., 5066.

<sup>219</sup> Foucault, In Verteidigung der Gesellschaft, 281-282.

gungen erfüllen kann, um den Schwindsuchtskranken aus seiner Behausung zu entfernen, so die Ansteckung zu verhindern, für sein anderweitiges gesundes Unterkommen zu sorgen, ihn zu heilen und wieder erwerbsfähig zu machen oder dauernd in ein Asyl unterzubringen“. Auf dem Wege der freien Liebestätigkeit durch die besitzenden Klassen sei der Kampf gegen die Tuberkulose wirksam aufgenommen worden, den man sicherlich zu einem siegreichen Erfolge führe.<sup>220</sup>

Zum Thema Tuberkulose und öffentliche Gesundheitspflege äußerte sich in einem umfassenden Beitrag der sozialdemokratische Abgeordnete Emanuel Wurm (1857-1920): „Nur durch die wirkliche soziale Hebung der Lage der arbeitenden Klassen, das heißt der großen Volksmassen, ist es möglich, alle Seuchen, die von außen zu uns dringen, und denjenigen, die sich im Reiche bereits fest eingemischt haben, wirksam entgegenzutreten.“ In seinem Vortrag verglich er hauptsächlich die medizinreformerischen Ideen Virchows von 1848 mit den für das Seuchengesetz vorgesehenen Regelungen. Es handelte sich um Scheinmaßnahmen, so Wurm, die eine Bankrotterklärung des ganzen Staatswesens auf dem Gebiet der Gesundheitspflege seien. „[D]ie Fürsorge für einen guten Gesundheitszustand der Bevölkerung und alle wichtigen Voraussetzungen für eine zweckmäßige Sozialreform“, die die beste Wehr und Waffe gegen die Verseuchung des Landes böten, fehlten. Gleichzeitig bezeichnete Wurm die Regelungen als „einschneidende Maßnahmen von außerordentlicher Tragweite“, für die sich Einzelne gewissen Eingriffen zum Schutze der Gesamtheit zu unterwerfen hätten. Die Schädigung des Einzelnen sei das kleinere Übel, denn der größte Eingriff in die persönliche Freiheit seien Krankheit und Tod.<sup>221</sup>

Diese Aussagen verdeutlichten Wurms Anerkennung für die Seuchenregelung als staatliche Intervention zur Eindämmung großer Epidemien zum Schutz der Bevölkerung und seine Bereitschaft, die Medikalisierungskonzepte trotz persönlicher Beeinträchtigungen zu akzeptieren. Zugleich verwiesen seine Ausführungen auch auf den Anspruch an den Staat und die Ärzteschaft, durchgreifende Maßnahmen zu treffen und auszuführen.

Unter großem Zeit- und Handlungszwang aufgrund der fortgeschrittenen Sitzungsperiode und in der Verantwortung für die preußische lückenhafte Gesetzeslage, verzichtete man bei den Beratungen auf wesentliche Abänderungen und wollte den nun sieben Jahre kursierenden Gesetzentwurf zum Abschluss bringen. Einige Probleme wurden dennoch eingehender diskutiert, so etwa der verantwortliche Personenkreis, der zur Anzeige einer Seuche verpflichtet werden sollte, die arbeitsteiligen Zuständigkeitsbereiche von behandelndem und beamtetem Arzt bei

---

<sup>220</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5069.

<sup>221</sup> Ebd., 6014-6016.

der Isolierung von Kranken und der damit verbundene Eingriff in die persönliche Freiheit, sowie Entschädigungsregelungen bei Eigentums- und Existenzverlusten.<sup>222</sup> Die noch immer in Preußen fehlende obligatorische Leichenschau wurde durch eine für alle Bundesstaaten einheitliche „Kann“-Bestimmung geregelt.<sup>223</sup>

Am 12. Juni 1900 fanden die Beratungen mit der mehrheitlichen Annahme des „Gesetzentwurfs, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“ ihren Abschluss. Am 30. Juni 1900 wurde das Reichsseuchengesetz erlassen, am 6. Oktober 1900 folgten die Ausführungsbestimmungen und Anweisungen zur Bekämpfung der in diesem Gesetz behandelten Krankheiten.

Das Gesetz war nach langjähriger Begutachtung durch die medizinischen Gremien der Einzelregierungen und nach wirtschaftlicher Überprüfung der Vorsorge- und Entschädigungsverpflichtungen zustandegekommen. Es beschränkte sich in erster Linie auf einheitliche reichsgesetzliche Grundlagen zur Bekämpfung des Aussatzes (Lepra), der asiatischen Cholera, des Fleckfiebers (Flecktyphus), des Gelbfiebers, der Pest und der Pocken. Die Anzeige bzw. Bekämpfung aller übrigen Krankheiten, namentlich der Tuberkulose, wurde der Entscheidung und Verantwortung der einzelnen Landesregierungen überlassen.<sup>224</sup>

Das Seuchengesetz erfüllte zwar nicht die im strengen Sinne von Foucault postulierten Grundsätze, nach denen die politische Macht die Möglichkeit hatte, biopolitisch auf das „humane Kapital“ einzuwirken, entsprach jedoch dem angestrebten Ziel, der Bevölkerung vor einigen großen Volksseuchen Schutz zu bieten.

---

<sup>222</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5060-5061, 5084.

<sup>223</sup> Ebd., 4189: Paragraph 10 lautete: „Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, sowie für deren Umgegend kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.“

<sup>224</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XIV.

## II Grundlage der Seuchenbekämpfung: Die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege auf deutschem Gebiet bis 1830

### 1 Frühe gesundheitliche Maßnahmen

Zur Gesunderhaltung seiner Untertanen führte bereits im 5. Jahrhundert Theoderich der Große (reg. 493-526) nach römischem Vorbild für das Ärzteswesen erste Verordnungen ein. Ärzten wurde neben der Wahrung von Sittlichkeit und Reinheit auch ihr Verhalten gegenüber Patienten vorgeschrieben.<sup>225</sup> Die späteren fränkischen Herrscher erkannten bald die Vorteile einer guten Zusammenarbeit mit den Klöstern, die ab dem 8. Jahrhundert vermehrt gegründet wurden. Nach christlichen Grundsätzen praktizierten sie eine systematische Lebensordnung und Lebensführung durch ausgewogene Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und zur Erhaltung der Gesundheit. Dazu gehörten etwa das Anhalten zur Arbeit, die Sorge um Sonntagsruhe, eine angemessene Entlohnung sowie die Warnung vor alkoholischen und geschlechtlichen Ausschweifungen. Gemäß der Heilslehre Christi widmeten sie sich der Aussatzbekämpfung und der Schwangerenfürsorge und unterhielten Krankenanstalten, Fremdenhospize, Armen-, Witwen-, Waisen- und Altersheime.<sup>226</sup> Beispielhaft schrieb Karl der Große (reg. 768-814) eine hygienische Volksbelehrung mit Kräuterkunde und Anweisungen zur Arzneierstellung aus Heilkräutern in den Lehrplänen der Klosterschulen vor. Die Bekämpfung der Kurpfuscherei und die eingeführte Regelung der Armenfürsorge führte Ludwig der Fromme (reg. 814-840) fort und schrieb diese auf dem Aachener Konzil von 816 fest. Mit der Verpflichtung für Bischöfe und Äbte, Unterkünfte für Arme einzurichten und deren Versorgung sicherzustellen, schuf er gleichzeitig die Grundlage für das spätere Krankenhauswesen, eine beispielhafte Einrichtung der Krankenpflege, die sich im Besonderen die Klöster des Benediktiner-, Franziskaner- und Augustiner-Ordens zu eigen machten.<sup>227</sup>

---

<sup>225</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 19-20.

<sup>226</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 55-56; Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 40-51, 57: Zu den ersten Klostergründungen gehörten St. Gallen (720), Reichenau (724) und Einsiedeln (863). Vor allem der Benediktinerorden hatte nach den Regeln des Benedikt von Nursia (ca. 480-547) außer Kirchen, Wohn-, Speise- und Schlafräumen, Ökonomiegebäuden und gewerblichen Werkstätten auch medizinische und hygienische Einrichtungen zu unterhalten. Moralische Grundsätze schrieben die tägliche Handarbeit gegen Müßiggang, eine regelmäßige, aber maßvolle Ernährung, als Körperhygiene das (beschränkte) Baden und die Kleiderreinigung vor.

<sup>227</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 37-39.

## 1.1 Die Entstehung von Krankenhäusern

Die Gründung und Entwicklung von Städten ab dem 11. Jahrhundert erforderte Maßnahmen, die für ein geordnetes Zusammenleben notwendig waren. Durch Verordnungen und Richtlinien sollten zusätzliche Erkrankungen vermieden werden, die etwa aus Völlerei oder sittlichen Ausschweifungen entstanden.<sup>228</sup> Allein die Versorgung und Pflege der zahllosen Kranken während Epidemien war kaum zu bewältigen, denn oft war die Kapazität der Klöster bald erschöpft. Besonders hilfreich waren deshalb Stiftungen von Fürsten, reichen Bürgern oder geistlichen Ritterorden, die den Bau von Krankenhäusern ermöglichten.<sup>229</sup> Nachhaltigen Einfluss übten in Deutschland die vorbildhaften Satzungen des Johanniter-Ordens („Orden der Brüder des Spitals vom Hl. Johannes in Jerusalem“) auf die ärztliche Behandlung und Pflege durch Krankenwärter aus. Die größte Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen erlangte der 1190 gegründete deutsche Ritterorden („Orden der Ritter des Hospitals St. Marien der Deutschen in Jerusalem“), der ab 1309 seinen Ordenssitz auf der Marienburg hatte. Das erste Hospital wurde im Jahre 1200 in Halle eingerichtet. Im Zuge der Christianisierung und der Gründung von Städten in Preußen ab 1226 folgten mit der Entwicklung von Ackerbau und Gewerbe und der Einführung von Verwaltung und Gesetzen zur Krankenfürsorge zahlreiche weitere Hospitalgründungen. In besonderen Anstalten wurden Geisteskranke versorgt und in Kinder- und Waisenhäusern erhielten Töchter, die zur Ehe verkauft werden sollten, sowie Kinder, die ausgesetzt wurden, Schutz und Betreuung.<sup>230</sup>

## 1.2 Die Ausbildung von Ärzten

Die Zunahme städtischer Gesundheitsmaßnahmen förderte den Funktionswandel der Krankenhäuser und die Ausbildung ärztlichen Personals. Die frühen mittelalterlichen Spitäler dienten Armen, Pilgern, Kranken oder Aussätzigen lediglich als Unterkunft-, Verköstigungs- und Pflegehäuser. Nur in Klöstern gab es eine ärztliche Versorgung durch Mönchsärzte, die ihre Hilfe auch Kranken außerhalb des Klosters gewährten. Zu den bekanntesten zählen beispielsweise Iso, der im 9. Jahrhundert tätig war, sowie Notker (gest. 975) und Albertus Magnus

---

<sup>228</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 99-102: Die Freiburger Ratswillkühr von 1413 z. B. genehmigte für Hochzeiten höchstens zehn Tische und fünf Essen. Unsittliches Tanzen und der Besuch von Badestuben als Vergnügungsorte war wegen der Ansteckung mit Syphilis, die sich ab 1493 in Deutschland verbreitete, verboten.

<sup>229</sup> Ebd., 76: Krankenhäuser von Ritterorden entstanden z. B. 1183 in Erfurt, 1225 in Konstanz, 1250 in Überlingen, 1287 in Hannover und Lüneburg, 1293 in Göttingen.

<sup>230</sup> Ebd., 104-110.

(1198-1280).<sup>231</sup> Mitte des 12. Jahrhunderts wurde auf verschiedenen Konzilen Mönchen und Kanonikern die ärztliche Tätigkeit verboten. Sie sollten sich wieder mehr ihrer geistlichen Berufung widmen und vor der möglichen todbringenden Gefahr durch chirurgische Eingriffe verwahren.<sup>232</sup> Der Mangel an Behandlungsangeboten für die Bevölkerung und die Versorgung von Kranken veranlasste die Stadtverwaltungen oder Landesherrn, sich anderweitig um geeignete fachkundige Hilfe zu bemühen. Ein Ausweg, für ärztliches Personal zu sorgen und gleichzeitig die Entwicklung des Gesundheitswesens zu fördern, bestand in der Gründung von Universitäten mit medizinischen Fakultäten. Während in Salerno die erste Medizinschule schon im 10. Jahrhundert gegründet worden war und die Städte Toledo, Bologna und Padua, Montpellier und Paris Universitäten mit medizinischen Kollegien im 12. Jahrhundert einrichteten, wurde die erste deutsche Universität erst 1386 in Heidelberg ins Leben gerufen. Mit einigen Jahren Verzögerung folgte 1390 die Gründung der Fakultät für Heilkunde.<sup>233</sup>

Gleichzeitig ist ab dem 14. Jahrhundert eine vermehrte Anstellung von Stadtärzten zu beobachten, zu deren Aufgaben auch die Versorgung der Spitalkranken gehörte. So ist von dem 1377 in Frankfurt am Main beschäftigten Stadtwundarzt bekannt, dass er ebenfalls die Behandlung der Verletzten im Heiliggeist-Spital zu übernehmen hatte. Die bahnbrechende Neuerung der Anstellung eines besonderen Spitalarztes geht auf die Stiftung des Bürgers Jörg Keipper von 1486 zurück. Die Vormünder hatten bestimmt, dass die Zinsen der vorhandenen Summe für den Posten eines Arztes am neuen Heiliggeist-Spital in Nürnberg bereitzustellen seien. Diesem Beispiel folgten, wie Spitalordnungen belegen, auch andere Städte, wie Straßburg und Überlingen 1515, Leipzig 1517 und Heidelberg 1594.<sup>234</sup>

### 1.3 Die ersten Medizinalordnungen

Medizinalordnungen, die zur Überwachung von akademischen Ärzten und Apothekern und für die große vielfältige Gruppe anderer Heilpersonen geschaffen wurden, gingen auf deutschem Gebiet vereinzelt zuerst von städtischen Verwaltungen aus. Ein frühes Beispiel stammt aus Basel, wo um 1300 ein „Apotheker eid“ erlassen wurde.<sup>235</sup> Danach durfte ein Apotheker weder Kranke behandeln, noch Diagnosen aufgrund von Urinbeschauen stellen. Andere Apo-

<sup>231</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 114-115.

<sup>232</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 58: Praxis- und Ausbildungsverbote für Kleriker wurden auf den Konzilen von Clermont (1130), Tours (1163) und dem IV. Laterankonzil (1215) ausgesprochen.

<sup>233</sup> Ebd., 58-61; Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 127, 138: Weitere medizinische Fakultäten entstanden in Leipzig 1415, in Wittenberg 1502 oder in Marburg 1527.

<sup>234</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 79, 138-140, 143.

<sup>235</sup> Ebd., 82.

thekeordnungen sahen vor, dass eine Apotheke erst geführt werden durfte, nachdem der Stadtrat die praktische und wissenschaftliche Qualifikation des Apothekers überprüft hatte. Oft stand die Abgabe von Arznei- und Heilmitteln auch unter der Kontrolle eines Arztes. Eine Verordnung in Nürnberg aus der Mitte des 16. Jahrhunderts schrieb den Apothekern vor, Arzneien nur nach den Vorschriften eines von Ärzten geprüften Arzneibuches zuzubereiten.<sup>236</sup> Spätere Gesetze ließen deutlich den Anspruch der medizinischen Fakultäten auf fachgerechte Ausbildung und Krankenbehandlung erkennen. Die Verordnungen zielten auf die vielfältigen Berufsgruppen und ihre oft zweifelhaften „ärztlichen“ Dienste ab, die mit sehr unterschiedlichem Sachverstand verrichtet wurden. Besonders die Tätigkeit von Quacksalbern oder Kurfuschern suchten viele Städte oder Landesfürsten durch entsprechende Verordnungen einzuschränken, um die akademisch gebildete Ärzteschaft mit dem Ziel verbesserter Gesundheitspflege für ihre Untertanen zu unterstützen. So hieß es in einer für Passau Anfang des 15. Jahrhunderts unter dem Einfluss der medizinischen Fakultät der Universität Wien entstandenen bemerkenswerten Medizinalordnung, „daß es die Pflicht eines wachsamem Oberhirten ist, für das Wohl der Menschen aller Berufe und Stände sowohl in seelischer wie in körperlicher Hinsicht nach Kräften zu sorgen“.<sup>237</sup> Deshalb dürfe niemand die Heilkunst ausüben, der nicht von der Wiener Fakultät geprüft worden sei oder von einer anderen Universität die Approbation erhalten habe. Gleichzeitig wurde vor einer Behandlung durch ungelehrte Leute, unwissende Frauen und christenfeindliche Juden gewarnt. Ein in Amberg 1456 bzw. 1464 erschienenes „Ayd- und Gesetzpuech“ für Hebammen, Apotheker und Stadtärzte verbot unter anderem den Verkauf von „Artznei damit man kindlein vertreibt“.<sup>238</sup> Die Stadt Ulm legte in Hebammenordnungen von 1479 und 1491 fest, dass der Stadtarzt bei schwierigen Entbindungsfällen hinzugezogen werden soll.<sup>239</sup> Ebenfalls gegen das Kurfuschertum und die Missstände im Apothekerwesen richtete sich ein Gutachten der Medizinischen Fakultät in Köln. Es veranlasste den Stadtrat 1478 zu einer Apothekerordnung mit dem Verbot, Kranke zu behandeln. Befürwortet dagegen wurden Sektionen an plötzlich verstorbenen Verurteilten zur Klärung der Todesursache.<sup>240</sup> Eine weitere Anordnung gab Ärzten das Vorrecht, Lepraverdächtige zu beurteilen. Dass bei Verdacht nur „geschworene Ärzte“ entscheiden sollten, ob es sich tatsächlich um Lepra handelte, erscheint auch in der am 1. Juni 1536 erlassenen Württembergischen Landesordnung. Darin außerdem enthaltene Vorschriften „Vom zu und voltrincken“ oder das Verbot der „Hurerey“ und von außerehelichen Beziehungen lassen auf moralhygienische Vor-

---

<sup>236</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 83.

<sup>237</sup> Ebd., 169.

<sup>238</sup> Ebenda.

<sup>239</sup> Ebd., 87, 160.

<sup>240</sup> Ebd., 169.

sorge schließen. Die Beschränkung auf Hochschulabsolventen zur Ausübung der Heilkunst bestätigt ebenso eine Ordnung für Ärzte und Apotheker, die 1502 der Fürstbischof von Würzburg wohl in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität erließ. Beachtenswert ist die Klausel, nach der Ärzte verpflichtet wurden, Kranke oft zu besuchen und auf Verlangen, diese auch bei hoffnungslosem Zustand nicht zu verlassen.<sup>241</sup>

Zahlreiche Städte suchten durch eigene Ordnungen die medizinische Versorgung ihrer Bürger sicherzustellen, so etwa Konstanz 1483, Freiberg 1524 und Hamburg 1528/29, nachdem sich übergeordnete Regelungen wohl als unzureichend erwiesen hatten oder allgemein nicht durchsetzbar waren. Dazu zählen etwa die „Haec sunt statuta physicorum, apothecariorum et medicorum“ Karls IV. von 1352, eine Reichsverordnung, die sich hauptsächlich der Syphilis annahm, Maximilians I. (reg. 1493-1519) von 1495 oder die „Reformation guter Policey“, die ausschließlich das Apothekenwesen betraf, Karls V. (reg. 1519-1556) von 1548.<sup>242</sup>

## **2 Programmatische Ideen zur öffentlichen Gesundheitspflege**

### **2.1 Joachim Struppius (1530-1606) und die „Reformation“**

Joachim Struppius verfasste 1573 das erste deutschsprachige Hygienebuch unter dem Titel „Nützliche Reformation zu guter Gesundtheit und Christlicher Ordnung“. Die Ideen dazu entstammten seiner vielseitigen Bildung und langjährigen Erfahrung als Stadtarzt in Frankfurt am Main von 1563 bis 1575. Struppius wurde am 6. April 1530 im hessischen Grünberg als Sohn eines Prämonstratenser-Mönchs und späteren Predigers geboren. Er wuchs in Gelnhausen auf und studierte in Marburg und Wittenberg Theologie und Philosophie, orientalische Sprachen und Arzneikunde. Nachdem er zunächst Lehrer am Hof des hessischen Landgrafen gewesen war, nahm er ab 1555 das Studium der Medizin auf und schloss dieses 1560 mit der Promotion ab. Im Jahre 1562 erhielt er die Stelle des Stadtphysikus in Frankfurt am Main. Neben seiner ärztlichen Tätigkeit verfasste er das bedeutende Werk „Consilium medicum generale, fideli bonoque pectore propositum“, das er 1567 in Latein veröffentlichte, ins Deutsche übersetzte und 1573 als „Nützliche Reformation“ herausgab. 1575 folgte Struppius dem Ruf als Leibarzt an den hessen-darmstädtischen und ab 1578 an den kurpfälzischen Hof.

<sup>241</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 166-173, bes. 166-167, 171-172.

Eckart, Medizinalordnungen (im Erscheinen).

<sup>242</sup> Eckart, Öffentliches Gesundheitswesen (im Erscheinen).

Während seiner Zeit in Heidelberg, wo er auch Bibliothekar und Erzieher des Kurprinzen war, entstand unter anderen das „Hoffschulbuch“. Seit 1587 erblindet, starb Struppius im Jahre 1606 in Darmstadt.<sup>243</sup>

Die „Reformation“ von 1573 behandelte alle das öffentliche Gesundheitswesen betreffenden Bereiche und unterbreitete ein umfassendes Reformprogramm. Einleitend verwies Struppius auf die Pflicht der Behörden, die zusammen mit ihren (akademisch gebildeten) Ärzten, den religiösen Geboten gehorchend, „für die Gesundheit des Volkes sorgen müßten“. Bestehende Missstände und Gesundheitsgefahren sollten ausgeräumt und die Lebensverhältnisse der gesamten Einwohnerschaft verbessert werden. Als einen Schwerpunkt behandelte er die Verhütung von Krankheiten. Er forderte die Reinhaltung der Luft, denn kleinste Teilchen, die über die Luft eingeatmet werden könnten, führten zu Krankheiten. Konsequenterweise sollten Straßen und Plätze von Abfällen und Urin sauber gehalten, Unrat beseitigt, Brunnen regelmäßig kontrolliert und Viehställe sowie Begräbnisstellen zur Sicherung gesunden Wassers und der Bodenqualität vor die Stadt ausgelagert werden. Bezüglich der vielfältigen medizinischen Berufsgruppen suchte er Abgrenzungen durch geregelte Vorschriften zu schaffen. Chirurgen, Barbieri und Bader sollten mit Sektionen an Leichen mit anschaulichem Unterricht gefördert, dagegen die Tätigkeit fahrender Heiler eingeschränkt und die der Kristallseher, Zauberer und Schwarzkünstler gänzlich unterbunden werden. Er setzte sich für Spitäler ein, die in gesunder Lage zu errichten seien und in denen Kranke durch eine entsprechende Behandlung genesen konnten und chronisch Kranke und Dauerpatienten gepflegt werden sollten. Sieche Kranke, wie Lepraverdächtige, sollten möglichst vor einer Fehldiagnose bewahrt werden. Zu Pestzeiten seien Infizierte strikt von den übrigen Kranken getrennt unterzubringen. Ebenfalls wichtig schien ihm die Versorgung der Bevölkerung mit Arznei- und einwandfreien Lebensmitteln. Zur Kontrolle der Apotheker schlug er eine Arzneimittelverordnung und die Überwachung der Herstellung und des Verkaufs von Nahrungs- und Genussmitteln vor. Schließlich legte er jedem Einzelnen die Pflicht zu gesunder Lebensführung auf, da „Moral mit Hygiene aufs engste verbunden“ sei.<sup>244</sup>

Wenn auch Struppius' „Reformation“ keinen breiteren Widerhall fand, so wurden doch seine Ideen in einzelnen Städten in den 1580er Jahren mit der Gründung von Medizinalkollegien (collegia medica) umgesetzt, beispielsweise 1582 in Augsburg und Worms, 1584 in Nördlin-

<sup>243</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 174-175.

<sup>244</sup> Eckart, Geschichte der Medizin 141; Eckart, Medizinalordnungen (im Erscheinen); Sahmland/ Schermuly, Joachim Struppius, 54-56; Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 176-183.

gen, Ulm und Wien und 1593 in Nürnberg. Oder sie führten zu einer Umgestaltung des Spitalwesens, wie 1582 in Heidelberg.<sup>245</sup> Weitere im 17. Jahrhundert verfasste gesundheitspolitische Veröffentlichungen beweisen das Fortleben der Vorstellungen von einer Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege. Eine Nachahmung der „Reformation“ ist in der 1638 in Frankfurt erschienenen „Politia medica“ von Ludwig von Hörnigk (1600-1667) zu erkennen, ein seiner Zeit angepasstes Lehrbuch. Dem gleichen Themenkomplex über die Verhütung von Krankheiten widmete sich die 1696 erschienene „Medicus legalis oder Gesetzmäßige Bestell- und Ausübung der Artzney-Kunst“ von Conrad Berthold Behrens (1660-1736).<sup>246</sup>

## 2.2 Staatsphilosophien und Gesundheitspolitik

Schon vor der tief greifenden Erfahrung der verlustreichen Jahre des Dreißigjährigen Krieges (1618-1648) bemühten sich einige Landesfürsten um einen besseren Gesundheitsschutz ihrer Untertanen. So leitete beispielsweise der Landgraf Moritz von Hessen mit seiner am 10. Juni 1616 erlassenen Medizinalordnung eine landesweite Umgestaltung der gesundheitlichen Versorgung ein. Die in Kassel und Marburg bereits bestehenden Kollegien sollten zum „General und allgemein Collegium Medicum“ erweitert werden. Diesem Kontrollorgan, in das alle approbierten Ärzte des Landes aufzunehmen waren, oblag die Beaufsichtigung sämtlicher Ärzte und Wundärzte und des Apothekenwesens. Zwei zusätzliche Provinzialkollegien hatten die Aufgabe, bestimmte Krankheitsfälle in ländlichen Gebieten aufzuzeichnen und an die Hof- und Leibärzte zu melden.<sup>247</sup>

Vermehrtes Interesse an einer Gesundheits- und Bevölkerungspolitik entstand generell bei den Landesfürsten ab Mitte des 17. Jahrhunderts. Grund war der hohe Bevölkerungsrückgang in den deutschen Staaten von 16 Millionen auf etwa 10 bis 11 Millionen Menschen während der Kriegsjahre 1618 bis 1648. Mit der Erkenntnis, in Untertanen die wichtigste Ressource ihrer Macht zu sehen, öffneten sie sich neuen Staatslehren, die neben Heeres- und Wirtschaftsreformen auch die Neugestaltung des Gesundheitswesens vorsahen.<sup>248</sup>

---

<sup>245</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 141; Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 183-186.

<sup>246</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 325-328.

<sup>247</sup> Ebd., 329.

<sup>248</sup> Hardy, Ärzte, 41.

Unter den Politikern, Wissenschaftlern und Philosophen hatte sich Veit Ludwig Seckendorff (1626-1692) mit der Notwendigkeit einer Gesundheitsgesetzgebung auseinandergesetzt und 1656 in seinem Handbuch des deutschen Staatsrechts „Teutscher Fürsten Stat“ niedergelegt. Eine geregelte Gesundheitspolitik verfolgte ebenfalls Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), der im Rahmen seiner statistischen Erhebungen in den 1680er Jahren den „Vorschlag zu einer Medizinal-Behörde“ unterbreitet hatte.<sup>249</sup>

Eine frühe Landesgesundheitsbehörde, die auch anderen Ländern als Vorbild diente, hatten seit 1661 Leibärzte des Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelms (reg. 1640-1688) erwirkt. Nach beharrlichen Eingaben und Vorschlägen erfolgte am 12. November 1685 der Erlass „Kgl. Preußische und churfürstlich brandenburgische Medicinal-Edict und Ordnung“, der die Bildung eines Collegium medicum in Berlin und Cölln vorsah. Er löste die seit 1563 unter Herzog Albrecht von Preußen (1490-1568) verfügte unzulängliche und lediglich für Königsberg geltende „Confirmation über Visitation und ordnung der Apotecker“ ab.<sup>250</sup>

Das Collegium medicum hatte nach der neuen Ordnung alle Belange der mit der Heilbehandlung in Zusammenhang stehenden medizinischen Berufsgruppen, wie etwa Chirurgen verschiedenen Grades, Hebammen, Barbieri, Bader, Gewürzkrämer, Branntweinbrenner, Stein- und Bruchschneider, Okulisten oder Zahnbrecher, zu überwachen. Dazu gehörte neben Ausbildung, Prüfung und Privilegien vor allem die Einhaltung ihrer Kompetenzgrenzen. Mit dem Medizinedikt von 1725 wurde das Collegium medicum entsprechend der Entwicklung des Heilwesens in ein Collegium medico-chirurgicum umgewandelt. Eine Verschärfung der bisher bestehenden Ordnung trat insofern ein, als nun beispielsweise nur noch approbierte Ärzte die Behandlung innerer Krankheiten oder nur noch geprüfte Chirurgen operieren oder bestimmte Heilpersonen nach ausschließlich erteilten Privilegien Kranke behandeln durften. Erst 1808 wurde das Collegium medicum durch eine dem Innenministerium angegliederte Medizinalabteilung abgelöst.<sup>251</sup>

---

<sup>249</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 327-328.

<sup>250</sup> Ebd., 329-331.

<sup>251</sup> Eckart, Öffentliches Gesundheitswesen (im Erscheinen): Preußen richtete 1808 im Innenministerium eine Medizinalabteilung ein, die von der „wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen“ fachlich unterstützt bzw. beraten wurde.

Im 18. Jahrhundert gab Johann Heinrich Gottlob von Justi (1717-1771)<sup>252</sup> die Prämissen der neuen Staatswirtschaftslehre, die auf den wirtschaftlichen Wohlstand und eine gesicherte Rechtslage und Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtet war, vor. Nach seinen „Grundsätzen der Polizeywissenschaften“ von 1756 war es möglich, dass „das gemeine Vermögen des Staates dauerhafter gegründet und überhaupt die Glückseligkeit des gemeinen Wesens befördert werden“ konnte, wenn sich die Bevölkerungspolitik auf die „Vermehrung der Einwohner“ konzentrierte und die Regierung Vorsorge traf, „die Verminderung der Untertanen zu verhüten“.<sup>253</sup>

Zur Realisierung der von Staatswissenschaftlern formulierten Ideen gehörte eine funktionierende Administration. Das Konzept für ein umfassendes staatliches Gesundheitsprogramm wurde mit der kameralistischen Verwaltungsstruktur geschaffen, die sich seit Anfang des 17. Jahrhundert entwickelte. Danach sollte eine von akademisch gebildeten Ärzten überwachte Medizinalverwaltung aufgebaut werden.<sup>254</sup> Zur Ausübung dieser Kontrollfunktion wurden nun nicht nur eine verbesserte und geregelte Ausbildung, sondern auch Lehranstalten für Medizinalberufe notwendig. Als Beispiel staatlicher Gesundheitspolitik in Preußen ist die Einrichtung eines anatomischen Theaters 1713 und die Gründung der Charité in Berlin als Lehrkrankenhaus 1727 zu nennen. Hier erhielten alle Militärärzte und -chirurgen wie auch die zivilen Ärzte praktische klinische Unterweisungen und leisteten gleichzeitig die medizinische Versorgung für Arme, die der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitskraft im Interesse des Staates galt. Mit zusätzlich geschaffenen Sanitätskollegien wollte man sich einen Überblick über die gesundheitlichen Zustände auf dem Land verschaffen. In Berichten sollten vorhandene Vorurteile oder nachteilige Gewohnheiten, die die Schwangerschaft der Frauen, ihre Entbindung, die Betreuung durch die Hebammen sowie die Behandlung der Neugeborenen, die Erziehung der Kinder oder das Verhalten bei Krankheiten betrafen, erfasst werden. Dass sich ein verstärktes Interesse an Präventivmaßnahmen herausbildete, beweisen die den Sanitätsbehörden ab 1786 zugeteilten Aufgaben. Zur Verhinderung ansteckender Krankheiten und

---

<sup>252</sup> Johann Heinrich Gottlob von Justi, bedeutender Kameralist, lehrte von 1750 bis 1753 am Theresianum in Wien. Verschiedene Staatsämter führten ihn nach Erfurt, Leipzig, Göttingen, Kopenhagen, Altona. Zuletzt war er Leiter der staatlichen preußischen Bergwerke in Berlin. 1768 wurde er wegen (angeblichen) Betrugs angeklagt. Er starb inhaftiert in Küstrin. Sein Werk umfasst etwa 50 philosophische, ökonomische, literarische, technologische und naturwissenschaftliche Publikationen. Sein Ziel war, die größeren Territorien des Heiligen Römischen Reiches zu reformieren und sie dem politischen, militärischen und wirtschaftlichen Stand der Großmächte England und Frankreich anzugleichen. DBE (1997), 5, 388.

<sup>253</sup> Hardy, Ärzte, 42: zitiert aus: Heinrich Gottlob von Justi „Grundsätze der Policey-Wissenschaft“, 1756, Göttingen.

<sup>254</sup> Rosen, George: Die Entwicklung der sozialen Medizin. In: Deppe, Hans-Ulrich; Regus, Michael (Hg.): Seminar: Med GG. Frankfurt 1975, 74-131, hier 83.

deren Ausbreitung sollten für die Stadtreinigung und Beseitigung von Abwässern Sorge getragen werden.<sup>255</sup>

### **2.3 Johann Peter Frank (1745-1821): „System einer vollständigen medicinischen Polizey“**

Die staatliche Verwaltung für Gesundheitsangelegenheiten - die „Medicinische Polizey“ - erhielt ihre theoretische Basis durch Johann Peter Frank, der mit seinen Vorstellungen gleichzeitig grundlegende Konzepte für die spätere Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege und der „Sozialen Hygiene“ einführte.

Vor dem Frank'schen Werk wurde die Bezeichnung „Medicinische Policey“ wohl erstmals 1764 von Wolfgang Thomas Rau (1721-1772), Stadtarzt in Ulm, und wenige Jahre später, 1771, von Christian Rickmann (1741-1772), Jena, verwendet.<sup>256</sup>

Anstöße für sein sechsbändiges Hauptwerk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“, das er zwischen 1786 und 1817 veröffentlichte, erhielt der erst 21-jährige Frank von seinem Lehrer und Prüfungsvorsitzenden für das Doktorexamen, Professor Franz Joseph von Oberkamp (1710-1767)<sup>257</sup>: „Sie haben [...] eine sehr gute Anlage und eben so vielen Fleiß [und] das Recht, sich dereinst auszeichnen zu wollen. Denken Sie daher schon jetzt auf einen Gegenstand, welchen Sie nebst Berufsgeschäften vorzüglich bearbeiten möchten.“ Darauf erwiderte Frank: „Ich sehe, dass Ärzte solche Krankheitsursachen, welche entweder ins Große auf die Völker wirken oder von der Willkür einzelner, noch so sorgfältiger Menschen nicht abhängen, selten zu heben im Stande sind. Viele davon könnten aber doch durch obrigkeitliche Vorsorge beseitigt werden.“<sup>258</sup>

Dieses Vorhaben, ein „zusammenhängendes, wissenschaftliches Gebäude“ zu errichten, begleitete Franks weiteres Leben. Von 1779 bis 1821 verfasste er neben zahlreichen anderen Veröffentlichungen entscheidende Ansätze in der prophylaktischen Medizin. Gleichmaßen geprägt von der Sichtweise Jean Jaques Rousseaus (1712-1778) über Krankheiten und die

<sup>255</sup> Eckart, Öffentliches Gesundheitswesen (im Erscheinen); Hardy, Ärzte, 42; Rosen, Die Entwicklung der sozialen Medizin, 80-81.

<sup>256</sup> Eckart, Öffentliches Gesundheitswesen (im Erscheinen); Eckart, Geschichte der Medizin, 173-174.

<sup>257</sup> Frank, Seine Selbstbiographie, 40: Von Oberkamp war Leibarzt des Kardinals Damian Hugo von Schönborn (1767-1743) in Bruchsal, ab 1742 Professor der Medizin in Würzburg und ab 1748 in Heidelberg.

<sup>258</sup> Frank, Seine Selbstbiographie, 47-48.

Aufklärung über eine sinnvolle Lebensweise wie auch von den zeittypischen philosophischen Lehren Christian Wolffs (1679-1754) und Joseph von Sonnenfels' (1733-1817),<sup>259</sup> folgte Frank konsequent seiner Überzeugung, dass eine möglichst zahlreiche und gesunde arbeits- und wehrfähige Bevölkerung eine nahezu unerschöpfliche Quelle fürstlichen Reichtums und fürstlicher Macht sei, vor allem aber auch die Sicherung des Allgemeinwohls bedeute.<sup>260</sup> In seinem wechselvollen Lebenslauf spiegelt sich das stete Bemühen um diese Vorsätze wider:

Als Sohn eines Kaufmanns wurde Johann Peter Frank am 19. März 1745 in Rodalben bei Pirmasens geboren. Nach seinem Philosophie- und Medizinstudium in Rastatt, Metz, Heidelberg und Straßburg, das er 1766 in Heidelberg mit dem Doktorexamen abschloss, wurde er dank seiner Tüchtigkeit ab 1769 an verschiedene Fürstenhäuser als Leibarzt berufen. Des Weiteren wirkte er als Leiter an Krankenhäusern und als Lehrer an namhaften Universitäten. Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für Gebärende und Säuglinge gründete er in Rastatt und Bruchsal Hebammenschulen. Neben der Lehrtätigkeit für Hebammen gab er zusätzlich Unterricht in Ernährungs-, Kleidungs-, Erholungs- und Wohnungsfragen zur Förderung von Klein- und Schulkindern und gab Anweisungen zur Unfallverhütung.<sup>261</sup> Sein hochgeschätztes reformatorisches Unterrichtskonzept, von dem etwa zweitausend Ärzte im Laufe seines Lebens profitierten, bestand außerdem in anschaulichen Diskussionen am Krankenbett, in praktischen Anleitungen sowohl für chirurgische und geburtshilfliche Eingriffe, als auch für pathologische Untersuchungen. Ein ebenso wichtiges und entscheidendes Kriterium zur Lösung von Gesundheitsproblemen sah er in der Einbeziehung des sozialen Umfeldes eines Kranken, dem er sich vorbildhaft und unermüdlich stellte: „[...] gegen 20 Jahre hatte ich [...] das Krankenbett besucht [...], besorgte [...] die klinische Anstalt zweimal des Tages, nicht in einem Spitale, sondern in den zerstreuten Hütten der Armen“.<sup>262</sup>

---

<sup>259</sup> Frank, Seine Selbstbiographie, 15: Zum Beispiel erschien 1765 von Sonnenfels die Abhandlung „Grundsätze der Polizey, Handlung und Finanzwissenschaft“, die sich mit der Vermehrung der Untertanen, ihrer Wohlfahrt, Sicherheit und ihrem Glück beschäftigte.

<sup>260</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 173; Frank, Seine Selbstbiographie, 8.

<sup>261</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 142-143: Frank war von 1769 bis 1772 badischer Hofarzt und gleichzeitig Hebammenlehrer. Als Land- und Stadtphysikus in Bruchsal betreute er von 1772 bis 1778 36 umliegende Ortschaften, hielt Sezier- und Botanikkurse ab und las Anatomie und Physiologie für Landchirurgen. Leibarzt des Fürstbischofs von Speyer wurde er 1776, der Markgräfin von Baden 1780, des russischen Kaisers in St. Petersburg 1807 und von Maria Louise in Wien 1811. Den Anwerbeversuch Napoleons schlug er aus. 1784 erhielt er einen Ruf nach Göttingen auf den Lehrstuhl für praktische Medizin und 1785 nach Pavia als Klinikleiter. 1795 wurde er zum Direktor des Wiener Krankenhauses und zum Vorstand der Klinik und 1804 zum Professor an der medizinischen Klinik der Universität Wilna berufen. Von 1807 bis 1808 war er an der medizinischen und chirurgischen Akademie in St. Petersburg tätig.

<sup>262</sup> Frank, Seine Selbstbiographie, 93, 158.

Frank konnte 1795 dank seines Förderers Kaiser Joseph II. von Österreich (reg. 1765-1790) sein neues Behandlungsmodell verwirklichen, das ihm die Umgestaltung des Wiener Krankenhauses nach den drei wichtigsten Gesichtspunkten ermöglichte: „Erziehung geschickter Ärzte und Wundärzte, [...] Beförderung, Erweiterung der Heilwissenschaft, [...] und die Verpflegung dürftiger Kranker, [... denn] unsere meisten Kranken bestehen aus armen Handwerksleuten, Tagelöhnern [...], welche, um wieder zu ihrem mühseligen Gewerbe zurückkehren und ihre darbende Familie ernähren zu können, ihrer Kräfte bedürfen“.<sup>263</sup>

Trotz zahlreicher Diskussionen und der Würdigung seiner Verdienste in hochrangigen wissenschaftlichen Gesellschaften<sup>264</sup> wurde das umfassende Gesundheitskonzept Franks größtenteils aus Mangel an finanziellen Mitteln, unzureichender Organisation und fehlendem Verständnis nicht realisiert.<sup>265</sup>

### 3 Resümee

Notwendigste Grundlage für eine effektive Seuchenbekämpfung bildete die staatliche Gesundheitsfürsorge. Erste Anweisungen, die auf deutschem Boden bis ins 5. Jahrhundert zurückgehen, bezogen sich auf die Pflege von Sittlichkeit und Reinlichkeit. Ab dem 8. Jahrhundert unterstützten fränkische Herrscher die in Klöstern nach christlichen Tugenden gelebten gesundheitsfördernden Regeln. Diesen zufolge wurden Müßiggang und Ausschweifungen jeglicher Art abgelehnt, dagegen eine ausgewogene Lebenshaltung und Körperpflege gefördert und die Fürsorge für Bedürftige, wie Kranke, Aussätzige, Schwangere, Arme, Witwen, Waisen und Alte übernommen. Als essentieller Bestandteil der Erziehung galt auch die Unterweisung in der Kräuterkunde und Arzneiherstellung, wie sie beispielsweise Karl der Große für Klosterschulen vorschrieb. Für die Grundlage des späteren Krankenhauswesens, eine der segensreichsten Einrichtungen, sorgte Ludwig der Fromme, als er während des Aachener Konzils 816 Bischöfe und Äbte zur Armenkrankenpflege verpflichtete. Dieser nahmen sich besonders die Klöster des Benediktiner-, Franziskaner- und Augustinerordens an.

Mit zunehmender Städtebildung ab dem 11. Jahrhundert und dem Behandlungsverbot für Kleriker ab Mitte des 12. Jahrhunderts oblag es den Stadtverwaltungen, sich sowohl um

---

<sup>263</sup> Frank, Seine Selbstbiographie, 138-146, bes. 145.

<sup>264</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 142-143: Frank wurde die Mitgliedschaft der kurmainzischen Akademie der Wissenschaften (1783), der Sozietät der Wissenschaften in Göttingen (1784) und der Königlich patriotischen Gesellschaft (1786) angetragen.

<sup>265</sup> Hardy, Ärzte, 52-54.

die Errichtung von Krankenhäusern, als auch um die Ausbildung von Ärzten zu kümmern. Als hilfreich erwiesen sich Stiftungen von Fürsten, reichen Bürgern und geistlichen Ritterorden, die Hospitalgründungen und den Bau von Kinder- und Waisenhäusern sowie Anstalten für Geisteskranke ermöglichten. Für die Ausbildung von Ärzten wurden nach dem Vorbild schon bestehender Medizinschulen in Italien und Frankreich auch in deutschen Städten Universitäten mit medizinischen Fakultäten gegründet, wie etwa 1386 die erste deutsche Universität in Heidelberg, die allerdings erst 1390 eine eigene Fakultät für Heilkunde erhielt. Zunehmend wurden Stadtärzte angestellt, die teilweise auch Behandlungen in den Krankenhäusern übernahmen, wenn nicht für die Kranken ein eigener Spitalarzt bestellt worden war.

Anfang des 14. Jahrhunderts hatten sich verschiedene heilberufliche Gruppen unterschiedlicher Ausbildung und Fähigkeiten herausgebildet, deren Zuständigkeitsbereiche und Abgrenzung untereinander einer Überwachung bedurfte. Besondere Förderung erhielten akademisch gebildete Ärzte von ihren Fakultäten oder sie wurden durch städtische und landesherrliche Medizinalordnungen in der Ausübung ihrer Tätigkeit bevorzugt. Auch Apothekerordnungen, von einzelnen Städten erlassen, dienten zur Kontrolle. So etwa überprüfte der Stadtrat die praktische und wissenschaftliche Befähigung eines Apothekers, verbot die Behandlung von Kranken oder erlaubte nur den von einem Arzt kontrollierten Verkauf von Arzneien und Heilmitteln. Ebenso gab es bestimmte Richtlinien für Hebammen, die ihnen beispielsweise die Unterstützung durch einen Arzt bei schwierigen Entbindungen vorschrieben oder insbesondere den Verkauf abtreibender Mittel untersagten. Mit derartigen Ver- und Geboten suchte man zweifelhafte, unqualifizierte und betrügerische „ärztliche“ Versorgung durch Quacksalber, Kurpfuscher oder Zauberer zu unterbinden und dem hilfeschenden Volk eine verbesserte Gesundheitspflege zu bieten.

Diese kontrollierenden und überwachenden Maßnahmen, die zum Aufgabenbereich der Stadtärzte gehörten – in den meisten Städten waren seit dem Anfang des 16. Jahrhunderts Stadtphysikate eingerichtet worden –, erhielten mit den „Nützlichen Reformationen zu guter Gesundheit und Christlicher Ordnung“ von 1573 einen umfassenden einheitlichen Leitfaden für die kommunale Gesundheitspflege. Der Verfasser Joachim Struppius kannte als Stadtarzt in Frankfurt alle Belange, die für ein funktionierendes Gesundheitswesen notwendig waren und hatte sowohl Untertanen, als auch Landes- und Stadtherrn und besonders die große Gruppe der in Heilberufen Tätigen miteinbezogen. Das Reformprogramm, das detailliert Rechte und Pflichten, Missstände und Gesundheitsgefahren, Vorbeugungsmaßnahmen, Krankenbehandlung, Lebens- und Arzneimittelversorgung behandelte, kam zwar kaum zur praktischen Anwendung, veranlasste aber zahlreiche deutsche Städte zur Gründung von Medizinalkolle-

gien. Diese bildeten zusammen mit den Medizinalordnungen die Grundlage zunächst städtischer Reglementierung der Gesundheitspflege. Sie wurden im 17. Jahrhundert mit der Entwicklung von Staatsphilosophien, die ihr Augenmerk auf die Heeres- und Staatswirtschaft und in diesem Zusammenhang auf die Gesundheits- und Bevölkerungspolitik richteten, zu territorial-umfassenden Medizinalordnungen ausgebaut. Begünstigend wirkte sich dabei aus, dass ein den Staatsinteressen entsprechendes Gesundheitsprogramm bei der Konzeption der neu einzuführenden kameralistischen Verwaltungsstruktur berücksichtigt werden konnte. Eine vorbildliche Maßnahme zum Aufbau einer gezielten Landesgesundheitsbehörde, mit einem Gremium akademisch gebildeter Ärzte - dem Collegium medicum - als Kontrollorgan, stellt das Medizinedikt von 1685 des Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelm dar, das, sich den fortschreitenden Neuerungen auf medizinischem Gebiet anpassend, nahezu 130 Jahre lang die Basis für die preußische Gesundheitspolitik blieb.

Die Medizinalordnungen und Medizinalkollegien regelten einerseits die Befugnisse der einzelnen medizinischen Berufsgruppen, andererseits dienten sie dem Schutz der Menschen und ihrer Gesundheit – zur Mehrung und Erhaltung von Arbeitskräften als „Fundament des Staatsvermögens“. Somit gewährleisteten sie die im aufgeklärten Absolutismus des 18. Jahrhunderts nach wirtschaftspolitischen Aspekten ausgerichtete staatliche planmäßige gesundheitliche Ordnung und Überwachung, eine „Medizinische Polizey“. Die Idee einer die gesamte Bevölkerung erfassende Gesundheitspolitik als dauerhafte Quelle gesunder wehr- und arbeitstüchtiger Untertanen zur Sicherung des fürstlichen Reichtums und des Allgemeinwohls realisierte Johann Peter Frank in seinem von 1779 bis 1821 erarbeiteten sechsbändigen Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizei“. Seine Ansätze zur Präventivmedizin oder Sozialhygiene wirkten bis in das 20. Jahrhundert nach.

Neben der Entwicklung der administrativen und medizinischen Überwachung des öffentlichen Gesundheitswesens entfalteten sich auf deutschem Boden auch differenzierte Schutzvorkehrungen, die späteren gesetzlichen Bestimmungen zur Seuchenvorsorge und –bekämpfung, die im nächsten Kapitel für die Zeit bis 1830 beschrieben werden.

### **III Seuchengeschichte und Entwicklung der Seuchengesetzgebung bis 1830**

#### **1 Ausgewählte Seuchen und ihre Geschichte**

Von den zahlreichen Seuchen galten besonders der Aussatz (Lepra), die asiatische Cholera, das Fleckfieber (Flecktyphus), das Gelbfieber, die Pest und die Pocken bis Ende des 19. Jahrhunderts als „gemeingefährliche“ Infektionskrankheiten. Die von ihnen ausgehende erhöhte Einschleppungsgefahr durch zunehmende Handelsbeziehungen und dem überseeischen Schiffsverkehr sowie ihre Neigung, sich pandemisch auszubreiten, legten reichseinheitliche gesetzliche Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen nahe. Nach langjährigen Bemühungen kam am 30. Juni 1900 das Reichsseuchengesetz zustande. Es beschränkte sich auf die oben genannten sechs großen Volkskrankheiten, die im Folgenden näher beschrieben werden:

##### **1.1 Der Aussatz (Lepra)**

Bei der Lepra handelt es sich um ein chronisches Leiden, das mit auffälligen Veränderungen an der Haut, an den Nerven und Knochen einhergeht. Bei der tuberkuliden Lepra kommt es zu Hautveränderungen, die zu Empfindungsstörungen und Verstümmelungen der Hände und Füße führen. Bei der lepromatösen Lepra bilden sich Knoten an der Haut und den inneren Organen. Entstellungen, besonders des Gesichts zur Löwenmaske, Geschwürsbildungen, Erblindung und Verkrüppelung sind die Folge. Fieberphasen, die von Zeit zu Zeit auftreten, führen zu Krankheitsschüben und können tödlich sein.

Lepra war bereits um 600 vor Christus in Ägypten, Indien und China bekannt und wurde seit dem 4. Jahrhundert in Britannien und Gallien erwähnt. Wahrscheinlich schleppten römische Truppen die Seuche nach Europa ein. Sehr früh wurden die Kranken aus den Wohngemeinschaften „ausgesetzt“. Die Isolierung aus verschiedenen Städten Frankreichs ist nachweislich seit dem 5. Jahrhundert bekannt. Vom 12. bis 14. Jahrhundert, nach Rückkehr der Kreuzfahrer, erhöhte sich die Zahl der Leprakranken beträchtlich, so dass die Einrichtung von Leprosorien in Europa auf 19.000 anstieg. Auf deutschem Gebiet befanden sich allein 750 Siechenhäuser in großen Städten. Meist wurden diese mit Geldern aus Stiftungen oder aus dem Besitz der Leprösen finanziert. In den isolierten Wohngemeinschaften unterlagen die Kranken einer strengen Haus-, Lebens- und Kleiderordnung. Für Pilgerreisen wurden sie aus ihrer Absonderung beurlaubt, hatten aber strengen Geboten zu folgen. So mussten sie sich mit

Hüten und Tüchern verhüllen und mit einer mitgeführten Klapper auf sich aufmerksam machen.

Erst 1873 wurde von dem Norweger Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912) der Lepraerreger (*Mycobacterium leprae*) entdeckt. Die Übertragung erfolgt über Schmierinfektion und wiederholtem und langfristigen Kontakt mit Kranken, wobei Kinder besonders empfänglich sind. Seit 1984 kann Lepra mit Antibiotika behandelt werden. Immer noch existieren weltweit etwa 10 bis 12 Millionen Leprakranke, die missionarisch und von der WHO betreut werden. Seit Ende des 17. Jahrhunderts ist die Lepra, bis auf kleinere Herde, als chronische Volkskrankheit in Deutschland und seit Anfang des 20. Jahrhunderts in Europa erloschen, wobei sie sich in Norwegen bis Ende des 19. Jahrhunderts am hartnäckigsten hielt.<sup>266</sup>

## 1.2 Die asiatische Cholera

Die Cholera ist eine Erkrankung der Darmschleimhaut, die zu permanentem Erbrechen und Durchfall führt. Die stetige Wasserverminderung bedingt eine innere Austrocknung des Körpers, den Verlust der lebenswichtigen Mineralien und Kollaps mit Blaufärbung sowie Kälte von Haut und Gliedmaßen. Bei starker Ausprägung der Krankheit führt die Cholera binnen weniger Stunden zum Tod.

Die Cholera stammt ursprünglich aus Indien und war dort vermutlich seit Jahrhunderten endemisch. Sie wurde bereits in Sanskritschriften vom 4. Jahrhundert beschrieben.

In Europa brach die Cholera erstmals Anfang der 1830er Jahre aus. Eine 1816/17 in Hinterindien herrschende Epidemie hatte sich durch den im Kolonialismus zunehmenden Warenaustausch zwischen Indien und Europa langsam nach Westen vorgeschoben und eine europaweite erste Pandemie ausgelöst. Dieser folgten sechs weitere pandemische Züge. Allein in Berlin starben 1.426 Menschen während des ersten Ausbruchs von 1831 und 1832. Eine lang anhaltende Epidemie während der Jahre 1847 bis 1854 forderte weitere Tausende von Todesopfern: 1848 in England 55.000, allein in Paris 15.000; 1854 in Bayern 7.300. Von 1848 bis 1850 starben in Preußen etwa 85.000 Menschen an Cholera und 1855 nochmals 30.500. Für Russland werden über eine Million Todesopfer angegeben. Erneute Pandemien von 1863 bis 1875, 1881 bis 1896 und 1899 bis 1923 führten wiederum zu hohen Bevölkerungsverlusten. Markant waren die Opferzahlen im Jahre 1866 in Preußen mit 110.000 und in Österreich mit mehr als 106.000. Weniger dramatisch verlief die Cholera bereits 1854 und 1866 in Großbri-

<sup>266</sup> Vasold, Pest, 35-37, 161; Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 172.

Eberhard-Metzger, Claudia; Ries, Renate: Verkannt und heimtückisch. Die ungebrochene Macht der Seuchen. Basel 1996, hier 57-58.

tannien. Dagegen kam es in Deutschland in den Jahren 1873 und 1884 erneut zu umfangreichen Cholera-Epidemien, und nochmals 1892 in Hamburg mit etwa 8.500 Toten.<sup>267</sup>

Die Darmerkrankung wird durch die Infektion mit *Vibrio cholerae* hervorgerufen. Das Bakterium, das im Wasser lebt und gegen Austrocknung empfindlich ist, hält sich wochenlang in Süß- und Salzwasser sowie feuchtem Untergrund und breitet sich dort aus. Über durch Fäkalien und Schmutz verunreinigtes Wasser kommt es in den menschlichen Körper, wo es sich im Darm massenhaft vermehrt und ausgeschieden wird. Leichte Erkrankungen sind 5 bis 10 Mal häufiger als tödlich ausgehende. Bei Schädigungen des Magens durch Mangelernährung oder jahrelangen Alkoholgenuß kann die Infektion begünstigt werden, weil der Erreger sensibel auf Säure anspricht. Eine Weiterverbreitung geschieht über den Stuhl von Keimträgern, die jedoch symptomfrei bleiben können. Andere Ansteckungsherde sind infizierte Lebensmittel, verschmutzte Kleidung, Bettlaken, Gebrauchsgegenstände oder Hände. Innerhalb kürzester Zeit können Choleraerkrankungen in der Wasserversorgung zu Massenerkrankungen führen. Robert Koch konnte erstmals vom ursächlichen Zusammenhang zwischen Choleraerkrankung und Bakterium überzeugen, nachdem ihm 1882 der Nachweis des Choleraerregers im Darmkanal von Choleraleichen während einer Expedition nach Ägypten und Indien gelungen war.<sup>268</sup>

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts hatte man keine Behandlungsmöglichkeiten. Erst die 1909 in Indien entwickelte Methode, durch intravenöse Infusionen steriler Salzlösungen dem immensen Wasserverlust entgegenzuwirken, gewährte den Kranken sehr gute Heilungschancen. Verschiedene inzwischen entwickelte Impfstoffe bieten nur einen kurzfristigen Schutz von wenigen Monaten. Sie sind deshalb für Massenimpfungen in den Choleraebenen ungeeignet. Die Cholera, die heute noch in den Entwicklungsländern herrscht, kann dort nur durch die Hebung des Lebensstandards auf Dauer erfolgreich bekämpft werden. Dazu ist die Sicherstellung von sauberem Wasser und ungefährlicher Nahrung vorrangig.<sup>269</sup>

Cholera ist immer noch in Asien, Afrika sowie Zentral- und Südamerika anzutreffen und kann von Reisenden nach Deutschland gebracht werden. Sie ist bis heute eine Quarantäneerkrankung, die der Meldepflicht unterliegt.<sup>270</sup>

---

<sup>267</sup> Dorrman, Das asiatische Ungeheuer, 228-231; Vasold, Pest, 226-236.

<sup>268</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 216; Dorrman, Das asiatische Ungeheuer, 204. Gradmann, Die Entdeckung, 1188.

<sup>269</sup> Dorrman, Das asiatische Ungeheuer, 126; Eberhard-Metzger/ Ries, Verkannt und heimtückisch, 126.

<sup>270</sup> [www.netdokter.at/krankheiten/fakta/cholera.htm](http://www.netdokter.at/krankheiten/fakta/cholera.htm) vom 13.08.2008, 10.13 h (Prof.Dr. Herwig Kollaritsch, Gesundheit aktuell).

### 1.3 Das Fleckfieber (Flecktyphus)

Fleckfieber (*Typhus exanthematicus*) ist eine akute, epidemisch auftretende Krankheit mit fleckigem Ausschlag. Nach einer Inkubationszeit von 10 bis 14 Tagen tritt plötzlich hohes Fieber auf, das von starken Allgemeinbeschwerden wie Kopfschmerzen, Benommenheit, Schüttelfrost, Aufgedunsenheit und Rötung des Gesichts sowie Anschwellen der Lymphknoten am Hals durch Eiterung der Speicheldrüsen begleitet ist. Oft kommt es zu Gefäßverschlüssen und Gangränbildung, d.h. Gewebsteile sterben durch Eiter- oder Fäulnisbakterien ab und verursachen den Verlust von Gliedmaßen. Die Sterblichkeit bei der Erkrankung steigt sich mit zunehmendem Alter und beträgt etwa 20%.

Fleckfieber war über die ganze Welt verbreitet und ist in Europa seit der zweiten Hälfte des 15. Jahrhundert nachweisbar. Fleckfieberepidemien wurden mehrfach von zurückkehrenden Heeren eingeschleppt. Venezianische Soldaten brachten es wohl aus Zypern nach Südeuropa mit, von wo sich die Krankheit schnell verbreitete. Im Jahre 1494 sollen die Truppen des französischen Königs Karl VIII. (reg. 1483-1498) das Fleckfieber aus Oberitalien eingeschleppt haben. Auch fielen dieser Krankheit viele Krieger des spanischen Heers während der Kämpfe gegen die Mauren zum Opfer. Im Jahre 1520 verbreiteten fremde Söldner die Infektionskrankheit in Italien und Mitte des 16. Jahrhunderts kam es bei den Truppen Kaiser Ferdinands I. während der heftigen Auseinandersetzungen mit den Türken auf dem Balkan zu großen Verlusten durch das Fleckfieber.

In Deutschland trat die Krankheit schon im 15. Jahrhundert und danach häufiger, besonders in Kriegszeiten auf, weshalb sie oft als Hunger- oder Kriegstyphus bezeichnet wurde. Während der Feldzüge gegen die Türken in den Jahren 1683 bis 1699 verschleppten bayerische und preußische Soldaten das Fleckfieber in ihre Heimat. Im Spanischen Erbfolgekrieg (1701-1714) starben während der Belagerung von Augsburg 4.245 Einwohner an der Seuche. Neben immer wieder auftretenden kleineren Epidemien kam es in den Jahren 1846 bis 1848 in weiten Teilen Oberschlesiens zu verheerenden Ausbrüchen, in denen mehr als 80.000 Menschen erkrankten und etwa 18.400 starben. In den 1880er Jahren traten in Preußen letztmalig Fleckfieberepidemien in ländlichen Gebieten auf.<sup>271</sup>

Fleckfieber wird von dem Erreger *Rickettsia prowazeki* hervorgerufen, der 1910 von Howard Taylor Ricketts (1871-1910) und Stanislaus Prowazek (1875-1915) entdeckt wurde.

---

<sup>271</sup> Vasold, Pest, 110-112, 159, 239-240.

Die Übertragung durch die Kleiderlaus entdeckte Charles Nicolle (1866-1936), der dafür den Nobelpreis erhielt.<sup>272</sup>

Fleckfieber kommt bis heute im Hochland von Mittel- und Südamerika, in Afrika und Asien vor. Die Krankheit ist meldepflichtig und mit Antibiotikum behandelbar.<sup>273</sup>

## 1.4 Das Gelbfieber

Bei Gelbfieber handelt es sich um eine mit zwei hohen Fiebergipfeln einhergehende akute Viruserkrankung, die bei Kindern leichter verläuft und bei Erwachsenen oft von Gelbsucht mit Kopf- und Muskelschmerzen, Übelkeit, blutigem Erbrechen und Nierenversagen begleitet ist und deshalb innerhalb von 7 bis 10 Tagen tödlich verlaufen kann.

Das Gelbfiebervirus zirkuliert in Affenpopulationen. Es wird durch die Gelbfiebertmücke (*Aedes aegypti*) hervorgerufen, die als Überträger 1881 von Carlos Juan Finley (1833-1915) identifiziert wurde.<sup>274</sup> Die Gelbfiebertmücke ist in den tropischen und subtropischen Gebieten Afrikas und Südamerikas heimisch. Deshalb ist die Krankheit in diesen Gebieten weit verbreitet. Durch Luft- und Schifffahrt wurde die Mücke, in deren Darm sich das aufgenommene Gelbfiebervirus vermehrt, in die südeuropäischen Mittelmeerländer und Asien verschleppt, so dass es hier ebenfalls zur Übertragung des Gelbfiebervirus kommen kann.

Während der Kolonisation starben weiße Soldaten massenhaft durch Gelbfieber. Dadurch wurde beispielsweise Napoleons Versuch, ganz Mittelamerika zu besetzen, vereitelt. Ebenso war der Bau des Panamakanals (von 1879 bis 1914) erst nach der Sanierung dieses Gebiets durch Mückenvernichtung realisierbar. Auch heute noch kommt es in Afrika und Südamerika immer wieder zu Gelbfiebersausbrüchen. So etwa werden in Nigeria die Erkrankungen auf jährlich 300.000 bis 400.000 geschätzt, wobei jede zehnte Erkrankung zum Tode führt.

Außer der vorbeugenden sicheren Gelbfieberimpfung gibt es keine Behandlungsmethode. Der Bakteriologe und Medizin-Nobelpreisträger Max Theiler (1899-1972) entwickelte 1937 einen Impfstoff, der in von der WHO überwachten speziellen Gelbfieberimpfzentren verabreicht wird.<sup>275</sup>

---

<sup>272</sup> Eckart/ Gradmann, *Ärztelexikon*, 266, 291, 303.

<sup>273</sup> [www.rki.de/cln\\_048/nn\\_467534/InfAZ/Steckbriefe](http://www.rki.de/cln_048/nn_467534/InfAZ/Steckbriefe) („Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten“, 67, Robert-Koch-Institut), vom 07.08.2008, 20.40 h.

<sup>274</sup> Eckart/ Gradmann, *Ärztelexikon*, 132.

<sup>275</sup> Eberhard-Metzger/ Ries, *Verkannt und heimtückisch*, 149, 152, 157-158.

## 1.5 Die Pest (orientalische Beulenpest)

Bei der Pest werden zwei Krankheitsformen mit blitzartigem Verlauf unterschieden, die Bubonen- und die Lungenpest. Bei der Bubonenpest wird der Pestbazillus über die Haut durch den Biss des Rattenflohs übertragen. Sie geht mit beulenförmigen eitrigen Schwellungen der Lymphknoten, rasenden Kopfschmerzen, Fieberschüben und Erschöpfung einher. Aufgrund von Blutvergiftung, Hautunterblutungen oder Koma tritt bei 70% der Erkrankten innerhalb von drei bis fünf Tagen der Tod ein. Bei der Lungenpest wird die Ansteckung über den Nasen-Rachen-Raum hervorgerufen. Innerhalb von zwei Tagen kommt es zu Herzrasen, Bluthusten, Atemnot und Ersticken durch Nervenlähmung und Lungengewebszerstörung. Die Sterberate bei der Lungenpest beträgt 100 %.<sup>276</sup>

Erste beschreibende Aufzeichnungen über die Beulenpest stammen von dem byzantinischen Historiker Prokop von Cäsaria, der über diese Seuche während der Regierungszeit des Justinian in Athen von 531 bis 580 berichtete. Etwa zwischen 30 und 50% der Bevölkerung sollen dieser Seuche zum Opfer gefallen sein.

Eine in Mitteleuropa auftretende und als „Schwarzer Tod“ bezeichnete Pestepidemie, die seit den dreißiger Jahren des 14. Jahrhunderts von Zentralasien aus über Südrussland bis zur Halbinsel Krim gewandert war, grassierte flächendeckend von 1347 bis 1351 in ganz Europa. Wie hoch die Verluste des „Großen Sterbens“ tatsächlich anzusetzen sind, kann wegen der unzulänglichen Quellenlage und mitverantwortlicher anderer Faktoren - wie Klimaver-schlechterungen und Missernten, und daraus resultierend, eine durch Hungersnöte geschwächte und besonders krankheitsanfällige Bevölkerung – nicht geklärt werden. Am häufigsten wird der Verlust auf ein Drittel der europäischen Bevölkerung geschätzt; das bedeutet eine Opferzahl von etwa 25 Millionen Menschen.<sup>277</sup> Allerdings wird inzwischen angezweifelt, ob es sich beim „Schwarzen Tod“ um die Beulenpest handelte. Nach der heutigen Beurteilung alter Quellen in Zusammenhang mit der sich damals ungewöhnlich raschen Ausbreitung kämen auch andere Infektionskrankheiten in Betracht.<sup>278</sup>

Während des 15. und 16. Jahrhunderts wiederholten sich regelmäßig Pestepidemien in etwa 10-jährigen Abständen. Trotz inzwischen eingeführter strengster Schutzmaßnahmen und

<sup>276</sup> Bergdolt, Der Schwarze Tod, 17-19; Wilderotter, Das große Sterben, 17.

<sup>277</sup> Vasold, Pest, 73-74; Bergdolt, Der schwarze Tod, 223: Der Begriff „Schwarzer Tod“ wird seit dem 17. Jahrhundert auf die Pest, die von 1347 bis 1352 herrschte und besonders verheerend war, angewendet. Der Ursprung dieser Bezeichnung ist bisher nicht eindeutig geklärt worden.

<sup>278</sup> So wurde in einer Fernsehfilm-Dokumentation die Vermutung geäußert, dass es sich auch um eine Art tödlich verlaufenden hämorrhagischen Fiebers gehandelt haben könnte. Filmdokumentation von John Farren (2005): „Die Pest, Rätsel einer Seuche“, gesendet bei Phoenix, 29. Dezember 2007: [www.phoenix.de/die\\_pest/2007/12/29/0/157784.1.html](http://www.phoenix.de/die_pest/2007/12/29/0/157784.1.html)

Quarantänevorschriften kam es immer wieder zu Einschleppungen nach Europa. Den letzten Ausbruch, bei dem über 50% der Menschen starben, verursachte 1720 ein Schiff, das die Quarantänevorschriften in Marseille nicht eingehalten hatte.<sup>279</sup> Obwohl diese Epidemie auf Marseille und Südfrankreich beschränkt blieb, löste sie doch in allen europäischen Staaten eine Verschärfung von Maßnahmen und Bestimmungen aus. Inwieweit die Intensivierung der seuchenpolizeilichen Bestimmungen dazu beitrug, dass die Pest seither aus Europa weitgehend verschwunden ist, konnte bis heute nicht geklärt werden.<sup>280</sup>

Erst 1894, während des Pestausbruchs in Hongkong, wurde der Pesterreger entdeckt. Die beiden Wissenschaftler Shibasaburo Kitasato (1852-1931) und Alexandre Yersin (1863-1943) gelang die Identifizierung im Eiter von Leistenlymphknoten. Yersin erkannte als erster die Übertragungsrolle der Ratten.<sup>281</sup>

Derzeit gilt die Pest als besiegt, weil seit längerer Zeit größere Epidemien nicht mehr aufgetreten sind. Trotzdem kam es nach Meldungen der WHO in Amerika, Afrika und Asien sowie Indien immer wieder zu Pestfällen. Problemlos behandelbar ist die Pest heute mit Antibiotika, die seit 1948 angewendet werden. Ein erster Impfstoff wurde 1897 entwickelt. Er ist allerdings schlecht verträglich und bietet nur gegen die Beulenpest einen drei- bis sechsmonatigen Schutz. Die Pest kann nur durch Beheben der katastrophalen sozialen und sanitären Verhältnisse in den betroffenen afrikanischen, südamerikanischen oder indischen Gebieten verhütet werden.<sup>282</sup>

## 1.6 Die Pocken (Variola)

Bei den Pocken (Variola) handelt es sich um eine äußerst ansteckende, fieberhafte, endemisch oder epidemisch auftretende Infektionskrankheit. Übertragen wird die Seuche durch das Pocken-Virus. Die Inkubationszeit beträgt 10 bis 14 Tage. Die Krankheit beginnt plötzlich mit Schüttelfrost und hohem Fieber und ist von starken Kreuz- und Kopfschmerzen begleitet. Ein leichter Ausschlag, der nach zwei Tagen verschwindet, wird am vierten Tag abgelöst durch das Eruptionsstadium mit Bildung von Pusteln. Bei schwerem Verlauf kommt es zur Variola haemorrhagica (schwarze Blattern), die zu unzähligen Haut- und Schleimhautblutungen und nach fünf Tagen zum Tode führt. Bei leichteren Erkrankungen bilden sich rote Flecke im Gesicht und auf dem ganzen Körper zu Bläschen aus, die mit einer eitrig trüben

<sup>279</sup> Vasold, Pest, 24, 61-64, 112, 171; Bergdolt, Der schwarze Tod, 10, 16; Wilderotter, Das große Sterben, 12, 14; Eckart, Geschichte der Medizin, 67-69.

<sup>280</sup> Wilderotter, Das große Sterben, 49-50.

<sup>281</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 214, 389.

<sup>282</sup> Eberhard-Metzger/ Ries, Verkannt und heimtückisch, 54-56.

Flüssigkeit gefüllt sind (Pockenpusteln). Nach Fiebersteigerung und anschließendem Fieberabfall verkrusten sich die Pusteln und trocknen nach zehn bis zwölf Tagen ein. Es bilden sich Borken aus, die die typischen Pockennarben hinterlassen. Oft führte die Pockenerkrankung zu Komplikationen, z.B. tiefgehenden Eiterungen, Abszessen, Blutvergiftung, Lungen- und Rippenfellentzündungen.<sup>283</sup> Überlebende trugen entstellende Narben und bleibende Schäden, wie Erblindung, Taubheit und Lähmungen davon. Opfer der Pocken wurden dabei hauptsächlich Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter. Die Sterblichkeitsrate war mit 25 bis 30 % ausnehmend hoch.<sup>284</sup>

Die Seuche, wohl aus einem Urherd in Zentralasien stammend, war schon vor unserer Zeitrechnung in China bekannt und Beschreibungen in Sanskritschriften um 1500 v. Chr. könnten auf die Pocken passen. Von Indien haben sich die Pocken über Arabien nach Europa ausgedehnt.<sup>285</sup> Hier traten sie seit Jahrhunderten in regelmäßigen Abständen von vier bis sieben Jahren auf und waren als endemische alltägliche Seuche verbreitet.<sup>286</sup> Zusätzliche pandemische Pockenseuchenzüge suchten besonders im 17. und 18. Jahrhundert sowie zu Beginn des 19. Jahrhunderts Europa heim. Nach Schätzungen starben im 18. Jahrhundert etwa 400.000 Europäer an Pocken, davon etwa 70.000 Deutsche.<sup>287</sup>

Seit langem waren im Orient, Indien und China die Inokulation oder Variolation mit Menschenpocken, das Einbringen pulverisierten Schorfs in die Nase oder in Hauteinritzungen, bekannt, um eine leichter verlaufende Erkrankung hervorzurufen. Ab Anfang des 18. Jahrhunderts wurde diese Methode in England und später auf dem europäischen Kontinent angewendet und ab 1798 von der weit weniger gefährlichen Schutzimpfung mit Kuhpocken (Vakzination) abgelöst, die Edward Jenner entwickelt hatte. Massenimpfungen und gesetzlicher Impfschutz führten zur Ausrottung der Pocken als bisher einziger Infektionskrankheit. Die WHO erklärte am 8. Mai 1980 die Erde als pockenfrei.<sup>288</sup> Bis 1984, in Deutschland schon 1982, gaben alle Länder ihre Pockenschutzimpfungen auf.<sup>289</sup> Der Erreger von Pocken, das Variola-Virus, wurde 1906 von Enrique Paschen (1860-1936) nachgewiesen.<sup>290</sup>

<sup>283</sup> www.Textlog.de (Klinisches Wörterbuch Otto Dornblüth) vom 14. August 2007.

<sup>284</sup> Wolff, Eberhard: Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts. Med GG, Beiheft 10 (= Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung). Stuttgart 1998, hier 22, 101: Von den in Deutschland im Verlauf des 18. Jahrhunderts an Pocken Erkrankten starb jeder sechste Kranke, jeder 12. Überlebende wurde blind. Für die in Island 1707 ausgebrochene Epidemie gibt Wolff eine Sterberate von 40% an.

<sup>285</sup> Vasold, Pest, 183; Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 60-61.

<sup>286</sup> Wolff, Einschneidende Maßnahmen, 23.

<sup>287</sup> Vasold, Pest, 180; Trüb/ Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, 68.

<sup>288</sup> Eckart, Wolfgang U.: "Betreffend die gemeingefährlichen Krankheiten", In: Süddeutsche Zeitung 169, V2/8 vom 25. Juli 2000; Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 207-208.

<sup>289</sup> Maehle, Präventivmedizin, 127-128.

<sup>290</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 257-258; Ärzteblatt.de vom 14. August 2007; Niedersächsisches Ärzteblatt 1 vom 7. Januar 2002.

## 2 Die Ursprünge der Seuchengesetzgebung

### 2.1 Die Einschleppung und Verbreitung von Seuchen auf deutschem Boden

Seuchen wurden durch den Handels- und Personenverkehr über Landesgrenzen und Schiffe eingeschleppt. Aber auch von großen Entdeckungsreisen wurden unbekannte Infektionskrankheiten mitgebracht. Besonders aber in Kriegszeiten waren es umherziehende Soldaten, die als Träger und Überträger „Pestilenzen“ von Ort zu Ort verbreiteten. Deshalb bedeuteten Kriegsgeschehen für die Bevölkerung auch immer eine erhöhte Seuchengefahr.

Schon im 4. Jahrhundert schleppten wahrscheinlich römische Truppen die Lepra nach Britannien und Gallien ein. Während der Kreuzzüge ab Ende des 11. Jahrhunderts waren es die Kreuzritter, die zur Verbreitung von Epidemien beitrugen. Dabei erlagen sie ihnen häufig selbst schon unterwegs, so dass sie ihr Ziel, das Heilige Land, nicht erreichen konnten. Kehten Kreuzfahrer aus dem Orient zurück, brachten sie nicht selten verschiedene Krankheitskeime nach Europa mit. Für das Einschleppen beispielsweise der Lepra durch Kreuzritter spricht das plötzliche Ansteigen zahlreicher Leprosorien in deutschen Städten im 12. und 13. Jahrhundert.

Im 14. Jahrhundert wütete eine bis dahin nicht gekannte verheerende Seuche in Europa, die italienische Seefahrer 1347 aus dem Mittelmeerraum nach Süditalien eingeschleppt hatten. Sie verbreitete sich von dort mit großer Geschwindigkeit und tauchte 1348 erstmals in Deutschland auf. Die Pest, nach ihren Symptomen als „Schwarzer Tod“ bezeichnet, hielt über mehrere Jahre an und verursachte überall ein entsetzliches Massensterben. „Pestilenzen“ - Pestzüge, Pockenepidemien oder andere unzählige Todesopfer fordernde Infektionskrankheiten - wiederholten sich regelmäßig und erfassten insbesondere die nachwachsende junge Generation.<sup>291</sup> Die Seuchengefahr steigerte sich Anfang des 16. Jahrhunderts mit den größeren und vermehrt auftretenden Kriegen. Heute nicht mehr eindeutig diagnostizierbare epidemische Krankheiten wie Grippe, Milzbrand, Ruhr, Englischer Schweiß, Tuberkulose und Typhus - oft ganz allgemein als „hitze Fieber“ bezeichnet - waren Begleiter aller kriegerischen Auseinandersetzungen. Die Kampfhandlungen wurden oft durch Massenerkrankungen beeinflusst oder entschieden, weil sie größere Verluste an Menschenleben in den Heeren verursachten als kriegsbedingte Verwundungen und deren Folgen.<sup>292</sup> Im 17. Jahrhundert, während des

<sup>291</sup> Vasold, Pest, 34-35, 45-46, 94-95.

<sup>292</sup> Ebd., 110, 114, 122-123, 139: Beispielsweise starben ein Drittel von dem 80.000 Mann starken deutschen Heer an Ruhr und Fleckfieber während der Belagerung von Metz 1551 und 1552. Im Jahre 1620 wurden um die 20.000 Soldaten des kaiserlichen Heeres unter Tilly durch „hitze Fieber“ auf dem Weg nach Hause getötet, während es bei der Schlacht am Weißen Berg „kaum 250 Erschlagene“ gegeben hatte.

Dreißigjährigen Krieges, waren vor allem vorbei- und einziehende Soldaten gefürchtete Seuchenüberträger. Verschmutzt und verlaust und oft noch mit chronischen Hautkrankheiten behaftet, verbreiteten sie in Feldlagern und ihrer Umgebung ekelerregende, besonders aber infektiöse Abtritte und Auswurfstoffe. Mangelernährung und „chronische“ Hungersnot bei Soldaten und Bevölkerung begünstigten die seuchenartig auftretenden Infektionskrankheiten Fleckfieber, Rückfallfieber oder Influenza. Unzählige Beispiele belegen den Zusammenhang von Seuchenausdehnung mit gleichzeitigen Kriegshandlungen.<sup>293</sup> Die daraus resultierenden vielfältigen Auswirkungen führten zu ungewöhnlich hohen Sterblichkeitsraten, deren Schätzung eine breite kontroverse Diskussion auslöste.<sup>294</sup>

Im 18. Jahrhundert erlagen beispielsweise während des Siebenjährigen Krieges (von 1756 bis 1863) über 7.000 Soldaten in Breslau dem Fleckfieber. Die Bevölkerung hatte 9.000 Tote zu beklagen. Auch die in den Heeren herrschende Ruhr, die nach Süddeutschland und in die Schweiz weitergetragen wurde, kostete weitere unzählige Menschenleben.<sup>295</sup> Ebenso gravierend sind die Zahlen der Seuchentoten, die durch die Feldzüge Napoleons ab 1800 verzeichnet werden mussten: In Schlesien starben im Jahre 1806 mehr als 50.000 Menschen an fieberhaften Erkrankungen. Schätzungsweise 80.000 der deutschen Verbündeten litten an epidemischen Dysenterien, als sie 1812 in den Russlandfeldzug zogen und starben. Beim Rückzug wurden von der dezimierten napoleonischen Armee die Städte mit Seuchen überflutet: Gelbsucht, Fleckfieber oder Diphtherie rafften in den Jahren 1812 und 1813 in Berlin über 12.000 und in Dresden 21.000 Menschen hin. Dem Fleckfieber allein wird für die Jahre 1813 und 1814 in Deutschland der Verlust von insgesamt 200.000 Menschenleben zugeschrieben.<sup>296</sup>

Ab Anfang der 1830er Jahre war es die völlig unbekannte Cholera, die über alle Grenzen hinweg durch Handel und Verkehr in ganz Europa verbreitet wurde. Wiederum wurden

---

<sup>293</sup> Vasold, Pest, 140-147, 158-159, 164-168, 187-191: Im Jahre 1623 kam es in der Pfalz und in Baden während des Kampfes zwischen Friedrich V. von der Pfalz und den kaiserlichen Truppen zu Ruhr-, Typhus- und Fleckfiebererkrankungen größeren Ausmaßes. Im Niedersächsisch-Dänischen Krieg von 1625 brachten umherziehende Heere das Fleckfieber nach Norddeutschland. Im Krieg 1632 verbreitete das schwedische Heer Skorbut und Fleckfieber in Franken. In den Jahren 1634 und 1635 wurden vor allem in Bayern die Pest, im Krieg mit Frankreich 1636 und 1637 Ruhr, Typhus und Fleckfieber von französischen Truppen in Mittel- und Nordostdeutschland verbreitet. Immer wieder forderten Pestausbrüche große Opfer: In den 1660er Jahren in den Kriegszügen Ludwigs XIV. oder in den 1690er Jahren im Nordischen Krieg, ausgehend von den schwedischen Heeren. Tausende Menschenleben bei Soldaten und Bevölkerung verursachte 1698 das Fleckfieber, das nach den Feldzügen gegen die Türken zurückkehrende Soldaten nach Preußen und Bayern einschleppten.

<sup>294</sup> Ebd., 150-154, 179: Nach Berücksichtigung verschiedener Faktoren, z.B. in Kampfhandlungen getötete Soldaten, Dauer des Krieges, Tote durch Infektionskrankheiten im Heer und in der Bevölkerung, reduzierte sich vorsichtigen Einschätzungen zufolge die Bevölkerung von etwa 16 Millionen im Jahre 1620 auf etwa 10 Millionen im Jahre 1650.

<sup>295</sup> Ebd., 190-191.

<sup>296</sup> Ebd., 210-213.

die Menschen in Angst und Schrecken versetzt und Tausende von Toten erlagen in Deutschland und ganz Europa dieser Seuche.<sup>297</sup>

## 2.2 Schutzvorkehrungen zur Bekämpfung der Pest

### 2.2.1 Erste Erklärungs-, Abwehr- und Vorsorgeversuche

Seuchen gehörten zum Leben der Menschen in Mitteleuropa. Doch die Anfang des 14. Jahrhunderts plötzlich auftretende, in bisher unbekanntem Ausmaß todbringende Pest löste unermessliche Angst und große Hilflosigkeit aus. Das rätselhafte Auftauchen und unerklärliche Massensterben waren der Nährboden für Gerüchte und Misstrauen. Schuldigsuche und nicht seltene schwere Ausschreitungen, etwa gegen Juden, die der Vergiftung von Quellen und Brunnen bezichtigt wurden, waren die Folge.

Hilfe von der Medizin war nicht zu erwarten. Der Stand war niedrig und bot mit diätetischen Vorschriften,<sup>298</sup> Verbrennen von Kräuter- und Gewürzmischungen oder Theriak-Opium-Schlangengift-Mischungen keine wirkungsvolle Therapie. Auch mit dem am häufigsten angewendeten Aderlass sowie dem Öffnen und Ausbrennen der geschwollenen Lymphknoten zur „Reinigung“ konnte den Kranken nicht geholfen werden. Als einzige Überlebenschance, die sich jedoch nur wohlhabende Bürger leisten konnten, blieb die Flucht. Ein anschauliches Beispiel dafür bietet die berühmte Novellensammlung „Il Decamerone“ von Giovanni Boccaccio (1313-1375), der zehn junge Florentiner aus Angst vor der Pest aus der Stadt fliehen lässt.<sup>299</sup>

In Florenz herrschte während der Pestmonate von 1348 eine aussichtslose, vor allem anarchische Situation. Bei einer nahezu führungslosen Stadtverwaltung waren aufgrund der hohen Sterberate und in Erwartung des Todes Gesetz- und Hilflosigkeit, Rücksichts- und Verantwortungslosigkeit, Ausschweifungen und Verrohung eingekehrt.<sup>300</sup>

---

<sup>297</sup> Vasold, Pest, 226-236.

<sup>298</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 16, 29. Die Diätetik stammt aus der hippokratischen Medizin und bezieht sich auf die gesamte Lebenshaltung des Menschen, in der Ausgewogenheit vorherrschen sollte, z. B. des Schlaf- und Wachzustandes, der Arbeits- und Ruhephase oder der Ess- und Trinkgewohnheiten.

<sup>299</sup> Brockhaus Enzyklopädie (2006), 4, 313: Boccaccio, Giovanni, Il Decamerone, erschienen 1348 bis 1353 bzw. erster Druck 1470.

<sup>300</sup> Vasold, Pest, 38f, bes. 51; Wilderotter, Das große Sterben, 18, 21-27;

Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 244: Desgleichen riet Theophrast von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493/93-1541), in seiner Schrift „Contra pestem“ die Flucht an einen seuchenfreien Ort, ebenso Johannes Crato von Crafftheim 1553 in Breslau.

Erste Vermutungen führten die Pest und ihre Übertragung auf natürliche Umwelteinflüsse zurück, wie schon von Hippokrates von Kos (460 bis ca. 375 v.Chr.) postuliert worden war.<sup>301</sup> Mitte des 14. Jahrhunderts wurde von Pariser Magistern angenommen, dass die Pesterkrankung von verdorbener Luft, dem Miasma, ausgelöst werden könne. Das Miasma würde eingeatmet oder dringe durch die Poren in den Körper ein. Da nicht alle Menschen erkrankten, suchte man eine Erklärung in der individuellen Disposition der Säftemischung. Personen, bei denen das warme und feuchte Element überwog, galten als besonders gefährdet. Zwei Jahrhunderte später, 1546, formulierte der italienische Arzt Girolamo Fracastoro (1478-1553) in seiner Schrift „Drei Bücher von den Kontagien“, dass bestimmte Keime die Ursache für die ansteckenden Krankheiten seien. Die Kontagien würden durch die Luft weiterverbreitet, könnten auf der Kleidung und auf Materialien haften und durch Berührung und Einatmung aufgenommen werden.<sup>302</sup>

Um sich vor verdorbener Luft, dem Pesthauch, zu schützen, wurden verschiedene Empfehlungen gebräuchlich. Man räucherte Häuser und ihre Umgebung aus und verbreitete Riechstoffe.<sup>303</sup> „Pestbüchlein“ informierten über Diätvorschriften, die bereits seit Mitte des 15. Jahrhunderts auf dem Markt waren. Daraus entstanden allmählich medizinische Vorschriftenbücher, deren Veröffentlichung oft von Landesfürsten gefördert wurde. Beispielsweise veranlasste Herzog Wilhelm V. von Bayern (reg. 1579-1597) anlässlich einer grassierenden Epidemie 1589 das Erscheinen eines medizinischen Vorschriftenbuchs, das von seinen Leibärzten und dem damaligen „Seuchenspezialisten“ Hieronymus Faber verfasst worden war.<sup>304</sup>

Die meisten Menschen aber sahen in der Krankheit eine Strafe Gottes.<sup>305</sup> Um die Pest abzuwehren, ergingen von behördlicher Seite ständig Ermahnungen, ein Gott gefälliges Leben zu

---

<sup>301</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 13-16: Nach hippokratischem Verständnis trat Krankheit bei gestörter Harmonie der Körpersäfte auf. Eine solche Beeinträchtigung konnte hervorgerufen werden, wenn die Gesundheitsfaktoren Luft, Wasser und Boden einen schlechten Zustand aufwiesen, wobei „die eigentümliche Konstitution jedes Einzelnen“ und „die Einflüsse des Klimas“ ebenfalls eine Rolle spielten.  
Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 34.

<sup>302</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 35; Eckart, Geschichte der Medizin, 101-102, 204.

<sup>303</sup> Vasold, Pest, 89; Wilderotter, Das große Sterben, 20-22: Das Pariser Pestgutachten erschien 1350, erste Pesttraktate stammen vom April 1358 aus Lerida (Spanien), und 1371 wurde der Prager Sendbrief veröffentlicht.

<sup>304</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 97-103: Ab 1600 wurden Desinfektions- und Verhaltensrichtlinien für Erkrankte sowie Diätvorschriften und Arzneivorschläge veröffentlicht, z.B. von Thomas Thiermaier (1632) oder von Malachias Geiger. Während der Seuchenzeiten wurden diese Verhaltensvorschriften streng kontrolliert. Der Genuss von „Haselnüssen, Pfifferlingen, Branntwein und Weizenbier“ war genauso verboten wie größere Menschenansammlungen, Hochzeiten und sonstige Feste.

<sup>305</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 5, 55-56, 67: Die Vorstellung, dass Krankheit von übernatürlichen Wesen oder von Göttern gesendet wird, erschließt sich aus den magisch-animistischen Heilungskonzepten der Früh-

führen. In den allgemein bekannten "Pestblättern" wurde eindringlich zu Buß- und Bittgottesdiensten oder zu Geißelfahrten aufgerufen.

Zahlreiche in dieser Zeit entstandene Gegenstände der bildenden Kunst wie Pestsäulen, Pestaltäre,<sup>306</sup> Pestkapellen und -kreuze oder Darstellungen des Pestheiligen Rochus,<sup>307</sup> die als Trost und Halt für Hilfesuchende erschaffen wurden, spiegeln den damals herrschenden Seelenzustand der Menschen wider.<sup>308</sup>

## 2.2.2 Maßnahmen zur inneren Sicherheit und zum Schutz vor Gefahr von außen

Nachdem die Pest als eine stetig wiederkehrende Krankheit und ihre Ursache vor allem in der Einschleppung erkannt worden war, begann in den besonders gefährdeten Städten die Entwicklung geeigneter Schutzvorkehrungen. Sie sollten sowohl einer Seuchenverhütung und -verbreitung im Innern entgegenwirken, als auch in Häfen und an Stadtgrenzen der Abschirmung von außen dienen.<sup>309</sup>

### 2.2.2.1 Erste Anordnungen und Gesetze

Als grundlegende vorsorgende und verhütende Maßnahme wurde verstärkt auf die Reinhaltung der Städte geachtet. Erste Ansätze für Straßenreinigungen gehen auf den Straßburger Bischof Erkenbald (gest. 991) zurück, der für die sofortige Abfuhr von Mist und Unrat sorgte.

---

zeit und den späteren Hochkulturen Ägyptens, Babylons, Indiens und Chinas (nachvollziehbar ab etwa 2000 v. Chr.). Auch die griechischen und römischen Medizinkonzepte waren - trotz bereits klinischer und experimenteller Erfahrungen - nicht frei von religiösen Vorstellungen (ab etwa 7. Jahrhundert v. Chr.). Im frühen Mittelalter erklärte man, gemäß der christlichen Lehre, Krankheit und Leiden als eine zum menschlichen Leben gehörende Prüfung und Bestrafung durch Gott auf dem vorgezeichneten Weg, Christus nachzufolgen (Iatro-Theologie). Hilfe bei Krankheit gewährten Klöster seit Benedikt von Nursia (ca. 480-547), der als Erster die Krankenpflege in den Ordensregeln verankert hatte.

<sup>306</sup> Wilderotter, Das große Sterben, 25-26, 123 (1/10, 1/11): „Buchlein der Ordnung/wie sich der mensch halten sol/zu den zyten diser grusenlichen krankheit“ von Heinrich Steinhöwel (1420-1482). Holzschnitt um 1473 „zu dem Ersten sollen wir got anruffen und genad begeren“.

<sup>307</sup> Dormeier, Heinrich: Ein geystliche Ertzeney fur die grausam erschrecklich pestilentz. In: Wilderotter, Hans (Hg.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1995, 54-93, hier 55, 72: Statue des heiligen Rochus, 17. Jahrhundert; Pestaltar St. Andreas-Kirche, Kalkkreuth, von 1516.

<sup>308</sup> Achilles-Syndram, Katrin: So macht nun Abbilder eurer Beulen und eurer Mäuse. In: Wilderotter, Hans (Hg.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1995, 94-120, hier 95, 100: Gemälde von M. Raimondi (nach Raffael): „Die Pest in Phrygien“, um 1515/16.

<sup>309</sup> Ebd., 34, 45, 92.

Eine Verordnung folgte in der zweiten Hälfte des 11. Jahrhunderts. Ähnliche Vorschriften gab es seit dem 14. Jahrhundert in Nürnberg und Regensburg. Pflasterungen hat es wohl schon während des 13. Jahrhunderts in Köln, Worms, Aachen und Hamburg und später auch in Nürnberg (1331), Basel (1368), München (1387), Frankfurt, Hannover, Braunschweig und Augsburg (1416) gegeben. Von einzelnen Städten, wie Nürnberg, Freiburg und Augsburg weiß man, dass die Quellen gefasst waren und das Wasser in Röhren zum Verbrauchsort geleitet wurde. In Köln benutzte man dazu die Kanalisation aus der Römerzeit. Es gab Anweisungen, Flussläufe von Unrat oder Färberwasser rein zu halten. Schlachthäuser sind seit 1276 aus Augsburg, 1320 aus Regensburg und 1360 aus Köln bekannt.<sup>310</sup>

Städtische Medizinalordnungen waren wohl schon im 13. Jahrhundert aufgekommen. Im 14. Jahrhundert wurden sie durch die stetig wiederkehrenden Seuchenzüge immer notwendiger und detaillierter. Der besonderen offiziellen Kontrolle unterlagen die Ärzte, Apotheker und Bader. Nicht nur ihre Ausbildung und Aufgaben, sondern auch die Gebühren, die sie einnehmen durften, wurden genau festgelegt.<sup>311</sup>

Viele deutsche Städte übernahmen die bewährten Gesundheitsvorschriften, die in Florenz und Venedig ab 1347 nach dem ersten Auftreten der Pest von den städtischen Behörden notgedrungen entwickelt und erhoben worden waren. Neben Vorschriften zur Überwachung der Sauberkeit auf den Straßen und des Trinkwassers gab es Anweisungen für eigens in Pestzeiten angestellte Pestärzte. Sie hatten eine Schutzkleidung aus Leder oder gewachstem Leinen zu tragen und ihren Umgang mit Pestkranken durch rote oder weiße Stöcke anzuzeigen. Auch sanitätspolizeiliche Verordnungen, wie die Registrierung von Pestkranken, ihre Isolierung und Verpflegung sowie die Versorgung mit Lebensmitteln für die abgesonderten Familienmitglieder und Nachbarn, sollten eine Weiterverbreitung unterbinden. Besondere Vorschriften gab es zur Beseitigung und Bestattung von Leichen, für die tiefere als die üblichen Begräbnisplätze bereitgestellt werden mussten. Als Nachsorge wurden die Ausräucherung und Reinigung aller Gegenstände und Kleidungsstücke und eine anschließende drei- bis vierwöchige Sperrung des Hauses angeordnet. Sonderkommissionen überwachten die Verbote für öffentliche Versammlungen oder Veranstaltungen, wie Jahrmärkte, Kirchweihfeste, Tanzabende, Prozessionen und Messen in Kirchen.<sup>312</sup>

Vorkehrungen solcher Art wandelten sich allmählich zu Gesetzen. Das erste bekannte deutsche Seuchengesetz entstand um 1400 in Basel. Es enthielt die Vorschrift, dass Personen, die von Beulenpest, Lungenschwindsucht, Fallsucht, Krätze, Antoniusfeuer, Milzbrand, Tra-

<sup>310</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 69-74.

<sup>311</sup> Vasold, Pest, 100-103.

<sup>312</sup> Bergdolt, Der schwarze Tod, 185; Wilderotter, Das große Sterben, 30-33.

chom (Augenentzündung) oder Lepra befallen waren, keine Nahrungsmittel oder Getränke verkaufen durften. Die Kranken sollten wegen der Ansteckungsgefahr keinen Kontakt zu anderen Menschen haben und von Gesunden gemieden werden.<sup>313</sup>

In Bayern bestand seit 1592 ein ausführliches Seuchenmandat. Den fünfzehn Anordnungspunkten über Verhalten der Infizierten, Vorsichts- und Abwehrmaßnahmen ging neben Anweisungen zur Lebenshaltung die Ermahnung zu frommem Lebenswandel voraus. Ständige Erneuerungen der gesetzlichen Vorschriften folgten in den Jahren 1596, 1599, 1606, 1613, 1625, 1634, 1649 und 1679. Im Jahre 1600 kam eine Desinfektionsordnung mit Anleitungen zu Berauchungen, zur Beseitigung von Spinnweben und zum Gebrauch von Lauge und Essig zur Säuberung von Zimmern und Kleidung hinzu. Neben Arzneibüchern und Kuranleitungen wurden besonders Maßnahmen zur Sauberhaltung der Gassen und Häuser, zur Müllabfuhr und zum Verhalten gegenüber Bettlern und Vagabunden empfohlen.<sup>314</sup>

Ähnliche Vorschriften sind in einer 1611 vom Rat der Stadt Dresden veröffentlichten Pestordnung enthalten. Darin wurde die Reinhaltung der Straßen gefordert, zu gottgefälligem Leben und Kirchbesuchen ermahnt und - Schneidern verboten, Kleider von Pestkranken weiterzuverarbeiten. Ein anderes, ebenfalls von Pestzeiten geprägtes Beispiel gesetzlicher Vorschriften datiert vom 2. September 1709. Während der ausgedehnten Pestepidemie in Ostpreußen legte der preußische König Friedrich I. (reg. 1701-1713) für den 16. Oktober einen allgemeinen Fast-, Buß- und Betttag fest, um „durch wahre Reue und Busse der Göttlichen Gerechtigkeit“ zu begegnen und die „abscheuliche Plage“ abzuwenden.<sup>315</sup>

### **2.2.2.2 Die Einrichtung von Pesthäusern zur Isolierung von Kranken**

Die zwangsweise Aussetzung von Leprakranken ist seit dem 5. Jahrhundert von Frankreich bekannt. Ab dem 12. Jahrhundert entstanden durch das vermehrte Auftreten von Leprafällen auch in deutschen Städten zahlreiche Leprosorien zur Isolierung Lepröser.<sup>316</sup>

Ab der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts übernahm man diese Art der Isolierung auch für Pestkranke, die vom Stadttinneren entfernt und in besonderen, vor der Stadt liegenden Pesthäusern untergebracht wurden. In Deutschland entstand das früheste Pesthaus 1473 in Braunschweig. Die Städte Celle und Nürnberg folgten 1495 bzw. 1498. Für die Pesthaus- und Lazarettkomplexe entwickelte sich eine spezielle Bauweise, für die das von 1488 bis 1528 in

<sup>313</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 166-167.

<sup>314</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 97-102.

<sup>315</sup> Wilderotter, Das große Sterben, 38; Vasold, Pest, 169.

<sup>316</sup> Eberhard-Metzger/ Ries, Verkannt und heimtückisch, 60; Eckart, Geschichte der Medizin, 68-69.

Mailand erbaute „Lazaretto“ als ideales Vorbild galt. Mehrfach für andere größere Projekte rezipiert, erfüllte sein Plan die wichtigsten Kriterien: ein Belüftungssystem zur Vertreibung des Miasmas aus den Krankensälen, große Sicherheitsabstände zwischen den Gebäuden der Erkrankten und des Pflegepersonals zur Kontaktvermeidung und eine umlaufende fortifikatorische Sicherung zur Fluchtverhinderung der Kranken.<sup>317</sup>

## 2.2.3 Schutzmaßnahmen gegen die Einschleppung von Seuchen

### 2.2.3.1 Die Einführung der Anzeigepflicht

Die Anzeigepflicht bei Ausbruch einer Seuche galt als sinnvollste Maßnahme zur Abwehr einer Epidemie.

Bayern, das durch Einschleppung von Seuchen einen Bevölkerungsverlust von bis zu 50% erlitten hatte, legte auf Vorsorgemaßnahmen besonderes Augenmerk. Die bayerische Landesregierung beauftragte im März 1618 ihre Diplomaten, ausländische Epidemieverläufe zu melden. Ab den 1630er Jahren setzte vermutlich eine verstärkte Seuchenkontrolle auf dem Land ein, denn 1634 wurden Hof- und Kammerräte wegen unzureichender Meldungen offen getadelt. In der Stadt München bestand während Pestepidemien die Vorschrift, wöchentliche Verstorbenenlisten anzufertigen. Unter Kurfürst Maximilian I. (reg. 1597-1651) wurde am 4. September 1649 ein Contagions-Rat eingerichtet, der die Berichterstattung überwachte und eine Registratur führte. Die Begutachtung der aus allen Landesteilen einlaufenden Berichte übernahm das am 27. November 1673 als Zentralstelle gegründete *Officium sanitatis*. Im Jahre 1682 erging der Befehl, Statistiken über Leprosenhäuser anzufertigen. Wiederholungen des Befehls erfolgten in den Jahren 1687, 1754 und 1782.<sup>318</sup> Ein Edikt zur Anzeigepflicht ansteckender Krankheiten, nach dem alle Ärzte und Wundärzte zur Meldung der besonders ansteckenden Krankheiten an den Bezirksarzt verpflichtet wurden, erfolgte am 8. September 1808.<sup>319</sup>

In Baden erging für eine gezielte und umfassende Kontrolle am 15. September 1770 ein Reskript an das Oberamt und Land-Physikat Karlsruhe. Der Landphysikus wurde darin

<sup>317</sup> Vasold, *Pest*, 100; Dettke, *Die asiatische Hydra*, 178; Wilderotter, *Das große Sterben*, 38, 42-43; Eckart, *Öffentliches Gesundheitswesen (im Erscheinen)*: Später dienten die Pesthäuser oft als Lazarette zur Absonderung von Pocken- oder Cholerakranken. In Berlin beispielsweise wurde das ursprüngliche Pesthaus 1727 zum preußischen Staatskrankenhaus umgewidmet und diente ab 1831 als Lazarett zur Absonderung von Pockenkranken.

<sup>318</sup> Hoffmeister, *Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern*, 97, 114-116.

<sup>319</sup> Wiener, *Die Medizinal-Gesetzgebung in Bayern und Sachsen*, II, 2: 312.

angewiesen, sich mindestens vierteljährlich einmal in jedem Ort bei Pfarrern, Gemeindevorstehern, Hebammen und Barbieren nach Kranken zu erkundigen. Er hatte sich durch Krankenbesuche zu überzeugen, ob „Epidemien einfielen [...] und bei Seuchen die Orte wochentlich mehrmalen [zu] besuchen [und] ein Tagbuch pflichtmässig [zu] halten“. Seine Aufzeichnungen waren dem Fürstlichen Hofrats-Collegio vorzulegen.<sup>320</sup> Umgekehrt wurden Pfarrer und Ortsvorgesetzte verpflichtet, den Physikaten Epidemien anzuzeigen. Erste Verordnungen stammen vom 10. Oktober 1767 und 22. April 1772. Eine Zentralisierung fand durch Gesetze vom 13. Dezember 1775 und 22. April 1776 statt, nach denen die Physikate alle Berichte an ihre übergeordneten Dienststellen weiterzuleiten hatten.<sup>321</sup>

### **2.2.3.2 Restriktionen im Personen- und Warenverkehr**

Restriktionen im Personen- und Warenverkehr deuteten immer auf eine erhöhte Seuchengefahr hin. Als strengstes Schutzmittel gegen die Einschleppungsgefahr von Seuchen galt der Bann, der jeglichen Waren- und Personenverkehr aus verseuchten Gebieten unterband. Handelssperren waren mit großen Verlusten für alle Handeltreibenden verbunden und gefährdeten vor allem die Versorgung von Städten und Gemeinden. Um wirtschaftliche Notlagen zu vermeiden und gleichzeitig gesundheitlichen Schutz zu gewährleisten, wurden für Reisende Gesundheitspässe eingeführt.

Einige Beispiele bestätigen die Verschränkung von Seuchenausbrüchen und verschärfenden Schutzmaßnahmen: Während einer Pestepidemie in Ungarn 1613 wurden in Bayern am 5. und 24. September Verfügungen getroffen, die bei Missachtung die Todesstrafe androhten. Danach durften Wein- und Getreidehändler nur mit Bescheinigungen die Grenze passieren. Auf den Donauschiffen wurde nach Grenzüberletzung das Personal ausgewechselt. Flachs und Hanf musste vor der Einfuhr gelüftet und beraucht werden. Der Handel mit Bettfedern wurde abgeschafft. Aus den Jahren 1691 und 1710 stammende ähnliche Mandate sollten erneut vor den in Ungarn, Polen und Preußen herrschenden Pestepidemien schützen.

In Preußen wurden 1710 Gesundheitspässe eingeführt, mit denen jeder Reisende nachweisen musste, dass er aus einer seuchenfreien Gegend kam und sich in einem bestimmten Zeitraum, der zwischen drei Wochen und drei Monaten liegen konnte, in einem unverseuchten Gebiet aufgehalten hatte. Umgekehrt war vom Fränkischen Kreis-Konvent in Nürnberg

<sup>320</sup> Gerstlacher, Sammlung aller Baden-Durlachischen, 518-521.

<sup>321</sup> Stiefel, Karl: Baden 1648-1952, Bd. II. Karlsruhe 1977, hier 1286.

bereits mit einer Verordnung vom 12. November 1708 versucht worden, die Stadt vor Personen abzusichern, die aus dem unter Seuchenverdacht stehenden „Preussen, Brandenburg, Sachsen, Schlesien und anderen angränzenden Orten“ kamen.<sup>322</sup>

Als 1721 in Frankreich eine größere Pestepidemie herrschte, wurden von verschiedenen Regierungen Handelseinschränkungen verhängt. In Bayern verlangte man mit Verordnung vom 14. Juni 1721 Gesundheitsatteste von Personen, die aus Frankreich einreisten. Auch der Kurfürst von Sachsen erließ am 10. Oktober 1721 ein „Mandat wegen der in dem Königreiche Franckreich sich je mehr und mehr ausbreitenden Contagion und derer, dagegen anbefohlenen Anstanten“. Ebenso hatte der preußische König gegen Frankreich ein Handelsverbot verhängt.<sup>323</sup>

### 2.2.3.3 Quarantäne und Kordone

Ab dem 17. Jahrhundert dienten an Grenzen und in Häfen errichtete Quarantäne-Lazarette oder Kordone mit Kontumaz-Häusern der Vorbeugung von Seucheneinschleppung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Handels und der Lebensmittelversorgung. Vorbilder für die Verhängung von Quarantäne und der entsprechenden Sicherungsmaßnahmen waren die in den Städten Venedig, Ragusa und Marseille im 14. Jahrhundert entwickelten Schutzeinrichtungen, die auch die Begriffe „Quarantäne“ und „Lazarett“ prägten: Für ankommende Schiffe wurden zum Anlaufen von Häfen bestimmte Zertifikate vorgeschrieben, wobei Venedig grundsätzlich eine Isolierung verhängte. Bevor Personen und Waren aus pestverseuchten oder pestverdächtigen Gegenden in die Städte eingelassen wurden, internierte und beobachtete man sie auf einer Insel vor der Stadt. Die Waren wurden gelüftet, später gewaschen oder geräuchert. Bei Bestätigung des Verdachts war die kranke Person isoliert und ihre mitgeführten Waren verbrannte man.

Ursprünglich ordnete Venedig wohl 1374 erstmals eine Isolation von Pestkranken von dreißig Tagen (*trentana*) an. Dieser Maßnahme folgte 1377 Ragusa, und 1384 Marseille, wo jedoch eine Absonderung von vierzig Tagen (*quaranta*) vorgeschrieben wurde. Daraus leitete sich das heute noch gebräuchliche Wort „Quarantäne“ ab. Der Begriff „Lazarett“ stammt aus Venedig und ist durch Sprachveränderungen aus der Bezeichnung „Nazaretum“ für die Isolierstation für Pestkranke entstanden, die dort 1403 auf einer kleinen Insel in der Lagune eingerichtet und nach dem Kloster Santa Maria de Nazareth benannt wurde. Die zunächst nur als

<sup>322</sup> Vasold, Pest, 166; Wilderotter, Das große Sterben, 34, 38-39, 132.

<sup>323</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 96, 101.

vorübergehend eingerichtete Institution baute man 1423 zur Dauereinrichtung aus, die Pestkranke und -verdächtige aus der Stadt und aus anderen Gegenden aufnahm.<sup>324</sup>

Die Quarantäne-Einrichtungen galten als sicherste Seuchenabwehr für alle Mittelmeerhäfen, weshalb diese Art von Schutz von den mitteleuropäischen Staaten auch für Landesgrenzen übernommen wurde. So bemühte sich beispielsweise Preußen seit 1707 zunehmend um vorbeugende Maßnahmen gegen die Einschleppung der Pest aus Osteuropa. Zur Unterbindung des Personenverkehrs wurden an der östlichen Grenze die Wachen verstärkt und Pestsperrn aus Zäunen und Palisaden errichtet. Eine verschärfende Verordnung von König Friedrich I. (reg. 1688-1713) vom 1. August 1710 kündigte bei unerlaubtem Übertreten der Pestsperrn die Todesstrafe durch Erhängen an. Als 1770 erneut eine Epidemiegefahr aus verseuchten Gebieten Polens drohte, wurde entlang des Flusses Netze ein Kordon errichtet und Reisende und Waren einer strengen Quarantäne unterzogen. Zusätzlich waren laut Befehl Friedrichs II. (reg. 1740-1786) vom 29. August sämtliche Brücken zu zerstören sowie Tafeln und Galgen zur Warnung aufzustellen, um auch alle illegalen Umgehungsversuche zu verhindern.<sup>325</sup>

Bayern schützte sich in ähnlicher Weise gegen die Gefahr der Einschleppung von Krankheiten und Epidemien aus den östlichen Balkanländern, Österreich, Ungarn, Böhmen und Polen, aber auch von Westen her aus Frankreich. Wie aus Verordnungen ab 1613 bekannt, wurde der Handel mit Geschäftspartnern in infizierten Ortschaften einem Totschlag gleichgestellt und mit Todesstrafe geahndet. Einer sechswöchigen Quarantäne hatten sich Einreisende aus Frankreich nach einer Vorschrift vom 14. Juni 1721 zu unterziehen, wenn sie keinen adequaden Gesundheitsnachweis erbringen konnten.<sup>326</sup>

Den aufwendigsten Pest-Kordon mit einer Länge von 1.900 km und einer Breite von 20 bis 40 km errichtete Österreich entlang der Militärgrenze im Südosten gegen das osmanische Reich in den Jahren von 1740 bis 1770. Dieser Pest-Gürtel wurde je nach Einschätzung der Gefahr von 4.000 bis zu 11.000 Wachtposten kontrolliert. Alle Einreisenden mussten sich an der Grenze Befragungen, Untersuchungen und einer Quarantäne unterziehen. Die Aufenthaltsdauer in den Quarantäne-Stationen, die übrigens dem Modell des Mailänder „Lazaretto“ entsprachen, konnte ebenfalls je nach Alarm- bzw. Gefahrenstufe bis auf 84 Tage ausgedehnt werden. Erst 1785 wurde die Isolierungszeit auf höchstens 21 Tage verkürzt. Kleidungsstücke wurden durch mehrmaliges Waschen gereinigt. Waren, Briefe und Geld räucherte man mit Schwefel- oder Chlordämpfen oder legte sie in Essigwasser. Diese umfassenden Maßnahmen

<sup>324</sup> Vasold, Pest, 98; Wilderotter, Das große Sterben, 39-40; Eckart, Geschichte der Medizin, 68.

<sup>325</sup> Vasold, Pest, 172.

<sup>326</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 96, 101.

schränkten den Handel erheblich ein. Händler und Grenzbevölkerung erlebten Einbußen von schätzungsweise 20.000 bis 30.000 Gulden jährlich.<sup>327</sup>

### 3 Resümee

Besonders im Mittelalter waren die Menschen den stetig wiederkehrenden krankheit- und todbringenden „Pestilenzen“ und „hitzigen Fiebern“ vollkommen hilflos ausgeliefert. Zur Abwehr gegen die Einschleppung von außen und gegen die Verbreitung im Innern der Städte wurden Schutzvorkehrungen entwickelt. Zahlreiche „gemeingefährliche“ Infektionskrankheiten blieben bis Ende des 19. Jahrhunderts größtenteils unerforscht und bedeuteten eine Bedrohung für die Bevölkerung Europas. Dazu gehörten unter anderen der Aussatz (Lepra), die asiatische Cholera, das Fleckfieber (Flecktyphus), das Gelbfieber, die Pest und die Pocken.

Die großen Seuchen wurden durch den Handels- und Personenverkehr oder durch Entdeckungsreisen, vor allem aber durch umherziehende erkrankte Soldaten verbreitet. Mit den zunehmenden Kriegen ab dem 16. Jahrhundert erhöhte sich gleichzeitig die Seuchengefahr. Beispiele hoher Verluste an Menschenleben, sowohl bei Soldaten, als auch der Zivilbevölkerung während des 30-jährigen und Siebenjährigen Krieges oder der napoleonischen Feldzüge belegen diese wechselseitige leidvolle Verknüpfung.

Da zunächst weder die Herkunft der verschiedenen Infektionskrankheiten noch ihre Übertragungsmechanismen bekannt waren, deutete man Seuchen als Gottesstrafe oder bezichtigte Minderheiten, wie Juden, der Quellen- und Brunnenvergiftung. Vage Erklärungen von verdorbener Luft oder miasmatischen Dämpfen kursierten ab Mitte des 14. Jahrhunderts. Eine Ansteckung durch spezifische Keime, Kontagien, die durch Berührung und Einatmung die Krankheit auf besonders disponierte Menschen übertrugen, beschrieb 1546 erstmals Girolamo Fracastoro. Zum Schutz vor dem „Pesthauch“ kamen in Ermangelung jeglicher ärztlichen Hilfe lediglich Ausräucherungen, Riechstoffe und Diäten zur Anwendung. Umso eindringlicher aber wurde zu Gott gefälliger Lebensweise und zum Bitten um Verschonung gemahnt, wie die vielerorts noch heute erhaltenen zahlreichen Kunstgegenstände veranschaulichen.

Erste nach der großen Pestepidemie, dem „Schwarzen Tod“, Mitte des 14. Jahrhunderts in Florenz und Venedig entwickelte Schutzmaßnahmen gegen Seuchen wurden bald auch von deutschen Städten übernommen. Zur Seuchenverhütung wurden Verordnungen be-

---

<sup>327</sup> Wilderotter, Das große Sterben, 34-35.

sonders für die Reinhaltung des Trinkwassers und die Abfuhr des Abfalls von Schlächtereien und handwerklichen Betrieben getroffen. Gegen die Seuchenverbreitung sorgten Isolierungsbestimmungen für Erkrankte und Anweisungen für Ärzte und Apotheker während Pestzeiten.

Die ersten gesetzlichen Maßnahmen erließ Basel um 1400. Ein frühes bayerisches Seuchenmandat von 1592 verwies nicht nur auf eine sorgfältige Wohnungs- und Kleiderreinigung, sondern auch ausdrücklich auf einen frommen Lebenswandel. Noch etwa hundert Jahre später, 1709, suchte der preußische König Friedrich I. die Pest mit der Einführung eines Fasten-, Buß- und Bettags (am 16. Oktober) abzuwehren.

Schutzmaßnahmen zur Isolierung erkrankter Personen in Pesthäusern sind ab 1473 auf deutschem Boden bekannt. Ab Anfang des 17. Jahrhunderts galt vielerorts die Anzeigepflicht als vorbeugende Seuchenabwehr. In Bayern beispielsweise wurden ab 1618 Diplomaten, Beamten und städtischen Behörden zunehmend strengere Meldepflichten auferlegt, ein Kontagionsrat und eine Zentralstelle für die Registratur und Kontrolle gegründet (1649 bzw. 1673) und vor allem Ärzte und Wundärzte zur Meldung aller ansteckenden Krankheiten verpflichtet (1808). Ähnliche Kontrollsysteme gab es ab 1767 in Baden, wo dem Landphysikus vierteljährliche Ortsinspektionen zum Aufspüren von Seuchen befohlen wurden.

An Landesgrenzen und für die Binnenschifffahrt gab es bei drohender Gefahr besondere Schutzvorkehrungen. Der Handel mit bestimmten Waren wurde vorübergehend oder ganz verboten und Personen mussten Gesundheitspässe mit sich führen. Zu den strengsten Maßnahmen gehörten die von den Hafenstädten Venedig, Ragusa und Marseille übernommenen Quarantäne-Einrichtungen, die ab Anfang des 17. Jahrhunderts an den Grenzen der Binnenländer errichtet wurden. So etwa schützte sich der preußische Staat ab 1707 mit einer Befestigungsanlage und Quarantäne für Waren und Personen vor der Seucheneinschleppung aus dem Osten.

Keine dieser aufwendigen Maßnahmen war für einen verlässlichen prophylaktischen Seuchenschutz geeignet, so dass die einzigartige Vakzination von den deutschen Staaten ab Ende des 18. Jahrhunderts als aktive Immunisierung gegen die lebensbedrohlichen Menschenpocken umgehend eingesetzt wurde, wie im nächsten Kapitel beschrieben wird.

## IV Die Entwicklung gesetzlicher Strategien am Beispiel der Pockenbekämpfung

### 1 Zur Geschichte der Pockenschutzimpfung

#### 1.1 Die Inokulation der Pocken und ihre Einführung in Europa im 18. Jahrhundert

Bereits vor der Erfindung und Einführung von Impfungen wurde versucht, durch Einbringen infektiösen Materials in eine künstlich hervorgerufene Wunde eine Pockenerkrankung auszulösen. Aus Erfahrung wusste man, dass derjenige, der einmal die Pocken überstanden hatte, vor einer weiteren Erkrankung geschützt war. Für dieses Verfahren, als „Inokulation“, „Variolation“ oder „Blatternbelzen“ bezeichnet, dienten verschiedene bereits seit Jahrhunderten in China, Indien, Zentralafrika und Südeuropa bekannte Praktiken.<sup>328</sup>

So etwa war in China eine Methode gebräuchlich, mit der man den Krankheitskeim echter Menschenpocken auf Gesunde zu übertragen suchte, indem man ihnen Hemden von Pockenkranken überzog. Eine andere, häufig angewendete Praktik wurde mit pulverisiertem Schorf durchgeführt, den man mittels eines Metallröhrchens in die Nase einblies. Oder ein Baumwolltampon wurde mit angefeuchtetem Schorf getränkt und für sechs Stunden in die Nase eingebracht. In Indien setzte sich bei den Brahmanen durch, dass man in eingeritzten Hautstellen der Unterarme Pustelinhalt übertrug. Diese Methode, die in Tempeln der Pockengöttinnen Mariatale, Patragale und Takurani vollzogen wurde, erhielt sich vereinzelt bis in die Mitte des 20. Jahrhundert. Auch an der Westküste Afrikas praktizierten Mediziner diese „rituelle“ Art des „Einpfpens“.<sup>329</sup>

Anfang des 18. Jahrhunderts wurde die Inokulation der Pocken auch in Europa bekannt. Der griechische Arzt Timoni berichtete 1714 der Königlichen Gesellschaft der Wissenschaften in London von einer in Asien erfolgreich praktizierten Methode, bei der Blatternstoff von mild verlaufenen Pocken in eine künstlich verursachte Stichwunde eingebracht wurde. Einige Jahre später machte die Frau des britischen Botschafters Lady Mary Wortley Montagu die Methode nach ihrer Rückkehr in England bekannt. Sie hatte im März 1718 ihren Sohn in Konstantinopel impfen lassen. Bei Ausbruch der Pockenepidemie 1721 ließ sie an

<sup>328</sup> Helmstädter, Zur Geschichte, 19.

<sup>329</sup> Holländer, Eugen: Geschichte der Pocken und des Impfwesens. In: Lentz, Otto; Gins, Heinrich A. (Hg.): Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung. Berlin 1927, 225-240, hier 229.  
 Staenglen, Karl: Die Pockenimpfung in Vergangenheit und Gegenwart. Tuttingen 1946, hier 28.  
 Diepgen, Geschichte, 47-51; Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 60-61: Bei anderen Techniken, die aus der Schweiz und der Lombardei bekannt sind, wurde durch das Abschaben der Haut mit einem Taschenmesser oder durch ein vorher aufgebrachtes Pflaster eine Wundfläche erzeugt und in diese Pusteleiter eingerieben oder ein mit Pusteleiter getränkter Faden durchgezogen.

ihrer Tochter von einem englischen Arzt, der die Methode seit mehreren Jahren praktizierte, die Inokulation vornehmen. Ab 1722, inzwischen waren auch die beiden Kinder der Prinzessin von Wales geimpft worden, schöpfte man Vertrauen in die Variolation, so dass sie sich in aristokratischen Kreisen und bürgerlichen Oberschichten verbreitete.<sup>330</sup>

In dem Bericht eines Sekretärs der Royal Society of London wird bereits 1727 ausgeführt, dass das Risiko, an den Pocken zu sterben, für einen Geimpften mit 2:182, für einen Nicht-Geimpften dagegen mit 2:17 einzustufen sei.<sup>331</sup>

Während die Inokulation in England wohl eher angenommen wurde, verbreitete sie sich auf dem europäischen Kontinent nur zögernd. In den deutschen Staaten sind erste Impfungen seit 1720 aus Königsberg, Hannover, Kiel und Halle bekannt, wo sie von Ärzten empfohlen und praktiziert wurden.<sup>332</sup> In der Schweiz fand die erste Variolation 1745 statt. In Frankreich befürwortete man sie 1764 an der Pariser medizinischen Fakultät, in Russland ließ Katharina II. (reg. 1762-1796) sich und ihren Sohn impfen und in Wien setzte sich Kaiserin Maria Theresia von Österreich (reg. 1740-1780) für die Impfung ein, obwohl dieser Eingriff von der berühmten Wiener Schule abgelehnt wurde. Die Ablehnung resultierte im Wesentlichen aus Bedenken gegen die künstliche Erzeugung einer Pockeninfektion, die mit der großen Gefahr, eine Epidemie auszulösen, verbunden war.<sup>333</sup>

Der entscheidende Hinderungsgrund für eine breitere Anwendung der Variolation dürfte in den wirtschaftlichen Verhältnissen des überwiegenden Teils der Bevölkerung zu suchen sein. Die ärmliche soziale Lage gestattete weder die Durchführung von aufwendigen impfbegleitenden diätetischen Maßnahmen, noch waren zuverlässige Isolationen möglich. Somit blieb die Inokulation hauptsächlich auf die Oberschichten begrenzt. Wohlhabende Bürgerkreise, die sich der Aufklärung und dem Ideal der Selbstbestimmung verpflichtet fühlten, standen der Variolation äußerst positiv gegenüber. Doch auch im Bürgertum an einen weiter

---

<sup>330</sup> Holländer, Geschichte der Pocken, 230f.

Weigel, Dagmar: Die „Embassy Letters“ der Lady Mary Wortley Montagu. In: Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994, hier 35-41: Bevor die Prinzessin von Wales ihre Kinder impfen ließ, wurden im Beisein von 25 Ärzten und Chirurgen Impfversuche an sechs Gefangenen vorgenommen. Diese wurden nach erfolgreichem und komplikationslosen Verlauf begnadigt.

<sup>331</sup> Vasold, Pest, 184.

<sup>332</sup> Dworak, Sabine: Die Entwicklung des Impfwesens der Stadt Hamburg. Die Entwicklung der Pockenschutzimpfung von 1800 – 1940. Diss. med., Hamburg 1984, hier 23.

Maehle, Andreas-Holger: Inokulation in Deutschland im Zeitalter der Aufklärung. In: Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994, 42-51, hier 42-46.

Wolff, Einschneidende Maßnahmen, 103-104.

<sup>333</sup> Holländer, Geschichte der Pocken, 230-231; Staenglen, Die Pockenimpfung, 24.

Trüb, Paul C. L.; Posch, Josef; Richter, Karl-Heinz: Historische Studie über die Gesundheitsschäden nach Pockenschutzimpfungen. In: Med. Mschr. 26, 3 (1972), 118-121, hier 119.  
Vasold, Pest, 219.

verbreiteten Pockenschutz zu denken, blieb durch die teilweise schwerwiegenden Vorbehalte, selbst bei verbesserten Impftechniken, aussichtslos.<sup>334</sup>

Das Einimpfen der Menschenpocken wurde in Preußen übrigens erst 1835 durch die „Sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten“, unter Androhung einer Freiheitsstrafe von drei Monaten verboten.<sup>335</sup>

## 1.2 Die Vakzination und ihre Einführung in Deutschland ab 1799

Die Erfahrung, dass eine überstandene Infektion mit Kuhpocken Schutz vor Menschenpocken bot, bestand in bäuerlichen Kreisen schon seit längerem. Übertragungen von Kuhpocken, die Landwirte an ihren Familienmitglieder durchführten, um mit der harmlosen Infektion die weitaus gefährlicheren Menschenpocken zu verhüten, sind in Deutschland seit 1769 nachweisbar. In England war es der Wundarzt Nosh, der seit 1781 Kinder in Devonshire mit Kuhpocken impfte. Seine Ergebnisse veröffentlichte er jedoch nicht.<sup>336</sup>

Erst Edward Jenner verhalf diesem empirischen Wissen durch Versuche und Beweise zur weltweiten Anerkennung. Jenner, ausgebildeter Wundarzt, hatte mehr als zwanzig Jahre als praktizierender Landarzt in Berkeley, Gloucestershire, Gelegenheit gehabt, Erfahrungen über die Schutzkraft der Kuhpocken zu sammeln. Seine Beobachtung, dass Landarbeiter von den Pocken verschont blieben, wenn sie sich vorher mit Kuhpocken infiziert hatten, veranlasste ihn 1796 zu seinem ersten Impfxperiment. Er entnahm Sekret aus der Pustel einer an Kuhpocken infizierten Magd und impfte damit einen achtjährigen Jungen. Diesen infizierte er einige Wochen später zur Probe des vermuteten Schutzes mit echten Menschenpocken. Der Infektionsversuch blieb erfolglos und Jenner konnte erstmals die Immunität gegen die echten, oft tödlichen Menschenpocken nachweisen.

Jenner veröffentlichte 1798 seine Erkenntnisse unter dem Titel „An Inquiry into the Causes and Effects of Variolae Vaccinae“ in Eigeninitiative, nachdem die Royal Society diese Arbeit als Publikation zurückgehalten hatte.

Die von Jenner empfohlene Impfmethode, die nach seinen Angaben eine nur kurzdauernde, leichte und gefahrlose Erkrankung erzeugte, keine Ansteckungsgefahr für die Umge-

<sup>334</sup> Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 61; Maehle, Inokulation, 42-45; Wolff, Einschneidende Maßnahmen, 105-107.

<sup>335</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 109-110.

<sup>336</sup> Vasold, Pest, 221; Holländer, Geschichte der Pocken, 232; Trüb/ Posch/ Richter, Historische Studie, 120-122: 1769 machte Jobst Böser, Landwirt in der Göttinger Umgebung, auf die Schutzkraft aufmerksam. Impfungen wurden seit 1770 in Holstein und Jütland durchgeführt.

bung in sich barg und einen hohen Schutz gegen eine Pockeninfektion bot, erregte großes Aufsehen. Die kurzfristige Übersetzung seiner Publikation eröffnete den weltweiten Erfolg seines Impfverfahrens.<sup>337</sup>

Die deutsche Übersetzung des Hannoveraner Hofarztes Georg Friedrich Ballhorn (1772-1805)<sup>338</sup> erschien 1799 in dem von Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836)<sup>339</sup> herausgegebenen „Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“.<sup>340</sup> Gleichzeitig setzten die ersten Impfversuche ein: ab März in Wien, ab November in Hannover - hier wurde Impfstoff über die Verbindung des Königshauses mit dem englischen Hof bezogen -,<sup>341</sup> in Preußen und Bayern.<sup>342</sup> Schon im Juni 1800 wurde in Berlin eine Impfschule zur praktischen Unterweisung in der Impftechnik für Berliner Ärzte etabliert.<sup>343</sup>

### 1.3 Erste staatliche Maßnahmen zur Vakzination ab 1800

Zunächst hatten sich die Ärzte der Impfaufgabe angenommen. Bald erkannten auch die Landesfürsten die bevölkerungspolitisch hochgradige Nützlichkeit von Impfungen, die als wirksame Einrichtung zur Seuchenverhütung und Erhaltung der Volksgesundheit dienen konnte. In den Jahren 1785 und 1786, 1789 bis 1791 und 1795 bis 1800 hatten Pockenepidemien in Deutschland besonders heftig gewütet und eine hohe Zahl an Todesopfern, nach Schätzungen

---

<sup>337</sup> Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 60-62; Trüb/ Posch/ Richter, Historische Studie, 121.

<sup>338</sup> Georg Friedrich Ballhorn studierte in Göttingen Medizin. Ab 1794 hielt er dort Vorlesungen, wurde Armen- und Leibarzt. Veröffentlichung: „Über Deklamation, in medizinischer und diätetischer Hinsicht“ (1802). DBE 1995, 1, 278.

<sup>339</sup> Christoph Wilhelm Hufeland studierte von 1780 bis 1883 in Jena und Göttingen Medizin, war bis 1793 Landarzt und wurde danach Hofarzt in Weimar, wo er Kontakte mit Goethe, Schiller, Wieland und Herder pflegte. Von 1793 bis 1801 war er Professor an der Universität Jena. Ab 1795 gab er das „Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“ heraus (seit 1808 „Journal für practische Heilkunde“). Bis 1843 erschienen 96 Bände. Hufeland wurde 1790 Mitglied in der Akademie der Naturforscher Leopoldina. 1796 veröffentlichte er „Makrobiotik oder Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“. Außerdem gab er verschiedene populär-medizinische Schriften heraus. An der Berliner Charité war er als Erster Arzt sowie Leibarzt am preußischen Hof tätig und gehörte dem Collegium medico-chirurgicum an. Er förderte das Berliner Armenwesen und die Einführung der Jenner'schen Kuhpockenimpfung. Auf seine Initiative wurde 1802 in Berlin eine Impfanstalt eingerichtet. 1806 begleitete er die königliche Familie nach Königsberg und kehrte 1809 nach Berlin zurück. Danach folgten verschiedene Publikationen über die Pathogenie und den Einfluss der Lebenskraft auf Entstehung und Form der Krankheiten. DBE 1997, 5, 215.

<sup>340</sup> Frick, Karl: Zur Geschichte der ersten Schutzpocken-Impfungen im Rheinland. In: Sudhoff's Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 43 (1959), 276-278, hier 277.

<sup>341</sup> Kübler, Geschichte, 177.

<sup>342</sup> Wischhöfer, Bettina: Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft in der Aufklärung. Das Beispiel Lippe 1750 – 1830. Frankfurt 1991, hier 320.

<sup>343</sup> Gins, Heinrich A. (Hg.): Aus der Zeit der Einführung des Jennerschen Schutzimpfungsverfahrens in Preußen. In: Arch. F. Gesch. Math. Nat.-Wiss. u. Technik 2 (1928), 80-87.  
Herrlich, Die Pockenschutzimpfung 62; Stein, Die Pockenvakzination, 1081.

jährlich mehr als 60.000, gefordert.<sup>344</sup> War 1792 noch ein Programm der „Ausrottungsimpfung“ zum Einhalt der beträchtlichen Verluste an Menschenleben als undurchführbar erachtet worden, versprach nun, ein Jahrzehnt später, die sehr viel weniger problematische Impfmethode von Jenner die Realisierung eines solchen Konzeptes. Allerdings setzte ein Vorhaben im Sinne der Gesundheitsvorsorge die allgemeine flächendeckende lückenlose und konsequente kontinuierliche Durchimpfung der gesamten Bevölkerung voraus - eine komplexe Aufgabe, die nur mit staatlichen gesetzlichen Anordnungen zu leisten war.<sup>345</sup>

Die Medizialbehörden der Regierungen aller größeren deutschen Staaten hatten außerordentliches Interesse an der neuen Impfmethode. Dies zeigte sich in ihrer großen Bereitschaft zur Förderung der Impfung und der noch im Jahre 1800 beginnenden Etablierung der ersten Impfinstitute. Durch sie waren umfangreiche Testversuche, ihre Dokumentation und Auswertung möglich, die als Grundlage für spätere umfangreichere Impfmaßnahmen dienen sollten. Die Impfungen der ersten Monate erbrachten bei komplikationslosen Impfverläufen und nur geringen Nebenwirkungen günstige Resultate, so dass die überprüfenden Medizinalbehörden von der Impfmethode überzeugt werden konnten. Deshalb entschlossen sich die meisten Landesherren zur Planung von groß angelegten, staatlich organisierten und gesetzlich geregelten Impfprogrammen.<sup>346</sup>

## **1.4 Die Impfantwicklung ab 1800: erste Bedenken, Probleme und Widerstände**

### **1.4.1 Die Impfkritik des Marcus Herz (1747-1803)**

Der Philosoph und Wissenschaftler Marcus Herz<sup>347</sup> äußerte sich bereits 1801 als einer der Ersten besonders kritisch über die sich ab 1798 in bemerkenswerter Geschwindigkeit nahezu allorts verbreitenden massenhaften Impfkaktivität. Die Jenner'schen Erfahrungen erkannte er zunächst an. Seine Besorgnis galt der Impfmethode. Sie löste zwar nur eine als relativ harm-

<sup>344</sup> Kübler, Geschichte, 99; Wolff, Einschneidende Maßnahmen, 11, 101.

<sup>345</sup> Kübler, Geschichte, 179; Maehle, Inokulation, 48-49.

<sup>346</sup> Münch, Gesundheitswesen, 228.

<sup>347</sup> Markus (Naphtali) Herz studierte nach kaufmännischer Lehre ab 1766 Philosophie bei Kant in Königsberg. 1770 kehrte er nach Berlin zurück. Dort gehörte er dem Kreis der jüdischen Aufklärer um Moses Mendelssohn an. Für sein Medizinstudium ging er nach Halle, promovierte 1774 und wurde Arzt am neugegründeten jüdischen Krankenhaus in Berlin. Herz wurde von Friedrich Wilhelm II. (reg. 1786-1797) zum Hofrat und Leibarzt ernannt und 1787 zum Professor der Philosophie berufen. Er gab philosophische Privatvorlesungen u. a. zum Thema: „Versuch über den Geschmack und die Ursachen seiner Verschiedenheit“ (1776). DBE (1996), 4, 658.

los eingestufte künstliche Infektion aus, doch handelte es sich um ein noch völlig unbekanntes Verfahren, das jeglicher wissenschaftlichen Grundlage entbehrte und sich nur auf empirische Schlüsse stützte.<sup>348</sup> Den von Jenner unternommenen Menschenversuch stufte er als heikel und lebensbedrohlich ein.<sup>349</sup> Für breit angelegte Massenimpfungen waren diese „Menschenversuche“ in ihren Auswirkungen nicht abschätzbar und entsprachen nach Auffassung von Herz auch nicht der ärztlichen Ethik. Er betrachtete die Zeitspanne von nur drei Jahren als zu kurz, um mögliche Beeinträchtigungen herausfinden zu können. Keinesfalls rechtfertigten sie weder die seit 1798 durchgeführten zahlreichen Impfungen, noch ein Impfprogramm, dem, wie geplant, eine ganze Bevölkerung ausgesetzt und dem Einzelnen das Recht zur freien Entscheidung für die Impfung vorenthalten werden sollte. Herz forderte deshalb die „objektive“ Veröffentlichung von Erfolgen und Misserfolgen als Kontrolle durch die Allgemeinheit, die gleichzeitig die Mahnung an die offiziellen Stellen implizierte, gesetzliche Regelungen erst nach sorgfältiger Prüfung vorzunehmen.<sup>350</sup>

Die kritische Beurteilung von Marcus Herz verminderte zwar die hohe Impfkaktivität nicht, führte aber doch dazu, dass der preußische König Friedrich Wilhelm III. (reg. 1797-1840) am 11. Juli 1801 befahl, die Nützlichkeit der neuen Impfmethode mit Kuhpocken durch mehrjährige Impfversuche zu überprüfen und die Öffentlichkeit zu unterrichten.<sup>351</sup> Die positive Bewertung von 7.445 Impfversuchen erschien 1802 in „Hufeland’s Journal der praktischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“.<sup>352</sup>

## 1.4.2 Die unerwarteten Impfprobleme ab 1813

Wie richtig Marcus Herz die Impfsituation eingeschätzt hatte und wie hoch die staatliche Verantwortung anzusetzen war, offenbarte sich einige Jahre später: Grundsätzlich war man bei der Planung von Impfprogrammen von einer einmaligen Impfung ausgegangen, von der ein

<sup>348</sup> Münch, Gesundheitswesen, 261: Herz veröffentlichte 1801 in „Hufeland’s Journal der praktischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“ einen Artikel „Über die Brutalimpfung und deren Vergleichung mit der humanen, an den Dr. Dohmeyer, Leibarzt des Prinzen August von England...“.

<sup>349</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 175: Dieser „Menschenversuch“ Jenners, der „wissentlich seinen jungen Probanden einer lebensbedrohlichen Gefahr“ aussetzte, ist trotz des weltweit durchschlagenden Erfolgs als kritisch zu betrachten.

Humm, Geschichte, 9-10; Maehle, Präventivmedizin, 19-20; Wolff, Einschneidende Maßnahmen, 109.

<sup>350</sup> Münch, Gesundheitswesen, 231-232.

<sup>351</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1818), 607-610; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 100.

<sup>352</sup> Heinsdorf, Juliane: Ein Geschenk Gottes. Propagierung der Impfung im Dienste Medizinischer Volksaufklärung. In: Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994, 60-70, hier 64-65.

Münch, Gesundheitswesen, 230.

lebenslanger Schutz gegen Pocken für Neugeborene und Erwachsene erwartet wurde. Nach etwa fünfzehnjähriger Impfpraxis verdichtete sich zunehmend der Verdacht von der nachlassenden Wirksamkeit der Pockenschutzimpfung.<sup>353</sup> Ab etwa 1813 wurden häufiger Nebenwirkungen bei Impfungen, und ab etwa 1818 vermehrt atypische Verläufe von Pockenerkrankungen beobachtet. Besonders beunruhigend wirkten Pockenfälle, die bei bereits Geimpften auftraten. Bestätigt wurde der Befund vom allmählichen Nachlassen des Impfschutzes, als 1833 in Danzig Pockenerkrankungen bei bereits Vakzinierten eindeutig nachgewiesen wurden.<sup>354</sup>

Die Gründe für den nachlassenden Impfschutz waren vielfältig. Als offenkundiger Mangel, der in relativ kurzer Zeit behoben werden konnte, stellte sich beispielsweise eine fehlerhafte Impftechnik bei Nicht-Ärzten heraus. Aufgrund der anfänglichen Begeisterung für die Impfung und der allgemeinen Aufforderung zur möglichst raschen Verbreitung fühlten sich viele Geistliche, Lehrer und Barbieri geradezu berufen, auch ohne fachgerechte Unterweisung Impfungen an Kindern vorzunehmen. Diese übereifrige, oft unprofessionelle Impftätigkeit konnte erst mit gesetzlichen Maßnahmen, nach denen nur noch Ärzte und Wundärzte impfen durften, unterbunden werden. Andere Mängel lagen in persönlichen oder technischen Problemen begründet und bedurften zur Lösung eines längeren Zeitraums. Dazu zählte die Verweigerung von Eltern, ihr Kind zur Abimpfung zur Verfügung zu stellen. Die Folge war ein ständiger Impfstoffmangel, so dass von Impfinstituten zusätzlich Lymphe angefordert werden musste. Oft war diese jedoch von minderwertiger Qualität und führte zu unbefriedigenden Impfergebnissen, weil sie wegen fehlerhaften Konservierens oder Transports an Güte bzw. Wirkung eingebüßt hatte. Erst die längere praktische Erfahrung lehrte die zweckmäßige Handhabung zur Verhütung solcher Mängel. Auch dass sich nach übermäßig vielen Abimpfungen eine Degeneration der Lymphe einstellte, die ineffektive Impfungen zur Folge hatte, ist einem Mangel an Erfahrung zuzuschreiben. Das gravierendste Problem aber, das neben anderen Impfschäden und Nachfolgekrankheiten, wie Hautreizungen und Ausschlägen, Geschwüren und Lymphdrüsenentzündungen auftrat, war die Übertragung von Krankheiten. Besonders gefürchtet war die Überimpfung von Syphilis. Zur weitgehenden Vermeidung derartiger Übertragungsschäden richtete man wiederholt Appelle an die Ärzte und ermahnte sie zur gewissenhaften Ausübung der Impfung. Qualitätvolle Lymphe zur sofortigen Impfung bei Pockenausbrüchen bereitstellen zu können, wurde zur größten Herausforderung. Das ohnehin risikoreiche Abimpfen an Kindern wurde durch elterliche Einwände erschwert und eingeschränkt und genügend Lymphe von den nur spärlich vorhandenen pockenkranken Kühen in einem kurzen Zeitraum zu erhalten, erwies sich als aussichtslos. Erst durch jahrelange For-

---

<sup>353</sup> Kübler, Geschichte, 210-211, 222; Holländer, Geschichte der Pocken, 238.

<sup>354</sup> Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 63.

schung gelang es, dieses Problem zu lösen. Mit der Gewinnung der so genannten Retrovaccine stand ein vollwertiger Impfstoff zur Verfügung, der für effektive Vakzinationen sorgte und die Überimpfungsgefahr von Krankheiten weitgehend ausschloss.<sup>355</sup>

Leider konnten die Impfrisiken nicht vollständig beseitigt werden. Auch die Revakzinationen, die beim Auftreten von Epidemien vorgesehen wurden, trugen zu erhöhter Kritik bei und steigerten nur noch den Zweifel am Nutzen der Impfung. Neben der schwierigen organisatorischen Aufgabe, die gesamte nicht grundsätzlich bereitwillige Bevölkerung wenigstens einmal durchzuimpfen und zusätzliche ergänzende Revakzinierungsmaßnahmen zu treffen, hatten sich Ärzte und Landesregierungen der dauerhaften Kritik uneinsichtiger Impfgegner zu stellen, obwohl sich die Pockenschutzimpfung längst bewährt hatte und sich große Erfolge in der Pockenbekämpfung nachweisen ließen.<sup>356</sup>

### 1.4.3 Die Impfgegnerbewegung bis 1875 (Inkrafttreten des Reichsimpfgesetzes)

Impfgegner gab es, seit Impfungen durchgeführt wurden. Die Gegner der ersten Impfphase gehörten vorwiegend der ländlichen Bevölkerung an, die die Impfung aus religiösen, moralischen und wirtschaftlichen Gründen ablehnten. Als vordergründigstes Motiv galt die Vorstellung, dass die Impfung ein Eingriff in die göttliche Vorsehung sei, denn Krankheit wurde als solche gewertet und müsse ertragen werden.

Die Impfung wurde in bäuerlichen Kreisen auch oft verweigert, weil diese eine finanzielle Mehrbelastung nicht auf sich nehmen konnten oder wollten, oder weil sie Berührungangst vor einem akademisch gebildeten Arzt hatten. Allgemeines Misstrauen gegenüber neuen Behandlungsmethoden oder auch einfach nur eine gewisse Trägheit spielten ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Die Impfgegner, die sich ab etwa 1850 öffentlich zu Wort meldeten, traten mit konkreten nachweisbaren Gründen auf. Unregelmäßigkeiten im Impfverlauf, Impfnebenwirkungen oder die mögliche Überimpfung von Syphilis waren unbestrittene Tatsachen. Auch der nach einigen Jahren nachlassende Impfschutz war erwiesen. Die Ankündigung von Wiederimpfungen schürte geradezu die bestehenden Zweifel an der Wirksamkeit der Impfung und stellte

---

<sup>355</sup> Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 60-65; besonders 64: Da nur sehr selten originäre Kuhpocken zu finden waren, bemühten sich Ärzte verschiedener Impfinstitute in Deutschland (und besonders auch in Italien), humanisierte Lymphe auf das Rind zurückzuübertragen = Erzeugung der so genannten Retrovaccine.

Prinz, Praktische Abhandlung, 1-2; Kübler, Geschichte, 206, 213-222; Chalabäus, Die staatliche Impfanstalt, 7; Holländer, Geschichte der Pocken, 236; Otto, Geschichte, 13.

<sup>356</sup> Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 65.

den Nutzen der Impfung im Ganzen in Frage. Einzelne Ärzte und Laien sahen in der Vakzination eine unwirksame und hochgradige gesundheitsschädigende Maßnahme, gegen die sie öffentlich zu agitieren begannen. Mit emotionaler und polemischer Propaganda versuchten sie, sich mittels Flugschriften oder in öffentlichen Vorträgen bei der Bevölkerung Gehör zu verschaffen und diese zu verunsichern und von der Impfung abzuhalten. Je strikter sich staatliche indirekte und direkte Impfverpflichtungen gestalteten, umso kritischer und lauter artikulierten die Impfgegner ihre Einwände. Der erste und bekannteste unter ihnen war der Stuttgarter Arzt Carl Georg Gottlob Nittinger. Ab 1848 setzte er sich mit der Pockenschutzimpfung auseinander und befasste sich besonders mit der „Thermometrie“ und der „Meteorologie des menschlichen Leibes“. Seine Pockentheorie beruhte auf der Annahme, dass Pockenepidemien von klimatischen Verhältnissen abhängig seien und sich die Pocken eher in „Kältejahren“ ausbreiteten, in „Hitzejahren“ dagegen weniger häufig und heftig auftraten. Mit insgesamt 20 impfgegnerischen Kampfschriften und zahlreichen Vorträgen, in denen er über die „Jennerische Vergiftung“ sprach, beeinflusste er besonders das Impfverhalten der Württemberger Bevölkerung. Aus seiner Theorie entwickelte Nittinger besonders drei Thesen, die sich gegen die Impfung und das Württembergische Impfgesetz von 1818 richteten: 1. Die Impfung erscheine vor dem Tribunal der Vernunft als Unsinn, 2. die Impfung erscheine vor der Leuchte der Wissenschaft als traurige Illusion, 3. die Impfung erscheine vor der Geschichte der Menschheit als das größte Verbrechen, das seit 50 Jahren begangen worden sei.<sup>357</sup>

Ab 1869 bildeten sich in Leipzig, Stuttgart und Freiburg erste Impfgegner-Organisationen und ab 1874, nach Impfgesetzerlass, bewirkte die Gründung des ersten Anti-Impfvereins in Hamburg eine zunehmende Verbreitung der Impfgegnerschaft in ganz Deutschland.<sup>358</sup>

Besonders 1873 und 1874, im Vorfeld der Debatten um die reichseinheitliche Impfung, vermochte eine kleine Gruppe effizient agierender Impfgegner, die kontroverse Diskussion der gesetzlichen Impfpflicht auch in die Reichstagsverhandlungen hineinzutragen und die Abgeordneten in Befürworter und Gegner des Impfwangs zu spalten. Dennoch gelang nach heftigen Auseinandersetzungen am 16. März 1874 die Beschlussfassung für das Reichsimpfgesetz, das am 1. April 1875 in Kraft gesetzt wurde. Das Gesetz, das nicht nur die Impfung aller Kinder im Ablauf des auf ihr Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sondern im Besonderen eine Wiederholungsimpfung im zwölften Lebensjahr festlegte, entfachte bei Impfgegnern zunächst das Höchstmaß des bis dahin geleisteten Widerstandes. Nach 1875 wurde von Impfwidersachern, die sich in Impfgegnervereinen zusammenschlossen, wiederholt die Forderung nach der Aufhebung des Impfgesetzes gestellt (siehe Kapitel IX).

<sup>357</sup> Trüb/ Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, 72.

<sup>358</sup> Humm, Geschichte, 85-101; Helmstädter, Zur Geschichte, 19-20; Maehle, Präventivmedizin, 127.

## 1.5 Resümee

Die gefährliche Pockenerkrankung wurde seit Jahrhunderten in China, Indien und Zentralafrika durch verschiedene Inokulationspraktiken bekämpft. Die „Inokulation“ oder „Variolation“, d.h. die Impfung mit infektiösem Pockenmaterial, war 1714 auch in England von einem griechischen Arzt vorgestellt worden. Die praktische Einführung dieser Impfmethode jedoch ist auf die Botschaftergattin Lady Mary Wortley Montagu zurückzuführen, die 1721 zu Beginn einer Pockenepidemie auch ihr zweites Kind impfen ließ. Allerdings blieb die Variolation vornehmlich auf den europäischen Adel und die bürgerlichen Oberschichten beschränkt, da mit der Impfung kostspielige diätetische und strenge isolierende Maßnahmen wegen der hohen Infektions- und Epidemiegefahr verbunden waren.

Der englische Wund- und Landarzt Edward Jenner beschrieb in einer in aller Welt beachteten Veröffentlichung von 1798 eine sehr viel ungefährlichere Impfmethode, die Vakzination. Die Beobachtung, dass nach einer Infektion mit Kuhpocken ein vorbeugender Schutz gegen die lebensbedrohlichen Menschenpocken bestand, war in bäuerlichen Kreisen seit langem bekannt. Jenner hatte 1796 ein Experiment an einem achtjährigen Jungen vorgenommen. Er impfte diesen zuerst mit Kuhpocken, später mit Menschenpocken. Das Kind erkrankte nicht, so dass Jenner mit diesem - sehr gewagten Menschenversuch - die erste aktive Immunisierung gegen Menschenpocken beweisen konnte.

Die Vakzination, die nur einen leichten Krankheitsverlauf hervorrief und sonst mit keinerlei Komplikationen behaftet schien, wurde von deutschen Ärzten enthusiastisch begrüßt und umgehend praktiziert. Endlich konnte man der gefürchteten Seuche, von der besonders Kinder betroffen, schrecklich entstellt oder getötet wurden, Einhalt gebieten. Bei einer Sterberate von jährlich 25 bis 30% der Bevölkerung zeigten auch die Landesfürsten an dieser höchst nutzbringenden Präventivmaßnahme großes Interesse. Deshalb unterstützten sie ab 1800 mit ersten Verfügungen die Gründung von Impfinstituten zur Durchführung umfangreicherer Testimpfungen als Grundlage für spätere Impfprogramme. Um die Durchimpfung aller Einwohner zu realisieren, bedurfte es der Ausbildung zusätzlichen Impfpersonals, der behördlichen Organisation und besonders der Aufklärung der Bevölkerung. Vorbeugungsmaßnahmen zur Krankheitsverhütung widersprachen dem Verständnis und den Gepflogenheiten der vorwiegend ländlichen Bevölkerung. Nicht selten wurden die Impfungen trotz der Überzeugungsarbeit von Geistlichen und vielfältiger finanzieller Anreize abgelehnt. Als nach etwa 15-jähriger Impfpraxis vermehrt Pockeninfektionen auch bei bereits Geimpften auftraten und schließlich die Bestätigung erbracht war, dass die einmalige Impfung keinen lebenslangen

Schutz vor den Pocken bot, wurden zusätzliche Revakzinationen angeordnet. Nun wurden nicht nur Zweifel an der Impfung insgesamt genährt, sondern auch zunehmend die Furcht vor Nebenwirkungen und Krankheitsübertragungen, besonders der Syphilis. Ab den 1850er Jahren traten Impfgegner auf den Plan, die Angst und Unsicherheit verbreiteten und zur Impfverweigerung aufriefen. Doch es gelang ihnen nicht, die erfolgreiche, unumstritten segensreiche Impfung zu untergraben.

## **2 Vergleichende partikular-staatliche Impfrege­lungen in Preußen, Bayern, Baden und Sachsen**

### **2.1 Die Impfrege­lungen in Preußen**

#### **2.1.1 Die Pockenbekämpfung im 18. Jahrhundert**

Im 18. Jahrhundert starben in Preußen jährlich mehr als 40.000 Menschen an Pocken. Davon waren etwa zehn Prozent der Kinder unter zehn Jahren betroffen.<sup>359</sup> Während der Pockenepidemie 1786 in Berlin starben beispielsweise über 25% (= etwa 1000) Neugeborene.<sup>360</sup>

Offiziell bemühte sich ab 1764 das Ober-Collegium medicum et sanitatis, die oberste preußische Gesundheitsbehörde, um die Bekämpfung der Pocken. Während Pockenepidemien gab sie kleine Schriften mit diätetischen Empfehlungen und Verhaltensanleitungen für die Bevölkerung heraus. In den größeren Städten Preußens wurde die Inokulation praktiziert, wie etwa seit 1720 in Königsberg. Offiziell angeordnete Impfkationen jedoch fanden auch bei Epidemiegefahr nicht statt.<sup>361</sup>

Erstmals setzte sich Christian Wilhelm Juncker (1761-1800), der Professor für Medizin in Halle war, im Jahre 1792 für allgemeine Impfungen ein. Juncker hatte Berichte von Ärzten und Geistlichen aus verschiedenen deutschen Staaten gesammelt, um Aufschluss über die Erkrankungs- und Sterbezahlen zu erhalten. Als Impfarzt vertrat er energisch die Isolierung Pockenkranker und die Pockeninokulation und veröffentlichte zusammen mit Bernhard

---

<sup>359</sup> Kisskalt/ Stoppenbrink, Die Alterssterblichkeit, 487: In Königsberg starben von 1773 bis 1794 von 100 in einem Jahr geborenen Kindern mehr als 11, in einzelnen Jahrgängen sogar 15 Kinder vor Ablauf des zehnten Lebensjahres.

<sup>360</sup> Münch, Pocken zwischen Alltag, 71.

<sup>361</sup> Dworak, Die Entwicklung, 23; Maehle, Inokulation, 42-46; Wolff, Einschneidende Maßnahmen, 103-104.

Christoph Faust (1755-1842)<sup>362</sup> Gesundheitsratgeber, Berichte und Leitlinien. Juncker betrachtete die Inokulation als ein taugliches Mittel zur Ausrottung der Pocken. Er hatte 1792 ein Impfprogramm entwickelt, das vom Ober-Collegium medicum et sanitatis damals noch für eine undurchführbare „Schwärmerei“ gehalten wurde.<sup>363</sup> Fünf Jahre später, 1797 (noch vor Jenners Veröffentlichung) ließ der Leiter des Medizinalwesens, Friedrich Wilhelm Graf von Schulenburg-Kehnert (1742-1816), ein Gutachten erstellen, das dem König nachdrücklich die Durchführung kostenloser Impfungen nahe legte. Von der Impfung längst überzeugt, hatte König Friedrich Wilhelm III. bereits 1796 Impfeempfehlungen drucken lassen, die er allen Geistlichen übermitteln ließ mit der Aufforderung, die Gemeindemitglieder öffentlich zur Inokulation ihrer Kinder anzuhalten. Gleichzeitig wurde die Bevölkerung durch zahlreiche Schriften über die Impfung aufgeklärt.<sup>364</sup>

### 2.1.2 Die Einführung der Vakzination

Ab November 1799 nahm der Stadtphysikus Dr. Johann Carl Sybel (1775-1816) die ersten Vakzinationen in Brandenburg an der Havel vor. Als erste Ärzte in Berlin begannen Ernst Ludwig Heim (1747-1834)<sup>365</sup> im Dezember 1799 und Johann Immanuel Bremer (1745-1816)<sup>366</sup> im Juni 1800 zu impfen. Bremer richtete gleichzeitig eine Vakzinationsschule ein, in

---

<sup>362</sup> Bernhard Christoph Faust studierte in Kassel, Göttingen und Rinteln Medizin und war Landarzt bis zu seiner Berufung 1788 als Leibarzt und Hofrat der Fürstin Juliane von Schaumburg-Lippe in Bückeburg. Als typischer Arzt der Aufklärung hatte er sich zum Ziel gesetzt, die hygienische und diätetische Erziehung des Volkes zu verbreiten. Er veröffentlichte dazu einen „Gesundheitskatechismus“ für den Schul- und Hausgebrauch (1794 und 1830) mit 150.000 Exemplaren, der in mehrere Sprachen übersetzt wurde. Für die Pockenbekämpfung schlug er die Isolierung Kranker vor, propagierte die Inokulation und ab 1798 die Jenner'sche Impfmethode. In Bückeburg führte er das „Krengelfest“ für geimpfte Kinder ein, das noch heute gefeiert wird. Außerdem publizierte er verschiedene Arbeiten über medizinische Probleme auf gynäkologischen, sozialmedizinischen und chirurgischen Gebieten. DBE (1996), 3, 236; NDB (1961), 5, 33.

<sup>363</sup> Lentz, Die gesetzliche Regelung, 495; Maehle, Inokulation, 48.

<sup>364</sup> Münch, Gesundheitswesen, 227-229: von Kehnert wurde 1797 Leiter des Medizinalwesens. Seine Biographie zeichnet ihn als einen der fähigsten Staatsmänner des Königs aus: Zur Zeit der Impfregelungen war er Kabinettsminister (1791-1797). Er hatte im Siebenjährigen Krieg gedient, war 1767 Landrat in Salzwedel, 1771 Geheimer Etats-, Kriegs- und dirigierender Minister und Vizepräsident des Generaldirektoriums, 1782 Chef der Preußischen Seehandlung und 1790 Präsident des Oberkriegskollegiums geworden. Ab 1798 wurde er als Generalkontrollleur für die Finanzen verantwortlich und 1800 erhielt er das Amt des Generalpostmeisters. „Ruhe ist die erste Bürgerpflicht“ äußerte er als Gouverneur von Berlin 1806, wenige Tage nach der verlorenen Schlacht bei Jena und Auerstedt. DBE (1998), 9, 184.

<sup>365</sup> Heim studierte in Halle Medizin und promovierte 1772. 1776 übernahm er ein Physikat in Spandau, 1878 wurde er Kreisphysikus von Ost-Havelland, 1783 erhielt er den Titel als Hofrat und ging nach Berlin, wo er 1799 die erste Impfung mit Kuhpocken durchführte. 1822 wurde er in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina aufgenommen. DBE (1996), 4, 500.

<sup>366</sup> Kübler, Geschichte, 177-178; Stein, Die Pockenvakzination, 1081-1083; Münch, Gesundheitswesen, 230: Nachdem der Königliche Leibarzt Heim im Dezember 1799 und im Februar 1800 seine ersten Impfungen an drei Kindern des Stahlfabrikanten Voigt und an einer Bankierstochter vorgenommen hatte, ließ auch König Friedrich Wilhelm III. seinen jüngsten Sohn von ihm impfen.

der Berliner Ärzte in der praktischen Impftechnik unterwiesen wurden.<sup>367</sup> Ein Jahr später, am 11. Juli 1801, erschien auf Königlichen Spezialbefehl ein Zirkular zur Kuhpocken-Impfung: Die neue Impfmethode sollte auf ihre „Nützlichkeit oder Schädlichkeit“ von „einer unpartheiisch geprüften Erfahrung mehrerer Jahre“ und „stattgehabten Impfungsversuchen“ abhängig gemacht werden.<sup>368</sup> Die Resultate der nachfolgenden zahlreichen Impfungen wurden vom Königlich Preußischen Ober-Collegium medicum et sanitatis jeweils in „Hufeland's Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“ veröffentlicht. Am 2. Juni 1802 informierte ein Bericht über 7.445 erfolgreiche Impfversuche, die innerhalb von sechs Monaten durchgeführt worden waren, und erklärte die Impfung mit Kuhpockenlymphe als eine völlig gefahrlose Krankheit, die gegen Ansteckung der Menschenpocken schütze und bei den Geimpften keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinterlasse.<sup>369</sup>

Friedrich Wilhelm III. reagierte auf das Gutachten seiner Medizinalbehörde unverzüglich und veranlasste beim Militär Massenimpfungen, allerdings zunächst auf freiwilliger Basis.

Für Impfungen bei der Zivilbevölkerung ordnete er am 7. Juni 1802 die Einrichtung des „Königlichen Schutzpocken-Impfungs-Institutes“ im Berliner Friedrichs-Waisenhaus an, womit er per „Spezialbefehl“ den Stadtphysikus Georg (Gottfried) Adolph Welper (1762-1842) beauftragte.<sup>370</sup> Erster Impfarzt wurde Hofrat Johann Immanuel Bremer, der nach einem Reglement vom 19. Oktober 1802 im Impfinstitut jeden, besonders aber den Armen, an ein oder zwei Tagen wöchentlich kostenlose Impfungen anbieten sollte. Gleichzeitig sollte er Lymphhe sammeln, und deshalb die abzuimpfenden Kinder gründlich untersuchen, um das Übertragen von anderen Krankheitsstoffen zu vermeiden. Weitere Aufgaben Bremers waren, Lymphhe von pockenkranken Kühen zu beschaffen, Übertragungen und Abimpfungen an Kindern vorzunehmen, die Lymphhe sorgfältig aufzubewahren und sie auf Anforderung zu versenden, Impflisten zu führen und Statistiken zu erheben.<sup>371</sup>

Über die kostenlosen Impfungen im Friedrichs-Waisenhaus, die sonntags von 12 bis 14 Uhr stattfanden, wurde die Bevölkerung durch Anzeigen informiert, die Wirkung der Impfung erklärt und auf die Unbedenklichkeit hingewiesen. Außerdem verteilte man in hoher Aufla-

<sup>367</sup> Stein, Die Pockenvakzination, 1081.

<sup>368</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1818), 607-610; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 100.

<sup>369</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 101-102; Münch, Gesundheitswesen, 230.

<sup>370</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1818), 611-613; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 102; Münch, Gesundheitswesen, 233.

<sup>371</sup> Lentz, Die gesetzliche Regelung, 527; Münch, Gesundheitswesen, 233f.

genzahl gedruckte Impfaufforderungen und vergab Impfurkunden und wertvolle Medaillen als Impfanreize, um bei Ärzten und Predigern, bei Eltern und Kindern die Impftätigkeit bzw. die Impfbereitschaft zu steigern.<sup>372</sup>

Am 31. Oktober 1803 stellte ein Reglement „[...] die Beförderung der Schutzblatternimpfung [als] besonderes Augenmerk Unserer Staatsverwaltung“ fest und berichtete über 17.741 erfolgreiche Impfungen und 8.000 Ansteckungsversuche. Die Einschränkung von 1801, dass nur „approbierte Kreis-, Land- und Stadtchirurgen Versuche mit der Schutzpockenimpfung [mit] größter Vorsicht [...]“ vornehmen durften, wurde aufgehoben. Zur Bewältigung des Impfprogramms vor allem in ländlichen Regionen war ab jetzt auch den Chirurgen niedrigeren Grades, Landgeistlichen, Landschullehrern und Landhebammen das Impfen erlaubt.<sup>373</sup> Alle Impfberechtigten erhielten durch eine Deklaration und Erweiterung des Impfungsreglements vom 13. Oktober 1804 aber die Anweisung, keinesfalls Zwang auszuüben. Eltern sollten durch erklärende Unterweisung vom Nutzen der Impfung überzeugt werden und sich freiwillig für den Eingriff bei ihren Kindern entscheiden können.<sup>374</sup>

Bis 1804 wurde etwa ein Viertel der Neugeborenen (= 100.000 Impfungen) in Preußen geimpft.<sup>375</sup>

### 2.1.3 Staatliche Impfregelungen und die Situation der Pockenbekämpfung bis 1825

Trotz groß angelegter Impfpropaganda über mehrere Jahre mit Aufrufen und Ermahnungen an die Eltern blieb die Impfbereitschaft unbefriedigend, so dass strengere Regelungen getroffen wurden. Nachdem in Breslau die Zahl der Pockentoten wieder angestiegen war, ließ man ab 4. März 1806 die Impfung durch Polizeibehörden überwachen.<sup>376</sup> Für Armenkinder bedeutete

<sup>372</sup> Kübler, Geschichte, 180; Münch, Pocken zwischen Alltag, 73-75; Münch, Gesundheitswesen, 230-234: 1803 wurden bis zu 20.000, 1804 bis zu 50.000 Impfaufforderungen gedruckt. Ab 1805 prägte man verschiedene silberne Medaillen beim Berliner Medailleur Abramson, die die Impfung priesen und zum Beispiel den König von Preußen im Profil zeigten. Das Relief war von Christian Daniel Rauch (1777-1857) entworfen worden.

Rauch war einer der bedeutendsten Bildhauer des deutschen Klassizismus: Brockhaus Enzyklopädie (2006), 22, 544.

<sup>373</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1818), 614-617; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 100-103; Kübler, Geschichte, 179; Frevert, Krankheit, 69-74.

Huerkamp, Claudia: The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public. In: Journal of Contemporary History 20 (1985), 617-635, hier 623.

Stein, Die Pockenvakzination, 1081.

<sup>374</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1824), 617; Frevert, Krankheit, 72.

<sup>375</sup> Kübler, Geschichte, 179.

<sup>376</sup> Münch, Gesundheitswesen, 234.

diese Anordnung praktisch Impfwang, da das ärztliche Impfzeugnis als Voraussetzung für den Erhalt einer Unterstützung galt.<sup>377</sup> Eine weitere Verschärfung erfolgte am 9. April 1809 durch das Ober-Collegium medicum et sanitatis. Allen Medizinalpersonen wurden festgesetzte Tage vorgeschrieben, an denen sie unentgeltlich Impfungen durchzuführen hatten.<sup>378</sup>

In den Jahren von 1801 bis 1810 wurden in Preußen etwa 600.000 Menschen geimpft.<sup>379</sup> Trotzdem waren beispielsweise 1810 in Potsdam noch über 35.000 Kinder und Erwachsene ungeimpft geblieben, so dass immer wieder aufflammende und eingeschleppte Pockenerkrankungen zu Epidemien führten. Ein am 13. August 1810 erlassenes Ministerialreskript für die Mark Brandenburg schrieb erstmals Zwangsimpfungen bei einem Epidemieausbruch vor und ordnete Häusersperren sowie polizeiliche Meldung aller Pockenfälle an.<sup>380</sup>

Ab 1812 verdichteten sich die Aufforderungen und Anordnungen zur Pockenschutzimpfung in Berlin. Ab Januar musste für Kinder bei der Anmeldung zum Besuch öffentlicher Schulen ein Impfnachweis erbracht werden.<sup>381</sup> Im März, Juni und Oktober des gleichen Jahres informierten Amtsblätter ausführlicher über die Ansteckungsgefahr der Pocken und wiesen auf die Notwendigkeit der Reinigung, besonders bei Todesfällen, hin. In den östlichen Provinzen hatten sich Erkrankungsfälle gehäuft, nachdem die Pocken von durchziehenden Truppen eingeschleppt worden waren. Besonders Ärzte im Staatsdienst forderte man immer dringlicher zu Impfungen sowie zum Erstellen von Impftabellen und zum Bereithalten eines ständig verfügbaren Vorrats an Pockenlymphe auf.<sup>382</sup> Wiederholte Impfpfehlungen, Hinweise zu Laienimpfungen, Ermahnungen zum vollständigen und korrekten Ausfüllen der Impfberichte, auch mit Strafandrohungen, folgten und wiesen in den Jahren 1814 und 1815 Ärzte und andere „zur Schutz-Pockenimpfung qualifizierte Personen“ an, sich an das Impfinstitut zu wenden, falls Mangel an Lymphhe bestehe. In Aussicht gestellte Prämien bei Impfungen „besonders armer Kinder auf dem Lande“ bewirkten, dass 1816 in allen Provinzen insgesamt

---

<sup>377</sup> Frevert, *Krankheit*, 72: Die Impfgelühren lagen bei drei bis fünf Talern pro Impfung - eine relativ hohe Gebühr für Minderbemittelte. Arme erhielten die Impfung kostenlos. Nicht überall in Preußen gab es öffentliche Impfinstitute, wie in Berlin, in denen kostenlose Impfungen angeboten wurden.

<sup>378</sup> Augustin, *Die königlich preußische Medicinalverfassung* (1818), 621-625. Das medizinische Personal erhielt bestimmte Impfschädigungen aus staatlichen Mitteln.  
Stein, *Die Pockenvakzination*, 1081.

<sup>379</sup> Kübler, *Geschichte*, 179.

<sup>380</sup> Augustin, *Die königlich preußische Medicinalverfassung* (1818), 655-657; *Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt* (1888), 102, 107; Huerkamp, *The History*, 624; Stein, *Die Pockenvakzination*, 1081.

<sup>381</sup> Münch, *Gesundheitswesen*, 234.

<sup>382</sup> Lentz, *Die gesetzliche Regelung*, 500; Stein, *Die Pockenvakzination*, 1082; Münch, *Gesundheitswesen*, 234-235.

400.000 Impfungen durchgeführt wurden. Nach dieser Aktion waren jedoch immer noch die Hälfte der Kinder ungeimpft geblieben.<sup>383</sup>

Verschärfende Anordnungen von 1817 und 1818 vom neu gegründeten Königlichen Ministerium der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten<sup>384</sup> schrieben allen Ärzten die allgemeine Meldepflicht für Pockenranke vor.<sup>385</sup> Seit 1817 bestand in Potsdam bereits eine Erweiterung der Meldepflicht für Angehörige, Hauswirte und jeden, dem eine Pockenerkrankung bekannt war. Bei Missachtung sollte eine Geldstrafe von fünf Reichstalern oder eine entsprechende Gefängnisstrafe erhoben werden. Pockenverdächtige Reisende mussten vom Kreisphysikus beaufsichtigt werden. In Frankfurt (Oder) wurden die Kreise in Vakzinationszirkel eingeteilt, um den pockenfähigen Kinderbestand durch eine Kreisregistratur besser überwachen zu können.<sup>386</sup>

Zum Aufschluss der ab 1813 zunehmenden atypischen Pockenverläufe und der Häufung von Pockenerkrankungen bei bereits Geimpften ab 1818 benötigte man zusätzliche Daten. Ab 21. August 1819 mussten in Impftabellen auch die Impferfolge und Nachimpfungen aufgeführt werden. Wie ein „Publikandum“ des Ministeriums der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 24. September 1819 mitteilte, bemühte man sich um bessere Lympher zur Vermeidung unklarer und unkontrollierter Pockenverläufe und Impfergebnisse sowie der Überimpfung anderer Krankheiten. Ein Fall von Syphilisübertragung auf mehrere Personen, der durch unvorsichtiges Abimpfen bei einem infizierten Kind von einem Landwundarzt verursacht worden war, führte dazu, dass die großzügige Impferlaubnis für den erweiterten Personenkreis von 1803 zurückgenommen wurde. Alle Verantwortlichen erhielten die Anweisung, „das Impfgeschäft ausschließlich wissenschaftlich gebildeten, vorsichtigen und gewissenhaften Aerzten und Wundärzten anzuvertrauen“.<sup>387</sup>

Nach statistischen Angaben war der Anteil der Pockentoten an allen Todesfällen im Jahre 1810 auf 1% gegenüber 8% in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zurückgegangen.

<sup>383</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1818), 625; ebd. (1824), 124. Giel, Die Schutzpockenimpfung, 209; Kübler, Geschichte, 210-211.

<sup>384</sup> Eckart, Öffentliches Gesundheitswesen (im Erscheinen): Die frühere dem Innenministerium zugehörige Medizinalabteilung, die das seit 1808 bestehende Collegium medico-chirurgicum abgelöst hatte, ging 1817 in dem preußischen Ministerium der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten auf.

<sup>385</sup> Münch, Gesundheitswesen, 235.

<sup>386</sup> Lentz, Die gesetzliche Regelung, 500: Im Regierungsbezirk Merseburg mussten ab 1816 bei Erkrankungen die Häuser mit schwarzen Tafeln mit der Aufschrift „Hier ist ein Pockenkranker“ gekennzeichnet werden.

<sup>387</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1824), 645; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 104.

Trotz dieser nachweisbaren deutlichen Impferfolge starben in den Jahren ab 1816 in Preußen immer noch zwischen 1.500 und 5.000 Menschen an Pocken. Obwohl ausgedehnte Epidemien in den letzten Jahren ausgeblieben waren, flammten doch kleinere Pockenherde immer wieder auf. Die hohe Pockensterblichkeit wurde auf eine allgemeine Impfnachlässigkeit in den vorangegangenen Jahren zurückgeführt, die sich aus der nur mäßigen Impfbereitschaft der Bevölkerung entwickelte hatte.<sup>388</sup> Zwangsläufig entstanden bei der nachwachsenden jungen Generation größere Impflücken, die bei einem erneuten Pockenausbruch eine erhöhte Verbreitungsgefahr bedeuteten. Um einer solchen Gefährdung vorzubeugen, setzten sich viele Ärzte für die Einführung der Zwangsimpfung ein. Zu ihnen gehörte der Direktor der Berliner Königlichen Schutzblattern-Impfungsanstalt, Wilhelm August Eduard Bremer (1787-1850), der die Impfpflicht in seinem Tätigkeitsbericht von 1817 forderte.<sup>389</sup> Wie ein Ministerialreskript vom 1. Mai 1825 bestätigt, bestand von offizieller Seite zweifellos ebenfalls die Tendenz, mit „mehr oder weniger directen Zwangsmaaßregeln gegen die etwanigen Widerspenstigen“ zur notwendigen lückenlosen Durchimpfung der Bevölkerung zu gelangen.<sup>390</sup>

#### **2.1.4 Die Impfregelelungen von 1826 und das „Regulativ“ von 1835 mit Einführung des indirekten Impfwangs**

Am 30. Mai 1826 erschienen die „Vorschriften die Impfung der Schutzblattern und die polizeilichen Maßregeln beim Ausbruche der Menschenpocken betreffend“. Sie enthielten in 19 Paragraphen die wesentlichsten Prinzipien der Pockenbekämpfung. Dazu gehörten Richtlinien für Ärzte und Behörden: die genaue Erfassung aller Impfpflichtigen in einheitlichen Impflisten in den ersten beiden Monaten des Jahres (§§2,3), Einteilung der Kreise in Impfbezirke (§4), Impferlaubnis nur für approbierte Ärzte und Wundärzte (§5), unentgeltliche Ausstellung einheitlicher Impfscheine nur für Personen mit erfolgreicher Impfung (§9), Einrichtung und Aufbewahrung einer Impfkartei in der Kreisregistratur (§10), fristgerechte Impfnachscha (§§12-14), Verankerung der Impfpflicht (§15) und Festlegung von Strafbestimmungen (§16),

<sup>388</sup> Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, 625-626.

<sup>389</sup> Stein, Die Pockenvakzination, 1082; Münch, Pocken zwischen Alltag, 757.

Wilhelm August Eduard Bremer übernahm nach dem Tod seines Vaters Johann Immanuel Bremer die Leitung der Berliner Impfanstalt. Er hatte von 1807 bis 1811 in Berlin und Göttingen Medizin studiert, war von 1813 bis 1815 bei der Landwehr und gehörte von 1830 bis 1843 dem Medizinalkollegium als Medizinalrat an. Außer den Jahresberichten der Impfanstalt publizierte er seit 1804 Beiträge in „Hufeland's Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“, z.B. „Über die neuentdeckten Kuhpocken“, von 1819 bis 1830 auch Berichte über die Witterungs- und Gesundheitsverhältnisse sowie die Sterblichkeitsraten in Berlin und 1830/31 „Beobachtungen über den Verlauf der Cholera-Epidemie“. DBE (1995), 2, 109.

<sup>390</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 104.

organisatorische Regelung zur Durchführung der Impfungen, wie Transport der Impfähzte und Maßnahmen beim Ausbruch der Pockenkrankheit sowie die Schutzimpfung gefährdeter Personen in einem Umkreis von zwei Meilen (§19).<sup>391</sup>

Der starken Neigung von Ärzten und Behörden zum allgemeinen Impfwang stand der maßgebliche königliche Willen, „keinen directen Zwang bei der Impfung gestatten [zu] wollen“, entgegen. In Anordnungen vom 30. Mai 1826 und 13. Dezember 1828 sowie der „Circularverfügung der Königlichen Ministerien der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, wie auch des Innern und der Polizei“ vom 29. Januar 1829, hieß es, dass „des Königs Majestät [...] den directen Impfungszwang wiederholt zu untersagen [...] zu befehlen geruht[e]“. Eine gleichwertige Aussage enthielt ein als Antwort konzipiertes Reskript vom 7. November 1834 auf die Anfrage einzelner Provinzen: Diese hatten um Aufklärung gebeten, wie sie die teilweise bereits bestehenden gesetzlichen Impfregeleungen handhaben sollten,<sup>392</sup> nachdem während einer Epidemie 1833 um die 8.000 Personen an Pocken gestorben waren.<sup>393</sup>

Am 8. August 1835, nach der ersten großen Cholera-Epidemie, wurde ein umfassendes für alle preußischen Staaten geltendes Seuchengesetz, das „Regulativ über die Sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten“ („Regulativ“) erlassen.<sup>394</sup> Im Rahmen dieses Seuchengesetzes wurden auch ausführliche und verbindliche Bestimmungen für die Pockenbekämpfung festgelegt. Wider Erwarten blieb die gesetzliche Pockenschutzimpfung aus. Stattdessen enthielten die §§44-58 des „Regulativs“ zwangsweise Impfmaßnahmen, die allerdings nur bei epidemischem Auftreten der Pocken angewendet werden sollten. Diese Regelungen wurden erst durch das Reichsimpfgesetz 1874 abgelöst.<sup>395</sup>

Als grundlegende Feststellung des „Regulativs“ galt §50: „Als das sicherste Schutzmittel gegen die Menschenpocken ist durch die Erfahrung die Einimpfung der Schutzpocken nachgewiesen. Es ist daher einem Jeden dringend zu empfehlen, sich selbst, seine Kinder, Pflegebefohlenen und andere Angehörigen ohne zureichende, von Sachverständigen anerkannte Hinderungsgründe der Schutzpocken-Impfung nicht zu entziehen, vielmehr wird von allen Ein-

<sup>391</sup> Lentz, Die gesetzliche Regelung, 501: Die „Vorschriften...“ erschienen im Amtsblatt der Königlichen Preußischen Regierung, Frankfurt an der Oder, 1826, außerordentliche Beilage zu Nr. 23.

<sup>392</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1824), 664; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888) 107-108; Lentz, Die gesetzliche Regelung, 501.

<sup>393</sup> Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, 626.

<sup>394</sup> Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten (1835), 255-257.

<sup>395</sup> Stein, Die Pockenvakzination, 1082-1083.

sichtsvollen die Beförderung dieser Maaßregel durch Beispiel und Belehrung ihrer Mitbürger erwartet. [...]“

In §51 wurde das „Impfgeschäft“ geregelt, das unter die Aufsicht und Kontrolle der Polizeibehörden gestellt wurde. Eine Impferlaubnis erhielten ausschließlich approbierte Ärzte und Wundärzte, die nur „von völlig gesunden Individuen“ Impfstoff verwenden sollten.

Beachtenswerte Maßnahmen enthielten die §§54-56: Bei Ausbruch von Pocken war die Medizinalpolizei berechtigt, notwendige Zwangsimpfungen durchzuführen. Polizeistrafe wurde angedroht, falls Kinder während des ersten Lebensjahres „ohne erweislichen Grund ungeimpft blieben“ und an Pocken erkrankten.

Alle, die bei Schulvorstehern, Handwerksmeistern oder Dienstherrn um „Unterricht, Lehre oder Dienst“ nachsuchten oder „die Aufnahme in öffentliche Anstalten des Staats, Stipendien oder andere Benefizien“ beantragten, hatten den Nachweis über eine Impfung bzw. Wiederimpfung zu erbringen.

Weitere Paragraphen regelten Melde-, Isolierungs- und Desinfektionsbestimmungen, die Anzeigepflicht an die Polizeibehörde (§44), die Absonderung der Pockenkranken (§45), die Errichtung von Pockenhäusern (§46), Desinfektions- und Beerdigungsmaßnahmen (§§47-48), Hinweise zur Organisation bei öffentlichen Gesamtimpfungen (§52) und zur Ausstellung von Impfscheinen (§53).<sup>396</sup>

Die Bestimmungen des „Regulativs“ bedeuteten einen eindeutigen Impf- bzw. Wiederimpfzwang, wenn dieser auch nur für einen Teil der Bevölkerung und zu bestimmten Zeiten galt. Allgemeine Zwangsregelungen waren – dem königlichen Willen gemäß – umgangen worden. Die in einzelnen Regierungsbezirken bestehenden verpflichtenden Regelungen wurden sogar wieder aufgehoben und in Impfeempfehlungen umgewandelt, wie dies beispielsweise in Frankfurt (Oder) geschah, wo bereits am 30. Mai 1826 die allgemeine Impfpflicht eingeführt worden war.<sup>397</sup>

### **2.1.5 Die verschärfenden Maßnahmen ab 1835 bis 1870**

Ohne allgemeinen Impfwang blieb eine lückenlose Pockenbekämpfung aussichtslos. Zunächst suchte man mit einem verbesserten Angebot kostenloser sonntäglicher Impfungen nach

<sup>396</sup> Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten (1835), 239; Eulenberg: Das Medicinalwesen in Preussen (1874), 149-225; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 108-111.

<sup>397</sup> Stein, Die Pockenvakzination, 1083.

dem Muster Berlins auch in anderen Kommunen die Impfwilligkeit der Bevölkerung zu steigern.<sup>398</sup> Als 1850 die Einrichtung zusätzlicher Impfanstalten in ärmeren Gegenden und erneute Impfanreize in Form von Impfmedaillen im Wert von acht Talern sowie Geldprämien von zehn bis 25 Talern keine deutlichen Erfolge erkennen ließen,<sup>399</sup> wurde in der Anordnung vom 13. August 1856 erklärt, dass bei unbefriedigender Impfbereitschaft „in widerstrebenden Gemeinden“ die bestehenden Bestimmungen bei Pockenausbruch „unnachsichtlich und mit Energie“ zu erfüllen seien. In einem früheren Reskript vom 15. November 1838 waren schon Verhaftungen der Renitenten und Zwangsimpfungen bei Kindern – selbst gegen den Willen der Eltern – angekündigt worden.<sup>400</sup>

In Berlin wurde der Ton nicht nur schärfer, sondern entbehrte auch der rechtlichen Grundlage: Polizeiverordnungen vom 17. März 1858 und 24. Januar 1859 kündigten mit Hinweis auf das Gesetz eine Geldstrafe von zehn Talern oder eine vierzehntägige Gefängnisstrafe für Eltern und Vormünder an, die ihre Neugeborenen nicht impfen ließen. Diese Androhung, die bei jeder weiteren Bekanntgabe der kostenlosen Impftermine wiederholt wurde, bestand auch in Zeiten ohne akute Seuchengefahr.<sup>401</sup> Eine Wiederholung erfolgte am 7. August 1863 mit einer Zirkularverfügung vom 7. August 1863, in der eine Geldstrafe und „event[uell] eine Gefängnisstrafe für den Unvermögensfall“ für diejenigen vorsah, die die „prompte Gestellung der Impflinge und Vaccinierten zur Revision ohne triftigen Grund versäum[t]en“.<sup>402</sup>

In den Jahren 1864 und 1866 brachen erneut größere Pockenepidemien aus, die etwa 8.900 bzw. 12.000 Menschen das Leben kosteten.<sup>403</sup> Als sich ab Ende der sechziger Jahre eine der ernsthaftesten Epidemien anbahnte, wurde im Februar 1868 durch das Polizeipräsidium die allgemeine Zwangsimpfung in Berlin veranlasst. Trotzdem kam es dort 1871 zu 17.074 Erkrankungen und 3.352 Todesfällen.<sup>404</sup> Die Pockensterblichkeit erreichte 1872 ihren Höhepunkt mit 262 Todesfällen auf 100.000 Einwohner. Vergleichsweise starben in den Jahren von 1816 bis 1870 von 100.000 Einwohnern ‘nur’ zwischen 7 und 62 Menschen.<sup>405</sup>

<sup>398</sup> Münch, Gesundheitswesen, 238, 282.

<sup>399</sup> Eulenberg: Das Medicinalwesen in Preussen (1874), 210; Reglement vom 3. Oktober 1850.

<sup>400</sup> Lentz, Die gesetzliche Regelung, 505, 308; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 113.

<sup>401</sup> Münch, Gesundheitswesen, 239.

<sup>402</sup> Eulenberg: Das Medicinalwesen in Preussen (1874), 179; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 113-114.

<sup>403</sup> Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, 626; Münch, Gesundheitswesen, 240-241: Seit 1862 hatten sich in Berlin neben den sonntäglichen Terminen im Impfinstitut zusätzlich etwa dreißig niedergelassene Ärzte freiwillig zu kostenlosen Impfungen verpflichtet, da ein vermehrtes Auftreten modifizierter Pocken beobachtet worden war. Ab Januar 1866 impften fünf Ärzte im Auftrag des Polizeipräsidioms in Häusern, die als infiziert galten.

<sup>404</sup> Münch, Gesundheitswesen, 242.

Schulz, Matthias: Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik. Berlin 1888, hier 12.

<sup>405</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 34-45, bes. 38: 1871 starben im Deutschen Reich 75.000 Menschen an Pocken, von 1870 bis 1872 insgesamt 130.000.

### 2.1.6 Die Revakzination

Große Impflücken und eine - nur ungenügende - Empfehlung für die Revakzination am 20. November 1861 verursachten die starke Ausbreitung einer Pockenepidemie, die 1868 ihren Anfang nahm. Für die zahlreichen Erkrankten und Todesopfer kam der dringend erforderliche Zwang zur Revakzination viel zu spät: Die Anordnung hierzu erfolgte erst am 31. November 1871 für sämtliche Provinzial-Schulkollegien und Regierungen, am 8. Mai 1872 mit einem gesonderten Erlass an die Regierungen von Köln, Koblenz und Trier, und am 8. Juni 1872 durch eine Amtsblatt-Verfügung der Königlichen Regierung in Frankfurt (Oder) für die Wiederimpfung der 12-jährigen Schulkinder.<sup>406</sup>

### 2.1.7 Die Impfregeleungen für das Militär

Massenimpfungen für das Militär auf freiwilliger Basis hatte Friedrich Wilhelm III. erstmals 1802 angeordnet. Mit einer Zirkularverfügung vom 10. April 1820 ordnete der Erste Generalstabsarzt und Chef des Militär-Medizinalwesens Johann Wilhelm von Wiebel (1767-1847)<sup>407</sup> die Zwangsimpfung für alle Kranken an, die sich in Militär-Lazaretten befanden. Am 26. Mai 1820 folgte für alle Soldaten, die keine Impfstätte oder deutliche Merkmale einer überstandenen Pockenkrankheit vorweisen konnten, die Einführung der Zwangsimpfung. Bereits zu diesem Zeitpunkt regte Wiebel die obligatorische Wiederholungsimpfung der preußischen Armee an. Diese jedoch sollte zunächst nur mit Einwilligung der Mannschaft durchgeführt werden.

Gleichzeitig wurden neue Maßnahmen zur Desinfektion für Pfleger nach Beendigung ihres Dienstes und für genesende Pockenranke eingeführt. Sie beinhalteten, sich nach Ablauf der Krankheit mit Chlorwasser zu baden und zu waschen sowie ihre Kleidungsstücke zu lüften und mit Chlordämpfen zu räuchern.<sup>408</sup>

---

<sup>406</sup> Eulenberg: Das Medicinalwesen in Preussen (1874), 215-219; Schulz, Impfung, 12; Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), Tafel 1,2.

<sup>407</sup> Wiebel hatte 1795 sein Medizinstudium in Erlangen abgeschlossen und als Kompaniechirurg und ab 1807 als Generalchirurg Erfahrungen gesammelt. 1814 wurde er Leibarzt von König Friedrich Wilhelm II., 1822 Chef des Medizinwesens in Preußen. Als Erster Generalstabsarzt leitete er das Heeres-Sanitätswesen im Frieden. Neben den Impfregeleungen gestaltete er auch die Kriegs-Sanitätsverfassung neu, führte eine verbesserte Arzneimittel-Versorgung im preußischen Heer ein, förderte die Ausbildung der Militärärzte und schuf die Stellung der Chirurgen- und Lazarettgehilfen. DBE (1999), 10, 477.

<sup>408</sup> Augustin, Die königlich preußische Medicinalverfassung (1824), 125. Eulenberg: Das Medicinalwesen in Preußen (1874), 213; Kübler, Geschichte, 228-229; Lentz, Die gesetzliche Regelung., 500, 534; Münch, Gesundheitswesen, 236.

Die „Allerhöchste Kabinettsorder“ vom 30. Mai 1826 wies die Militärbehörden an, die Pockenschutzimpfung auch für die „Kriegs-Reserve und Landwehr-Rekruten, sofort, und nötigenfalls durch Anwendung eines direkten Zwanges, zu veranlassen“.<sup>409</sup> Aufgrund der Erkenntnis des allmählich nachlassenden Impfschutzes, und nachdem es in Berlin in den Jahren 1831 und 1832 auch bei den Truppen 180 Pockenranke mit neun Toten gegeben hatte, entschloss man sich am 26. März 1831 zu Wiederimpfungen. Nach Verfügungen vom 15. März 1833, 6. April und 16. Juni 1834 wurden sowohl die neu eingestellten, als auch alle anderen Rekruten revakziniert, „ohne Unterschied, ob dieselben Merkmale der Schutzblattern-Impfung an sich tragen oder nicht“. Bei der Revakzination sollte nicht nach freiwilliger Entscheidung, sondern „nötigenfalls zwangsweise zu Werke gegangen werden [...]“.<sup>410</sup>

In der Armee wurden bis 1860 insgesamt 1.288.471 Soldaten einschließlich Revakzinierte geimpft. Ausgenommen wurden „diejenigen, bei welchen unverkennbare Narben der schon überstandenen Menschenpocken vorhanden“ oder deren Wiederholungs-Impfscheine nicht älter als zwei Jahre waren,<sup>411</sup> so dass die Armee so gut wie pockenfrei war. Am 4. August 1870, kurz nach der Kriegserklärung Frankreichs an Preußen und den Norddeutschen Bund (19. Juli 1870), wurde für die Armee und für die unter preußischer Verwaltung stehenden Rekruten, die bei der Mobilmachung einberufen wurden, die Wiederimpfung angeordnet. Von 1870 bis 1871 gab es bei der preußischen Armee nur sehr geringe Verluste (von 590.262 Soldaten erkrankten 2.745, 146 starben).<sup>412</sup> In den nachfolgenden Jahren blieb die Armee nahezu von Pocken verschont. Für die Jahre von 1873 bis 1881 wurden elf Pockenerkrankungen und ein Pockentoter verzeichnet.<sup>413</sup>

### 2.1.8 Resümee

Die preußische Regierung bemühte sich nachweislich seit 1764 um die Bekämpfung von Seuchen. Ab 1799 schien mit der Vakzination die Realisierung eines Impfprogramms im Sinne der Gesundheitsvorsorge erfolversprechend. Die in Preußen binnen kürzester Frist geschaffenen grundlegenden Voraussetzungen, wie die Einrichtung von Impfinstituten, Durchführung

---

<sup>409</sup> Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten (1835), 119.

<sup>410</sup> Ebd., 119-120: Verfügung vom 16. Juni 1834. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 117-118; Kübler, Geschichte, 229.

<sup>411</sup> Münch, Gesundheitswesen, 236.

<sup>412</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 24-26.

<sup>413</sup> Münch, Gesundheitswesen, 242.

zahlreicher Impfversuche und Erweiterung des Impfpersonals bestätigen das große Interesse an umfangreichen Präventivmaßnahmen zur Verhütung der Pocken.

Die preußische Regierung erließ Impfbestimmungen unterschiedlichen Grades und vertraute zunächst auf die Einsicht der Bevölkerung, indem sie mit aufklärenden Aufforderungen und Impfanreizen die freiwillige Impfbereitschaft zu fördern suchte. Als jedoch die gewünschte Impfwillingkeit ausblieb, wurde ab 1806 für die finanziell abhängigen Waisen- und Armenkinder sowie für Bewohner von Epidemiegebieten der Impfwang eingeführt. Ab etwa 1816 führten sowohl die zunehmende Impfmüdigkeit als auch die ansteigende Zahl der Todesopfer wegen wiederkehrender Pockenepidemien zu verschärften Impfrichtlinien. Beispielsweise enthielt eine Verordnung von 1817 zur Pockenmeldepflicht für Ärzte auch eine Strafandrohung bei Versäumnis.

Während sich das Militär ab 1820 dem Impf- und ab 1831 dem Wiederimpfzwang zu unterziehen hatte, galt für die Zivilbevölkerung weiterhin der Grundsatz der freiwilligen Impfscheidung bei zunehmender Unsicherheit aufgrund möglicher Impfrisiken durch Nebenwirkungen oder Krankheitsübertragungen.

Am 30. Mai 1826 wurden die „Vorschriften die Impfung der Schutzblattern und die polizeilichen Maßregeln beim Ausbruche der Menschenpocken betreffend“ erlassen. In 19 Paragraphen waren die wesentlichsten Prinzipien formuliert, etwa Modalitäten für die Organisation und Durchführung der Impfungen, Richtlinien für Behörden und Ärzte, Maßnahmen beim Ausbruch der Pockenkrankheit. Mit dem Erlass gesetzlicher Vorschriften für den Seuchenfall war von der Ärzteschaft als vorbeugende Maßnahme der generelle Impfwang erwartet worden. Doch in den „Sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten“, dem „Regulativ“, von 1835, hatte sich Friedrich Wilhelm III. lediglich für eine dringende Empfehlung dieses „sichersten Schutzmittels“ entschieden. Zwar enthielt das „Regulativ“ eindeutige Regelungen direkten und indirekten Impf- bzw. Wiederimpfzwangs mit Androhung von Polizeistrafen, doch betrafen diese nur Teile der Bevölkerung und waren lediglich während Epidemiezeiten verbindlich.

Weder die stetig wiederkehrenden und mit hohen Verlusten an Menschenleben verbundenen Pockenepidemien in den 1860er Jahren, noch die seit 1870 grassierende ausgedehnte Epidemie veranlasste die preußische Regierung zu einer allgemeinen gesetzlichen Impfrege lung zum Schutz der Zivilbevölkerung. Das Militär, das früh strengen geregelten Impf- und Revakzinationsbestimmungen untergeordnet worden war, blieb vor dem Pockentod nahezu vollständig bewahrt.

Von Bedeutung waren zwei Gesetze der preußischen Regierung, die Vorbildfunktionen erreichten und die Basis für spätere Reichsgesetze bildeten: In das Impfgesetz von 1874 wurden wesentliche Prinzipien aus den „Vorschriften die Impfung der Schutzblattern und die polizeilichen Maßregeln beim Ausbruche der Menschenpocken betreffend“ vom 30. Mai 1826 übernommen. Das „Regulativ über die sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden ansteckenden Krankheiten“ vom 8. August 1835, das für die Seuchenbekämpfung als das wissenschaftlich fortschrittlichste Gesetzeswerk seiner Zeit galt, diente mit zahlreichen Bestimmungen als Grundlage für die Ausarbeitung des Reichsseuchengesetzes von 1900.<sup>414</sup>

## 2.2 Die Impfregelelungen in Bayern

### 2.2.1 Die Situation der Pockenbekämpfung im 18. Jahrhundert

Über die Pockensituation informiert ein gedruckter Vortrag aus dem Jahre 1770, den der Leibarzt Johann Peter Spring (1724-1773) in der Bayerischen Akademie der Wissenschaften gehalten hatte. In seinen Ausführungen bezog er sich auf die von Pockenepidemien verursachten hohen Verluste an Menschenleben und verwies auf neue „Rettungsmittel“<sup>415</sup> gegen die Pocken, wobei es sich um die Inokulation gehandelt haben dürfte. Diesem Beitrag wurde offensichtlich höchste Bedeutung für die Pockenbekämpfung beigemessen, denn noch am 9. Oktober des gleichen Jahres erteilte das Bücherzensurkollegium die Druckerlaubnis dafür.<sup>416</sup>

Eine 1782 einberufene Konferenz mit Vertretern aus dem Hof- und Stadtrat, Geistlichem Rat und Collegium medicum diskutierte im Rahmen der Neugestaltung des Medizinalwesens neben der medizinischen Versorgung und Organisation armer und kranker Einwohner besonders über die Aufstellung von Heilpersonal während Seuchenzeiten in der Residenzstadt München.<sup>417</sup> Besondere Regelungen außer den üblichen gedruckten Anordnungen zum Verhalten bei Ausbruch von Epidemien wurden bezüglich der Pocken von der bayerischen Regierung nicht getroffen. Dabei muss „[d]ie Sterblichkeit durch die natürlichen Blattern [...] aufschreckend für die menschliche Gesellschaft gewesen seyn. [...] Tausende von Kindern wurden auf diese mörderische Weise [...] der Bevölkerung entrissen. Wenn ein Land diesen

<sup>414</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XII.

<sup>415</sup> Die Inokulation wurde ab 1720 in Preußen, ab 1766 in Baden und ab 1772 in Sachsen durchgeführt und empfohlen. Sie dürfte in diesem Zeitraum auch in München bekannt gewesen und praktiziert worden sein.

<sup>416</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 8.

<sup>417</sup> Ebd., 97-98.

Verlust tief fühlen muss, so ist es gewiß Baiern [...]“.<sup>418</sup> Besonders verheerend verliefen die Pockenepidemien von 1796 bis 1799, denen über 90% der Kinder - etwa 7.500 - im Alter von unter zehn Jahren jährlich zum Opfer fielen.<sup>419</sup> In Straubing starben 1799 sogar alle an Pocken erkrankten Kinder. Nur eine Familie habe frühzeitig flüchten können und ihre Kinder in München inokulieren lassen „[...] und reiste dann mit den Geretteten beneidenswerth glücklich wieder nach Hause“.<sup>420</sup> Im Jahre 1800 waren in Ansbach-Bayreuth 4.509 und „eine ungeheure Anzahl [...] mehrere[r] tausend Kinder in der Hauptstadt München [...] hinweggerafft worden“.<sup>421</sup>

Das verantwortliche Medizinalkollegium schätzte die Situation zur Bekämpfung der Pocken zu diesem Zeitpunkt in Bayern offenbar als völlig aussichtslos ein. Anders können die Aussagen, die aus dem Schriftverkehr mit dem Hallenser Medizinprofessor und Impfarzt Christian Wilhelm Juncker hervorgehen, nicht gedeutet werden. Juncker, der sich seit längerem mit dem Pockenproblem beschäftigte und Informationen über die Inokulation verbreitete, plante ein Impfprogramm zur Ausrottung der Pocken.<sup>422</sup> Für eine Veröffentlichung im „Archiv der Ärzte und Seelsorger wider die Pockenoth“ sammelte er umfassende Daten und bat im Jahre 1797 um statistische Unterlagen über die Pockenkrankheit in Bayern. Das Medizinalkollegium sah sich jedoch nicht in der Lage, die erbetenen Listen zur Verfügung zu stellen, weil die „Chirurgi, Baader und noch mehr die namenlose Pfuscher damit hinter den Bergen halten, um nicht selbst die Anklage gegen sich machen zu müssen“. Diese Feststellung kennzeichnet das Medizinalwesen dieser Zeit in Bayern: In München gab es lediglich sieben Stadtärzte, 13 Chirurgen und Bader, sechs Barbieri und 18 Leib- und Hofärzte bzw. Hofchirurgen, wie ein 1782 auf Anordnung des Medizinalkollegiums erstelltes Verzeichnis nachwies.<sup>423</sup> Um 1800 hatte sich die Lage etwas gebessert mit etwa 100 Ärzten, wovon etwa 50 allein in München praktizierten. Auf dem Land ließen sich nur sehr wenige akademisch gebildete Ärzte nieder. Dagegen war die Zahl der Bader gestiegen. Im Jahre 1790 gab es in Ober- und Niederbayern 883 Bader mit 426 Gesellen und 93 Lehrlingen.<sup>424</sup> Dieses niederärztliche Personal und die verbrei-

<sup>418</sup> Koerting, Walther: Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung. In: Bayerisches Ärzteblatt 17 (1862), 88-103, hier 89-90.

<sup>419</sup> Wiesinger, Das Gesundheitswesen, 9.

Probst, Christian: Die Reform des Medizinalwesens in Bayern zwischen 1799 und 1808. In: Weis, Eberhard (Hg.), Reformen im Rheinbündischen Deutschland. München 1984, 195-212, hier 206.

<sup>420</sup> Koerting, Bayerns historische Verdienste, 90; zitiert aus: „Churfürstlich Pfalzbaierisches Regierungs- und Intelligenz-Blatt“, MDCCCI, 6. Jg.

<sup>421</sup> Ebenda.

<sup>422</sup> Maehle, Präventivmedizin, 48.

<sup>423</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 97, 99.

<sup>424</sup> Weber, Reinhard: Ärzte und Medizinalwesen im 19. Jahrhundert. In: ÄrzteAmperland 4 (1993), 174-180, hier 174.

tete religiöse Auffassung, wonach Krankheit von Gott gegeben zu ertragen war, beeinflussten das Verhalten der einfachen Landbevölkerung: „Wie gerne hätten [...] die tiefen Schmerz fühlenden Mütter [...] ihre verlorne Opfer dem Impfungsgeschäft geweiht! Allein zu spät, und vielleicht auch zu schwach war dieser Wunsch.“<sup>425</sup> Die scheinbare Gleichgültigkeit, mit der die hohe Kindersterblichkeit als Strafe, denkbar aber auch als eine Art „nachträglicher Geburtenkontrolle“ hingenommen wurde,<sup>426</sup> ließ das bayerische Medizinalkollegium resignieren: „Zudem überlassen viele Aeltern ihre Pockenranke Kinder der Natur, wodurch also die zweyte Lücke in den Listen entstehen müßte [...]“. Nach zweijährigem offenbar erfolglosem Bemühen um Impflisten, sah das Medizinalkollegium das von Juncker vorgeschlagene Projekt als gescheitert an.

Vom Anliegen Junckers abgesehen, mussten die Medizinalräte spätestens im darauffolgenden Jahr selbst an einer Statistik über Pockentote sowie an Ergebnissen von in München durchgeführten Inokulationen interessiert gewesen sein,<sup>427</sup> denn am 26. Juli 1798 erhielten sie von der Oberlandesregierung eine Aufforderung zur Begutachtung der Pockensituation in Bayern.<sup>428</sup>

### 2.2.2 Die Einführung der Vakzination

Die Einführung der Vakzination in Bayern fand während der Reform des Medizinalwesens statt, die als Grundlage zur Durchführung eines umfangreicheren Impfprogrammes für die Administration und besonders die Ausstattung mit ärztlichem Personal sorgte.<sup>429</sup>

Mit Bekanntwerden der Jenner'schen Impfmethode gehörten Ärzte und Behörden in Bayern zu den ersten in den deutschen Staaten, die starkes Interesse an der Einführung der Vakzination zeigten. Geimpft wurde ab Herbst 1800, zunächst in den Hochstiften Bamberg, dann in Würzburg sowie der Rheinpfalz.<sup>430</sup>

---

<sup>425</sup> Koerting, Bayerns historische Verdienste, 90.

<sup>426</sup> Heinsdorf, Ein Geschenk, 61.

<sup>427</sup> Koerting, Bayerns historische Verdienste, 90.

<sup>428</sup> Hoffmeister, Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern, 99.

<sup>429</sup> Probst, Die Reform, 206.

<sup>430</sup> Stolberg, Michael: Heilkunde zwischen Staat und Bevölkerung. Angebot und Annahme medizinischer Versorgung in Oberfranken im frühen 19. Jahrhundert. Diss. med., TU München 1986, hier 360-361.

Seit 23. Juli 1801 führte in München der Arzt Franz Seraph Giel<sup>431</sup> wöchentliche Impfungen durch, über die er in seiner Dissertation berichtete.<sup>432</sup> Die Lymphe bezog er von einem Impf- arzt aus Frankfurt. Die Impfungen, die er in der Von-Arm-zu-Arm-Technik mit Lanzette, ge- tränktem Faden und pulverisierter Kruste ausführte, fanden in Gegenwart von sieben chur- fürstlichen Medizinalräten statt. Alle Impfverläufe wurden streng überprüft, dokumentiert und die Ergebnisse mit den Angaben anderer Impfinstitute und der Literatur verglichen.<sup>433</sup> Im August des gleichen Jahres bestätigte das Reskript „Die Einimpfung der Kuhpocken betref- fend“ den Erfolg dieser ersten Impfversuche. Eine „höchst-landesherrliche“ Verordnung rich- tete sich am 5. September 1801 an „sämtliche Jurisdiktionsobrigkeiten und Polizeybehör- den“ und ordnete an, den Eltern in den Provinzialstädten und auf dem Land die Einimpfung der Kuhpocken zu empfehlen und sie aufzufordern, sich zur Impfung an die Ärzte zu wenden. Gleichzeitig erhielten alle pfalzbayerischen Ärzte unter Hinweis verschiedener Richtlinien die Anweisung zur Einführung der Impfung.<sup>434</sup> Öffentliche Auszeichnungen sollten der möglichst zügigen Aktivierung der Ärzte dienen, wie ein Beispiel aus Steingaden zeigt. Dort hatte ein praktischer Arzt, Dr. Moster, innerhalb weniger Monate 200 Kinder geimpft. Am 30. Dezem- ber 1801 wurde durch die churfürstliche Landesdirektion München „[d]ieses nachahmungs- würdige Beispiel [...] vermöge höchster Entschließung [...] bekannt gemacht“.<sup>435</sup> Sicherlich impfte ein Großteil der Ärzte nicht wegen der Anreize, sondern aus Überzeugung. Beweise dafür dürften die reibungslose gut organisierte Beschaffung von Lymphe aus Berlin, Hanno- ver, Wien oder Paris und die Weitergabe an ortsnahe Kollegen sowie die stattliche Zahl von insgesamt 3.384 Impfungen bis zum Jahresende 1801 sein. Für eine spürbare Eindämmung der Pockenerkrankungen reichte diese zunächst hoch erscheinende Impfkaktivität jedoch längst nicht aus. Auch im darauf folgenden Jahr 1802 verursachte die Seuche immer noch 16% aller Todesfälle.<sup>436</sup>

Um bei der Bevölkerung Vertrauen in die Impfung zu wecken, wurde mit „ermuntern- den Vorbildern“ geworben. So hatte schon 1801 ein Hofarzt Schäfer in Regensburg seine ers-

---

<sup>431</sup> Leitschuh, Max: Die Matrikeln der Oberklassen des Wilhelmsgymnasiums in München, 4 Bände, München 2005, hier 1970f: Franz Seraph Giel wurde am 27. Mai 1776 in München geboren. Nach seinem Schulab- schluss am Wilhelmsgymnasium 1795 studierte er in Ingolstadt und Ulm Logik, Physik und Medizin. Nach einer Fortbildungsreise praktizierte er ab 1801 bei dem Hofmedikus Oeggel in München, der auch Pockenimpf- ungen durchführte.

<sup>432</sup> Giel, Franz Seraph: Die Schutzpocken-Impfung in Bayern vom Anbeginn ihrer Entstehung und gesetzlichen Einführung bis auf die gegenwärtige Zeit, dann mit besonderer Beobachtung derselben in auswärtigen Staa- ten. München 1830.

<sup>433</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 12.

<sup>434</sup> Koerting, Bayerns historische Verdienste, 90.

<sup>435</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 20.

<sup>436</sup> Stolberg, Heilkunde, 360.

ten Impfungen an der einjährigen Prinzessin von Thurn und Taxis vorgenommen,<sup>437</sup> und am 17. Juni 1802 ließ der Kurfürst und spätere König Maximilian IV. Joseph (reg. 1799-1825) seine acht Monate alten Zwillingsprinzessinnen impfen. Dazu war Lymphe aus der Pustel des Kindes eines Hofkochs verwendet worden.<sup>438</sup> Für eine Vorbildfunktion hatte ebenfalls der „Beschuß des für das Wohl ihrer Jugend sorgfältig bedachten Israelitenkultus“ zu erfüllen. Die in München ab 1802 erstgeimpften „israelitischen“ Töchter sollten ihre Erfahrungen an andere Glaubensgenossen weitergeben. Und als Wohltätigkeit deklarierte die General-Landesdirektion eine Verordnung vom 30. Juli 1802 an den Magistrat der Stadt München, in der vorgeschrieben wurde, dass „auch an den Kindern der hiesig[en] b[ü]rgerl[ichen] Waisenhäuser, welche die Blattern noch nicht gehabt haben, die Impfung der Kuhpocken sogleich vorgenommen werden solle“.<sup>439</sup>

### **2.2.3 Die staatlichen Impfregeleungen bis 1806**

#### **2.2.3.1 Die Einrichtung der Zentral-Impfamtstelle**

Am 15. Februar 1804 wurde in München eine zentrale Impfstelle eingerichtet, die öffentliche Impfungen durchführen, auswerten und besonders rasche zentral gesteuerte Impfkationen ermöglichen sollte. Zum verantwortlichen Impfarzt wurde Franz Seraph Giel berufen, der sich aufgrund seiner Impferfahrung von beachtlichen 572 Impfungen für dieses Amt qualifiziert hatte. Sein Aufgabenbereich umfasste neben regelmäßigen Impfangeboten die Anfertigung von Impftabellen mit Aufzeichnungen über Impfverläufe, Besonderheiten oder nachfolgende Auffälligkeiten und vor allem die Bereithaltung eines angemessenen Lymphvorrats für Impfkationen bei plötzlichen Pockenausbrüchen. Das bedeutete, dass für die Von-Arm-zu-Arm-Impfungen in München und der näheren Umgebung im Bedarfsfall jedem Arzt ein Impfling zum Abimpfen zur Verfügung stehen musste. Außerdem hatte genügend trockene „Impfmaterie“ zur Abgabe an Landgerichtsärzte oder Chirurgen verfügbar zu sein.<sup>440</sup> Erst die Erfüllung dieser Voraussetzungen ermöglichten kurzfristig angesetzte Impfkationen. So konnte Giel, „von Polizei und Pfarramt unterstützt“, beispielsweise in zwei von Pockenausbrüchen bedroh-

---

<sup>437</sup> Probst, Die Reform, 207.

<sup>438</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 29-31.

<sup>439</sup> Koerting, Bayerns historische Verdienste, 89.

<sup>440</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 50-51.

ten bayerischen Gemeinden, Au und Haidhausen, unverzüglich insgesamt 350 Impfungen vornehmen, die von der churfürstlichen Landesdirektion veranlasst worden waren.<sup>441</sup>

### 2.2.3.2 Die Verschärfung der Impfmaßnahmen

Ab 1804 zeichnete sich deutlich eine straffere, systematisch organisierte Impfpolitik ab, mit dem Ziel, eine lückenlose Zusammenarbeit aller in den öffentlichen Bereichen tätigen Personen zu erreichen. Am 2. Juni 1804 wurde mit dem „Auftrag an alle Landgerichte, Pfarrer, Kooperatoren, Aerzte, Chirurgen und Schullehrer“ die öffentliche Verbreitung der Impfangebote von Kanzeln, in Christenlehren und Feiertagsschulen angeordnet. Gleichzeitig verpflichtete man Ärzte, Chirurgen und Hebammen, für die Landgerichte ein Verzeichnis über die jeweilige Impfsituation in den Gemeinden anzulegen: Alle Geimpften und Ungeimpften sowie diejenigen, die eine Pockenerkrankung bereits überstanden hatten, mussten aufgelistet werden. Nach diesen Übersichten wurden die Kinder ganzer Dörfer geimpft. Personen, die sich um die Pockenschutzimpfung besonders verdient gemacht hatten, erhielten öffentliche Belobigungen. Dass dieses Organisationskonzept funktionierte, zeigt ein Fall vom 16. Juni 1806 aus Wasserburg. Die dort ausgebrochenen Pocken wurden vom General-Landeskommissariat an den Impfarzt gemeldet, der innerhalb der nächsten zwei Tage - vom Landgerichtsaktuar „auf das Thätigste unterstützt“ – alle in Frage kommenden Kinder vakzinierte.<sup>442</sup>

Zur Organisation gehörte auch die Ausbildung zusätzlicher qualifizierter Kräfte, die für den Seuchenfall zum Impfen zur Verfügung standen. Der Zentral-Impfarzt wurde am 10. Juli 1805 verpflichtet, Schüler des chirurgischen Instituts in der Verabreichung von Pockenschutzimpfungen zu unterrichten. Ein anderes Programm sah die Aufklärung der Bevölkerung vor. In einer Bekanntmachung vom 16. Juli 1805 wurde zur Früherkennung einer Epidemie auf Merkmale für „echte wahre“ und „falsche“ Menschen- und Schutzpocken hingewiesen.<sup>443</sup>

Parallel zu diesen Maßnahmen wurden die Impfregeleungen deutlich spürbar verschärft. Das „allerhöchste Rescript“ vom 21. März 1805 verfügte, dass in Kinderhäuser oder Jugend- und

---

<sup>441</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 52-54.

<sup>442</sup> Ebd., 29, 48.

<sup>443</sup> Ebd., 61-66.

Rupp, Johannes-Peter: Die Entwicklung der Impfgesetzgebung in Hessen. In: *Medizinhistorisches Journal* 10 (1975), 103-120, hier 111.

Erziehungsinstitute nur noch Kinder aufgenommen werden durften, die die Pocken bereits überstanden hatten oder schon geimpft worden waren.

Die kategorisch angeordneten Impfkationen verliefen keinesfalls ohne Einwände von Seiten der Eltern. Ein besonders heikler Fall ereignete sich in einer Gemeinde, in der ein übereifriger Pfarrer zusammen mit seinen Kaplanen bereits zahlreiche Impfungen an Kindern vorgenommen hatte. Obwohl Seelsorger bei der ländlichen Bevölkerung durchweg großes Vertrauen genossen, blieben einige Eltern skeptisch und verweigerten die Impfung. Für derartige Fälle, in denen „der Schutzpockenimpfung Hindernisse in den Weg gelegt“ wurden, erhielt der Impfarzt „Im Namen Seiner Königlichen Majestät von Bayern“ die Genehmigung, dass „zur Ueberzeugung der dortigen vorurtheilsvollen Gemeinde das zur Impfung angezeigte Kind mitgenommen werde“.<sup>444</sup>

#### **2.2.4 Die Einführung der gesetzlichen Pockenschutzimpfung 1807**

In der ersten Hälfte des Jahres 1807 wurden die bisherigen in konsequenter Folge erhobenen gesetzlichen Impfmaßnahmen nochmals verschärft: Das seit 21. März 1805 bestehende Reskript wurde am 14. Februar 1807 erweitert und schrieb nun auch für alle öffentlichen Schulen Pockenschutzimpfungen vor.<sup>445</sup> Einige Wochen später, am 7. April, wurde mit einer Verordnung bekannt gegeben, „dass eine allgemeine Impfung in der Provinz Bayern auf Staatskosten durch den königlichen Impfarzt vorgenommen, und zur genauen und ordentlichen Ausführung dieses wichtigen Geschäftes dem Impfarzte eine eigene Instruktion mitgetheilt werde“. Am 23. April erhielt der Zentral-Impfarzt eine Anweisung, Impfkationen in 14 Gemeinden durchzuführen, während der er insgesamt 7.030 Mal impfte.<sup>446</sup>

Sämtliche seit 1801 durchgeführten Impfungen waren dokumentiert worden. Die Auswertung der sechs-jährigen Impfergebnisse unter Berücksichtigung der verzeichneten Nebenwirkungen ergab insgesamt ein günstiges Resultat, das als entscheidender Faktor für den Beschluss einer gesetzlichen Impfverpflichtung galt. Der Gesetzentwurf zur Einführung der Pockenschutz-

---

<sup>444</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 71-73.

<sup>445</sup> Ebd., 84-85.

<sup>446</sup> Ebd., 29; 86-92, 91: Giel impfte in den Gemeinden Dachau, Aichach, Friedberg, Schrobenhausen, Rhain, Pfaffenhofen, Freising, Moosburg, Erding, Schwaben, Wasserburg, Mühldorf, Burghausen und Trossberg.

impfung, von dem Königlichen Bayerischen Staatsarzt Dr. Simon von Haeberl (1772-1831)<sup>447</sup> vorbereitet, erhielt am 27. August 1807 Gesetzeskraft.<sup>448</sup> Damit hatte der bayerische König Maximilian I. Joseph als einer der ersten Landesherren die gesetzliche Pockenschutzimpfung eingeführt.<sup>449</sup>

Das Impfgesetz beinhaltete als wichtigste Regelungen: die Impfpflicht für alle Kinder bis zum dritten Lebensjahr (§1), die Überprüfung der von Pfarrern erstellten Geburten- und Impflisten durch Gerichtsstellen und Gerichtsärzte (§3), die Strafandrohung für alle „Saumseligen und Widersetzlichen“ nach Bemessung der Vermögensverhältnisse und Erhöhungen bei wiederholter Verweigerung bis zum Verlauf des 12. Jahres mit vier Gulden mindestens und 32 Gulden höchstens (§4), die Impferlaubnis nur noch für Ärzte und ausgesuchte Chirurgen, die als „Gehilfen“ in Städten von Landgerichtsärzten bestellt werden mussten (§5), die Impfungen in allen Pfarreien durch Stadt- und Landgerichtsärzte mit Verpflichtung zu aktenkundigen Tabellen, Impfkontrollen und Ausstellen von Impfscheinen; Bekanntgabe der Impftermine zur Pockenschutzimpfung durch Pfarrer von den Kirchenkanzeln als „Feierlichkeit“ und durch „angemessene Reden und Vorträge“ (§6), das Bereithalten von frischem und echten Impfstoff in jeder Provinz-Hauptstadt durch Stadt- oder Landgerichtsärzte für die jeweiligen Impftermine (§7), die Meldepflicht von Pocken von jedermann, bei Unterlassung drei bis sechs Tage Gefängnis auf eigene Kosten, Isolierung Kranker ohne Ausnahme in einer Anstalt (§9), die Strafandrohung für Ärzte, die ihrer Verpflichtung bezüglich Impflisten, Kontrollen oder das Ausstellen von Impfscheinen nicht gewissenhaft nachkamen (§10).

Am 17. Dezember 1852 wurden verschiedene Gesetzesänderungen vorgenommen. Diese betrafen vor allem §1 des Impfgesetzes, wonach nun mit dem ersten Mai eines jeden Jahres sämtliche im vorangegangenen Jahr geborenen Kinder impfpflichtig waren.<sup>450</sup>

---

<sup>447</sup> Simon von Haeberl studierte in Ingolstadt Medizin und ließ sich als praktischer Arzt in München nieder. An der Universität München habilitierte er sich und wurde 1802 Medizinalrat. 1803 gründete er das Institut der Physikate und des Landesmedizinalkomitees. Ab 1806 war er Generaldirektor der bayerischen Feldspitäler, 1807 Obermedizinalrat und Vorstand der Medizinalsektion im bayerischen Innenministerium. In dieser Eigenschaft beschäftigte er sich mit der gesetzlichen Schutzimpfung gegen Pocken. Außerdem arbeitete er das so genannte „Organische Edikt“ (1808) aus, das die Grundlage einer neuen Medizinalverfassung in Bayern bot. DBE (1996), 4, 301.

<sup>448</sup> Bulmerincq: Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 3. Giel, Die Schutzpockenimpfung, 96.

<sup>449</sup> Rupp, Die Entwicklung, 110; Probst, Die Reform, 207; Stolberg, Heilkunde, 362: Zwanzig Tage vorher, am 6. August 1807, hatte das Großherzogtum Hessen-Darmstadt und bereits am 5. Mai 1807 die Markgrafschaft Bayreuth die Impfpflicht eingeführt.

<sup>450</sup> Bulmerincq: Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 4-13, 16. Giel, Die Schutzpockenimpfung, 98-103.

## 2.2.5 Ergänzende Verordnungen und die Impfsituation bis 1870

Die gesetzliche Einführung der Pockenschutzimpfung bedeutete nicht, dass diese auch in entsprechend konsequenter Weise durchgeführt werden konnte. Darauf weisen verschiedene Verordnungen hin, die ab 1809 dem gesamten am Impfgeschehen beteiligten Personenkreis die verschärfende Ausführung des Gesetzes vorschrieben. Am 7. April 1810 erging der Befehl, dass bei Unterlassung der Pockenschutzimpfung „die Strafsumme [...] auf das genaueste an den Buchstaben des Gesetzes zu binden“ sei. Nach einer Entschließung vom 22. November 1810 durften Geldstrafen nicht mehr in körperliche Strafen (Gefängnis) umgewandelt werden. Lehrern und Vorstehern aller Schulen wurden am 20. Mai 1811 Geldstrafen und polizeiliche Kontrollen angedroht, wenn sie Kinder ohne Impfnachweis aufnahmen. Alle Gerichtsbehörden mussten nach den Entschließungen vom 22. Juni 1809 und 31. Dezember 1811 die erhobenen Straf gelder ersetzen, wenn sie „straffällige Individuen“ schonen wollten.<sup>451</sup>

Mit einer Verordnung vom 17. Dezember 1825 wurde zur Überwachung des Impfvollzugs in den Kreisen dem Kreismedizinalrat die oberste Leitung übertragen. Er hatte die Impflisten, die unter gegenseitiger Kontrolle von Pfarrern und Gerichtsärzten gemeinsam anzulegen waren, zu prüfen und danach dem Ministerium zu übersenden. Am 27. Dezember 1830 wurde zur lückenlosen Durchimpfung und Kontrolle der jährlichen Impfkationen neben den Eintragungen der Personalien der Kinder und ihrer Impf ergebnisse auch die neue Rubrik „im Vorjahre aus Ungehorsam nicht zur Impfung gebracht“ eingeführt.<sup>452</sup>

In Bayern mangelte es wie überall an echter frischer Kuhpockenlymphe, die die Voraussetzung für einen sicheren Impferfolg war. Aufrufe an die Bevölkerung, pockenranke Kühe zum Abimpfen zu melden, scheiterten trotz Anreize durch Prämien von immerhin drei Dukaten, wie Verfügungen vom 5. August 1829 und 6. August 1833 vorsahen. Der Mangel an qualitätvoller Lympe traf besonders den Zentral-Impfarzt, da die Bereitstellung des Impfstoffes für die 300 in Bayern tätigen Impfarzte in seiner Verantwortung lag. Modifizierte Anweisungen vom 27. Dezember 1830, und wiederholt am 11. November 1834 und 2. März 1835, entlasteten ihn insofern, als nun nur genügend „regenerirter, von Kühen entnommener Schutzpockenstoff“ zur Verfügung stehen sollte. Zu dieser Lösung hatte der neu bestellte Zentral-Impfarzt Dr. Michael Reiter (1802-1876)<sup>453</sup> selbst beigetragen. Um einen möglichst wirksa-

<sup>451</sup> Bulmerincq: Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 14-15. Giel, Die Schutzpockenimpfung,, 120, 132, 137.

<sup>452</sup> Wiesinger, Das Gesundheitswesen, 10-12.

<sup>453</sup> Michael Reiter wurde am 25. November 1802 in Günthering bei Mühldorf in Bayern geboren. Nach dem Besuch des Gymnasiums in Salzburg von 1813-1821 nahm er in Landshut zunächst das Studium für Theolo-

men originären Impfstoff in entsprechenden Mengen zu erhalten, hatten italienische Ärzte eine Methode zur Gewinnung von regenerierter oder „humanisierter“ Lymphe entwickelt. Bei dieser Praktik wurde Lymphe aus Pockenpusteln von gesunden Kindern entnommen und diese nach einigen wenigen Impfgenerationen auf das Rind zurückübertragen. Reiter, der die Methode weiterentwickelte, erzielte nicht nur gute Impferfolge, sondern verbesserte damit auch das gesamte Impfsystem.<sup>454</sup>

Obwohl seit 1804 und besonders ab 1807 ein gesetzmäßiges gut organisiertes Impfwesen bestand, gelang die gewünschte sichere Immunisierung nicht. Es gab genügend skeptische Eltern, die ihre Kinder der Impfung entzogen. Die Zahl Ungeimpfter stieg ab 1831 jährlich auf über tausend, so dass in den Jahren von 1840 bis 1860 immer noch 8.606 Personen an Pocken starben. Die Hälfte betraf Kinder im Alter bis zu fünf Jahren, davon waren 3.532 unter einem Jahr.<sup>455</sup> Diese hohen Verluste lösten ab 1861 eine entsprechende Impf- und Revakzinationsbereitschaft aus, wie die General-Übersichten der Jahre 1861 bis 1863 ausweisen: Danach wurden 1861/62 von 113.241 Impfpflichtigen 109.887 und 1862/63 von 123.936 Impfpflichtigen 119.842 (oder 96,7%) geimpft. Außerdem stellten sich 13.451 Personen wegen zweifelhaften Impferfolgs der Wieder- bzw. Nachimpfung. Doch immer noch wurden 862 Impfpflichtige „wegen ungehorsamen Ausbleibens“ registriert.<sup>456</sup>

Offensichtlich bildete dieser Anteil Ungeimpfter und Nicht-Revakzinierter genügend Nährboden zur Weiterverbreitung der Pocken, als herumziehende Truppen im preußisch-österreichischen Krieg die Seuche einschleppten. Heftige Pockenausbrüche waren die Folge, so dass in den Jahren 1865 bis 1867 wiederum 1.787 Personen, das Achtfache der vorangegangenen Jahre, starben. Auch während der Jahre 1870 und 1871, der Zeit der massenhaften Zuzüge französischer Kriegsgefangener, kam es zu einer hohen Erkrankungszahl von 30.742

---

gie, bald aber für Medizin auf, das er 1825 mit der Promotion abschloss. Ein Stipendium ermöglichte ihm Forschungsaufenthalte in Wien, Berlin, Paris und London. Zunächst als Gerichtsarzt in Fürstenfeldbruck tätig, wurde ihm 1831 die Erforschung der in Österreich ausgebrochenen Cholera übertragen. Ab 1833 war er als Gerichtsarzt in München tätig und 1835 wurde er zum königlichen Zentral-Impfarzt als Nachfolger Franz Seraph Giels berufen. Die Verbesserung des Impfwesens brachte ihm 1845 hohe Anerkennung durch die Pariser Akademie der Wissenschaften und 1872 für weitere Abhandlungen über das Impfwesen den Preis der Petersburger Akademie ein. Während des Deutsch-Französischen Krieges bewährte sich seine Methode besonders, weil für die Impfung in Kriegsgefangenenlagern große Mengen Impfstoffs gebraucht wurden. Reiter impfte in den Kriegsjahren selbst unermüdlich, obwohl er sich bereits im Ruhestand befand. Wichtigste Veröffentlichung: „Beiträge zur richtigen Beurtheilung und erfolgreichen Impfung der Kuhpocken“ (1846 und <sup>2</sup>1852), DBE (1999), 8, 234.

<sup>454</sup> Döllinger, Das Medicinalwesen in Bayern, 222; Bulmerincq: Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 15, 27-29; Herrlich, Die Pockenschutzimpfung, 64.

<sup>455</sup> Wiesinger, Das Gesundheitswesen, 54.

<sup>456</sup> Ebd., 15-16.

mit 4.784 Todesfällen. Die Sterberate von 15,5% war doppelt so hoch wie die der Vorjahre von etwa 7,6 %.<sup>457</sup>

### 2.2.6 Die Revakzination

In der Ministerial-EntschlieÙung vom 23. März 1836 wurde festgestellt, „dass die Kuhpocken-Impfung nicht Jeden für die Lebensdauer schützt, dass [...] unbestreitbar ist, dass die Empfänglichkeit für Menschenblattern bei vielen nach 10-15 Jahren [...] wiederkehrt“. Aus der weittragenden Bedeutung dieses Befundes wurden mit der Verordnung vom 23. März 1836 keine Konsequenzen gezogen: Eine „wiederholte Impfung zu gebieten kann die Staatsregierung sich um so weniger veranlaÙt sehen, als es sich hier [um] erwachsene[] Personen handelt [...]“. Die Erwachsenen seien für sich selbst verantwortlich, wurde des Weiteren ausgeführt. Außerdem habe man polizeiliche Mittel, die bei einer möglichen Epidemie zur Isolierung von Kranken eingesetzt werden könnten.<sup>458</sup>

Wiederholt angefertigte Gutachten bestätigten die Empfehlungen vom April 1836. Nur den Ärzten wurde mit einer Verordnung vom 22. Juli 1844 auferlegt, ihre Patienten nachdrücklich zur Wiederholungsimpfung aufzufordern.<sup>459</sup> Diese Bemühungen stellten sich als wenig erfolgreich heraus, denn in einem weiteren Gutachten vom 20. Juni 1855, das auf Nachfrage des Königs zur Revakzination erstellt worden war, wurde beklagt, dass sich die Bevölkerung der Revakzination entziehe, „so zweckmässig und wohlthätig“ sie auch sei.<sup>460</sup>

### 2.2.7 Die Impfregelelungen für das Militär

Der „Armee-Befehl“ vom 8. April 1807 schrieb die Impfung für jeden zukünftigen Militärangehörigen vor, bei dem keine Nachweise oder Merkmale einer natürlichen oder künstlichen Pockenschutzimpfung zu erkennen waren.<sup>461</sup>

<sup>457</sup> Kübler, Geschichte, 287: Zum Vergleich: von 100.000 Einwohnern starben 1870: 18,5; 1871: 104,5; 1872: 61,1; 1873: 17,6; 1874 nur noch: 4,7; 1875 nach Einführung des Impfgesetzes noch weniger: 1,7.

Klinger, Blatternepidemie, 3-5, 43.

<sup>458</sup> Döllinger, Das Medicinalwesen in Bayern, 229-230.

<sup>459</sup> Bulmerincq, Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 37; Klinger, Blatternepidemie, 45; Wiesinger, Das Gesundheitswesen, 14.

<sup>460</sup> Klinger, Blatternepidemie, 49.

<sup>461</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 85.

Die Ministerial-EntschlieÙung vom 6. April 1827 mit Ergänzung vom 25. Mai 1833 ordnete die Wiederimpfung der Armee an. Alle Soldaten, die gemustert wurden, waren auch, ungeachtet ihrer Angaben und ihres Impfscheines, auf die charakteristischen Impfnarben zu untersuchen. Fehlten diese, folgte die sofortige Impfung. Pockenranke Soldaten sollten sofort isoliert, ihr Krankheitsverlauf aufgezeichnet und Kleidung, Stube und Möbelstücke desinfiziert werden. Diese MaÙnahmen verhinderten nicht, dass immer wieder Pockenfälle in der bayerischen Armee auftraten. In den Jahren 1840 bis 1842 erkrankten in München von der 4.000 Mann starken Garnison 417 Soldaten.<sup>462</sup> Die Zahl der Erkrankungen sank, als mit dem Erlass des Kriegs-Ministerial-Reskripts vom 17. März 1843 die Zwangs-Revakzination ausgedehnt wurde. Die Wiederimpfung betraf alle Unteroffiziere und ihre in den Kasernen wohnenden Frauen sowie jeden neu in die Armee aufgenommenen Soldaten.<sup>463</sup> Diese Regelung brachte einen Pockenschutz von nahezu 100%; jedenfalls wurde bei der bayerischen Armee in den Jahren von 1844 bis 1855 kein einziger Pockentoter verzeichnet. In den Jahren von 1860 bis 1869 wurden 825 Soldaten von den Pocken befallen, wovon drei starben (= 0,36 %).<sup>464</sup> Im November 1870 ordnete man eine Wiederimpfung auch für die im Feld verpflichteten Ersatzmannschaften an, so dass im Jahre 1871 von 91.965 Soldaten lediglich 1.128 Soldaten an den Pocken erkrankten, und - statistisch errechnet - höchstens ein Soldat starb.<sup>465</sup>

## 2.2.8 Resümee

Seit 1592 gab es in Bayern ein ausführliches Seuchenmandat, das zwei Jahrhunderte lang bestand und durch zusätzliche Dekrete ständig erneuert und angepasst wurde. Die strengen Richtlinien überwachte ein Kontagionsrat. Im Jahr 1782 wurde im Zuge einer Reform des Medizinalwesens das Heilpersonal in der Residenzstadt München neu organisiert, eine besondere Verordnung bezüglich der Pocken jedoch nicht erlassen.

Obwohl Bayern hohe Verluste, besonders an Kindern, während der Pockenepidemien in den Jahren 1796 bis 1800 verzeichnen musste, war zu diesem Zeitpunkt schon wegen hochgradigen Arztmangels an eine breit angelegte Impfkampagne nicht zu denken. Nachdem die Oberlandesregierung eine Begutachtung der Pockensituation veranlasst hatte und auch die Vakzination eingeführt worden war - die ersten Impfungen fanden im Herbst 1800 statt -, än-

---

<sup>462</sup> Kübler, Geschichte, 231.

<sup>463</sup> Döllinger, Das Medicinalwesen in Bayern, 787-88; Bulmerincq, Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 40-41, 158; Trüb, Die Gegner, 70; Wiesinger, Das Gesundheitswesen, 57-58.

<sup>464</sup> Klinger, Blatternepidemie, 42.

<sup>465</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 26.

derte sich der problematische Zustand grundlegend. Ab Juli 1801 wurden von dem späteren Zentral-Impfparzt Giel in München zahlreiche Impfversuche durchgeführt. Bereits im September des gleichen Jahres folgte nach Begutachtung und positiver Beurteilung durch die churfürstlichen Medizinalräte eine „höchstlandesherrliche“ Verordnung: „Sämtliche Jurisdiktionsobrigkeiten und Polizeybehörden“ wurden verpflichtet, an der Verbreitung der Vakzination mitzuwirken und alle Eltern und Ärzte zur Impfung aufzufordern. Weitere kurz aufeinander folgende Verfügungen der nächsten Jahre strebten ein breit angelegtes Impfprogramm an, das im Jahre 1802 mit der Anordnung der zwangsweisen Impfung der Kinder in Waisenhäusern eingeleitet wurde. Im Jahre 1804 erfolgte die Einrichtung der Zentral-Impfparztstelle in München, die die Vorratshaltung an Impfstoff und eine unmittelbare Reaktion auf mögliche Pockenausbrüche garantierte. Mit der Mobilisierung von Landgerichten, Gemeindeverwaltungen, Pfarrern, Ärzten und der Einführung der praktischen Impfausbildung der Chirurgen wurde eine breite Impfversorgung sichergestellt. Im Jahre 1805 erfolgten die Impfpflicht an allen öffentlichen Schulen und Impfanordnungen für zahlreiche Landgemeinden. Schließlich wurde am 27. August 1807 die gesetzliche Impfpflicht aller Kinder bis zum dritten Lebensjahr eingeführt. Das Gesetz sah strenge Überwachungskontrollen von Geburts- und Impflisten sowie Strafandrohungen für „Saumselige“ und „Widersetzliche“ bis zu 32 Gulden vor. Zur Einhaltung der gesetzlichen Maßnahmen führte man ab 1809 eine verschärfte Überwachung aller an der Impfung Beteiligten ein, z.B. Strafandrohungen an Ärzte oder die polizeiliche Aufsicht der Kontrollpflicht von Lehrern, Schulvorstehern und Gerichtsbehörden.

Die Verordnung zur Schutzpocken-Impfung wurde bis 1861 durch zwölfmalige Abänderungen und Vervollständigungen auf den neuesten Stand gebracht.<sup>466</sup> Das in Bayern konsequent durchgeführte Impfprogramm, das dem Staat 85% seines Gesundheitsetats kostete, bewies sich zunächst als Erfolg.<sup>467</sup> In 65 Jahren wurden mit 8.250.000 Impfungen 70,25% der Neugeborenen erfasst.<sup>468</sup> Allerdings entzogen sich einige wenige „Ungehorsame“ der Impfung, so dass es doch ab den 1865er Jahren durch Einschleppung zu heftigen Pockenepidemien kam. Grund für die achtfache Steigerung der bisherigen Pockenfälle war auch die fehlende Pflicht zur Revakzination, die man 1936 der Bevölkerung lediglich empfohlen hatte.

---

<sup>466</sup> Bulmerincq, Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 145.

<sup>467</sup> Stolberg, Heilkunde, 364.

<sup>468</sup> Klinger, Blatternepidemie, 48: pro 1000 Impfungen waren vier erfolglos, 29,75% der Kinder waren vor der Impfung gestorben oder ausgewandert. Von 1000 am Leben Gebliebenen stellten sich nur sechs als „Ungehorsame“ zum vorgeschriebenen Impftermin nicht ein, 26 konnten wegen Krankheit nicht geimpft werden. Nur zweimal, 1821 und 1852, soll es durch die Ungeschicklichkeit und Leichtfertigkeit eines Impfparztes zu Syphilisübertragungen gekommen sein.

Während der Jahre 1870 und 1871 erhöhte sich die Sterberate sogar auf 15,5% gegenüber etwa 7,6% der Vorjahre.<sup>469</sup>

Anders als die Zivilbevölkerung mussten sich die Armee-Angehörigen 1827 der zwangsweisen Revakzination unterziehen, so dass es beim Militär während der ausgedehnten Epidemie von 1870/71 kaum Verluste wegen Pocken gab.

## 2.3 Die Impfregeleungen in Baden

### 2.3.1 Die Seuchenbekämpfung im 18. Jahrhundert

Wie alle anderen deutschen Staaten wurde auch Baden von verlustreichen immer wiederkehrenden Epidemien heimgesucht. Die für das staatliche Gesundheitswesen zuständigen Behörden legten zwar kein gezieltes Gesundheitsprogramm auf, hatten aber seit dem 18. Jahrhundert verschiedene Medizinalverordnungen geschaffen, die sowohl die Einschleppung gefährlicher Seuchen als auch ihre Ausbreitung verhindern sollten.<sup>470</sup> Nachdem man bereits 1766 als „ergiebiges Mittel der Menschen-Erhaltung die Einimpfung der Blattern“ beurteilt<sup>471</sup> und die Impfversuche in Preußen beobachtet hatte, entschloss man sich ebenfalls zur Einführung der Inokulation. Zur Durchführung dieser Variolationen sollten sich akademische Ärzte und Chirurgen während ihrer Ausbildung Kenntnisse darüber aneignen, wie Verordnungen vom 27. August 1766 und 17. Oktober 1767 vorschrieben. Die ersten Inokulationen führte der Arzt Gustav Friedrich Jägerschmid (1728-1775) im März und April 1768 an zwölf Kindern in Karlsruhe durch. Kurz darauf inokulierte auch ein Dr. Johann Christian Samson Georgy (gest. 1772/73) in Pforzheim. Nach den „gelungenen Beispielen“ verfasste Jägerschmid 1768 über die Inokulation eine Anleitung, die die Regierung drucken und durch ein General-Dekret vom 22. Dezember noch im selben Jahr allen Pfarrern und Ortsvorstehern zur Verbreitung der Impfung übermitteln ließ. Zusätzliche Anweisungen folgten am 10. November 1767 und 22. April 1772,<sup>472</sup> wonach jeder Epidemie-Ausbruch an die als Kontrollorgane eingerichteten Physikate zu berichten war. Wiederholungen zur Berichtspflicht folgten am 13. Dezember 1775 und 24. Januar 1776 mit dem Hinweis, dass die Ausbreitung von Epidemien durch früh-

<sup>469</sup> Klinger, Blatternepidemie, 3-5, 43.

<sup>470</sup> Stiefel, Karlsruhe, 1286-1287.

<sup>471</sup> Drais von Sauerbronn, C[arl] W[ilhelm] L[udwig] F[riedrich] Fhr.: Geschichte der Regierung und Bildung von Baden unter Carl Friederich. Karlsruhe 1816, hier 193.

<sup>472</sup> Gerstlacher, Sammlung aller Baden=Durlachischen, 527-528: Anweisungen vom 10. November 1767 durch die baden-durlachische Verordnung, vom 22. April 1772 durch die baden-badische Verordnung. Drais, Geschichte, 193.

zeitig überörtlich und „überterritorial“ geplante Maßnahmen kurzfristig abgewehrt werden könnten. Auch die so genannten Totenberichte, die Pfarrer innerhalb von drei Tagen an die Ämter zu erstatten hatten, dienten zur Früherkennung einer möglichen Seuchengefahr.<sup>473</sup>

Neben diesen organisatorischen Maßnahmen für die Behörden appellierte der badische Staat an die Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung. So verweist beispielsweise ein Dekret vom 22. April 1772, das anlässlich einer drohenden Pestgefahr erlassen wurde, auf die „unverantwortliche Nachlässigkeit auf sein und der seinigen Leben“, wenn Untertanen nicht einen Arzt zur Behandlung riefen. Die Androhung von Strafen wurde allerdings vermieden. Man verließ sich auf Mahnungen undklärte die ländliche Bevölkerung über den Pockenschutz auf. In den Städten dagegen herrschte ein hohes Gesundheitsbewusstsein, wie ein Bericht aus Karlsruhe aus dem Jahre 1786 bestätigt: Der Stadtarzt von Karlsruhe, Hofrat Christian Ludwig Schweickhard (1746-1812) berichtete, dass während einer seit einigen Wochen andauernden „gutartigen“ Pockenepidemie viele Eltern bewusst und ohne Furcht ihre Kinder der Ansteckung ausgesetzt hätten, um sie vor einer späteren möglicherweise bösartigeren Pocken-erkrankung zu schützen.<sup>474</sup>

### 2.3.2 Die Einführung der Vakzination

Mit Bekanntwerden der Jenner'schen Impfmethode mit Kuhpocken in den Jahren 1799 und 1800 „waren auch Aerzte und Publikum in den Badischen Landen gleich aufmerksam auf dieses neue, gegen die verheerende Blatternseuche sichernde Mittel [...]“<sup>475</sup>.

Die frühesten Pockenschutzimpfungen fanden im Verwaltungsbereich des Speyerer Hochstifts statt, wo sich seit Herbst 1799 eine Pockenepidemie ausbreitete. Zur Begrenzung der Epidemie nahm der Arzt des Domkapitels ab 21. April 1800 erste Impfversuche an Kindern einiger ausgesuchter Bruchsaler Familien vor. Nach guten Ergebnissen begann er danach, zusammen mit dem Landchirurgen auch andere gefährdete Kinder des näheren Umkreises zu impfen. Ab 13. April 1800 impfte zusätzlich der Bruchsaler Arzt Dr. Schütz. Am 24. Juni und 5. August 1801 veröffentlichte er seine Impferfahrungen „im Wochenblatt für das Fürstliche Hochstift Speyer“ und verschiedenen anderen Zeitungen. Ausführlichklärte er über die Impfmethode auf, gab Zahlen von bereits erfolgreichen Impfungen an Kindern bekannt

---

<sup>473</sup> Stiefel, Karlsruhe, 1286.

<sup>474</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 156-157; 299.

<sup>475</sup> Maler, Friedrich Wilhelm: Geschichte der Kuhpockenimpfungen im Kurfürstenthum Baden. Karlsruhe 1804, hier 3.

und erteilte Ratschläge zur Impfung.<sup>476</sup> Bis Ende 1803 impfte Schütz 470 Kinder; im Hochstift Speyer wurden bis Ende 1803 etwa 2.500 Impfungen durchgeführt. In dieser Region präsentierte sich offenbar die „rückständige“ Landbevölkerung - dem Bericht des Physikus Schnetz zufolge - als besonders impfungsfreundlich.<sup>477</sup>

In Pforzheim wurden in der Zeit vom 9. bis 31. Mai 1801 die ersten 23 Kinder mit Schutzpocken erfolgreich geimpft. Die Lymphe war von Stuttgart und Oeringen bezogen worden. Danach begann eine Verbreitungskampagne mit wöchentlichen Bekanntmachungen in der Pforzheimer Presse, u. a. in „Dr. Fausts Nachrichten“. Die Lesegesellschaft finanzierte etwa 3.500 Exemplare dieser Zeitung, die kostenlos verteilt oder von Pforzheim in alle badischen Landesteile versendet wurden.<sup>478</sup> Engagierte Pfarrer setzten sich für die schnelle Verbreitung der Kuhpockenimpfung ein und leisteten wertvolle Aufklärungsarbeit gegen die auf dem Land vorherrschenden Vorurteile hinsichtlich vorbeugender Maßnahmen oder gesundheitsfördernder Eingriffe in das Krankheitsgeschehen. Zu erwähnen ist beispielsweise ein Pfarrer Rinck aus Dietlingen, der sich in seiner Predigt vom 5. Juli 1801 mit den Grundsätzen des Christentums und dem Impfen auseinandersetzte.<sup>479</sup>

Viele überzeugte Ärzte und Wundärzte nahmen „kostspielige Landreisen“ auf sich, impften „ohne allen Eigennutz und unentgeltlich“ und informierten die Bevölkerung in Flugschriften und Zeitungen. Im Karlsruher, Mannheimer und Lahrer „Intelligenzblatt“ oder dem „Baden-Durlachischen Landkalender“ (von 1802) wurden aufklärende Artikel veröffentlicht, wie etwa in Rastatt in Dr. Schaffroths Volksschrift: „Die Schutzblattern, ein leichtes sicheres und bewährtes Mittel die Kinderblattern zu verhüten, und endlich ganz auszurotten.“ Johann Adam Gottlieb Schaffroth (1770-1824)<sup>480</sup> hatte bis 1803 selbst etwa 800 Impfungen durchgeführt. Für die Sanitätskommission verfasste er eine Impfschrift, von der etwa 100 Exemplare an Ärzte und Chirurgen zur Unterweisung verteilt wurden.<sup>481</sup>

Ein Gutachten des Hofrats Schweickhard vom 21. April 1800 bestätigt, dass sich die Residenzstadt Karlsruhe bereits zu diesem Zeitpunkt mit der Planung einer Pockenimpfanstalt befasste. Zur Durchführung von Impfkationen sollten vier frisch geimpfte Kinder zunächst im

---

<sup>476</sup> Maler, Geschichte, 30: Schütz veröffentliche u. a. auch im „Magazin von und für Baden“, Karlsruhe und in „Hufeland's Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst“.

Post, Hans-Peter: Das Medizinalwesen im Hochstift Speyer im 18. Jahrhundert unter besonderer Berücksichtigung der Reformen Johann Peter Franks. Diss. med., Univ. Heidelberg 1984, hier 123-124.

<sup>477</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 300.

<sup>478</sup> Maler, Geschichte, 3-6.

<sup>479</sup> Ebd., 7.

<sup>480</sup> Adam Gottlieb Schaffroth studierte in Freiburg Medizin und promovierte 1794. Danach war er am Hospital in Karlsruhe tätig, wurde 1799 Physikus und Badearzt in Baden-Baden und 1804 königlich preußischer Hofrat und Hofarzt. Ab 1805 war er Physikus in Ettlingen, 1809 wurde er Professor und Direktor am Klinischen Institut in Freiburg. DBE (1998), 8, 557.

<sup>481</sup> Maler, Geschichte, 8, 22.

Bürgerspital zur Gewinnung wirksamer Impflymphe aufgenommen werden. Die Impfungen wollte man in der Wohnung des Hofrats Herbst durchführen, um die Impfbereitschaft der Bevölkerung nicht durch die verbreitete Angst vor der Hospitalatmosphäre zu beeinträchtigen.<sup>482</sup>

Um Vertrauen in die Impfung wurde auch mit besonders „ermunternden Vorbildern“ geworben. Als Beitrag dafür dürfte die Impfung des kleinen Prinzen Max von Bayern gewertet werden, die im Juni 1802 während seines Aufenthaltes in Karlsruhe durch den großherzoglichen Hof- und Leibarzt vorgenommen wurde.<sup>483</sup> Inwieweit sich die Bevölkerung davon tatsächlich beeinflussen ließ, ist nicht mehr nachzuvollziehen; lediglich Aufzeichnungen vermerken, dass die Karlsruher Ärzte bis 1803 rund 1.100 Pockenschutzimpfungen durchführten.<sup>484</sup>

### 2.3.3 Die staatlichen Regelungen und die Situation der Pockenbekämpfung bis 1808

Die Badische Landesregierung erließ am 11. September 1801 ein General-Dekret an sämtliche Physikate der Markgrafschaft, „nach welchem demselben, so wie den practizirenden Aerzten aufgegeben wurde, die künftige[n] Versuche bei KuhPockenImpfungen mit aller Vorsicht und dem nöthigen BeobachtungsGeist anzustellen, und keinem der nicht Erlaubnis innerlich zu praktizieren hat, das Impfgeschäfte anders als unter Leitung des Physikus anzuvertrauen“. Dieses Dekret untersagte gleichzeitig die bisherige Inokulation mit Menschenpocken. Eine weitere Auflage vom 29. Dezember 1801 forderte von den Physikaten jährliche „Hauptberichte“ über die Impfungen ihres Bezirkes. Diese detaillierte Berichterstattung hatte man vom Königlich Preußischen Ober-Collegium medicum et sanitatis übernommen. Neben den Personalien von Eltern und Impflingen waren Alter, Einimpfungsstelle, Impfmethode (Verwendung frischer Lymphe bei der Von-Arm-zu-Arm-Impfung oder getränkter Fäden), Impftechnik (Ritze, flache Stiche oder Blasenpflaster), Impfzeit, Impfverlauf sowie „hervorstechende“ Zufälle oder sonstige Besonderheiten zu vermerken.<sup>485</sup>

---

<sup>482</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 195-199. Da der bloße Name „Hospital“ die Bevölkerung verunsicherte, wollte man die Impfungen nicht von dem üblichen Pflegepersonal, sondern von besonderen Wärtern betreuen lassen. Die Hospitäler kämpften um die Akzeptanz bei der Bevölkerung, die noch immer Krankenhäuser im Zusammenhang mit den früheren fürchterlichen Zuständen und den hohen Mortalitätszahlen aus den chirurgischen und geburtshilflichen Abteilungen, den alten Seuchenhäusern und häufig verwahrlosten Irrenasylen sahen.

<sup>483</sup> Giel, Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, 31.

<sup>484</sup> Maler, Geschichte, 30.

<sup>485</sup> Ebd., 9-10.

Die General-Sanitäts-Kommission,<sup>486</sup> die in Karlsruhe zur Oberaufsicht der Gesundheitspolizei geschaffen worden war, legte im November 1803 allgemeine Grundsätze für das Impfwesen fest. Den wichtigsten Bestandteil bildeten die Jahresschlussberichte, von denen weitere Aufschlüsse und Erfahrungen erwartet wurden, da man „von dem wohlthätigen Vermögen der Schutzpocken, gegen die natürlichen Menschenblattern“ nicht gänzlich überzeugt war und „noch nicht volle Gewissheit habe, ob die Schutzkraft der Kuhpocken für die ganze Lebensdauer, oder etwa nur auf mehrere Jahre hinaus sich erstrecke“. Dennoch wurde die Mitwirkung „auf alle Weise“ zur Beförderung der Impfung gefordert und für diejenigen, die „Verläumdungen, und erdichtete Geschichten“ über die Impfung in Umlauf brächten, kündigte man eine strenge Bestrafung an. Dabei sollte die „Freiheit eines Jeden“ respektiert und kein Zwang auf Eltern ausgeübt werden.

Für die Städte Karlsruhe, Mannheim, Freiburg und Meersburg wurde die Einrichtung von Impfinstituten angekündigt, in denen regelmäßig unentgeltliche Impfungen von Kindern stattfinden und für die Lymphbeschaffung und ihrer fachgerechten Vorratshaltung und Versendung an in- und ausländische Ärzte gesorgt werden sollten. Wenige Monate später, am 14. Mai 1804, war die Schutzpocken-Impf-Anstalt in Karlsruhe eingerichtet und ab 27. Mai 1804 konnten die ersten Impfungen durchgeführt werden.<sup>487</sup>

Viele Karlsruher Eltern hatten sich schon früher für die gefährlicheren Inokulationen offen gezeigt. Jetzt setzte die Sanitätskommission wieder auf die Eigeninitiative der Bevölkerung und gründete im Oktober 1808 mit Zustimmung der Regierung eine Beförderungsgesellschaft für die Schutz-Blattern-Impfung. Die Gesellschaft, die sich in ganz Baden organisierte, bestand aus freiwilligen Impfbefürwortern, die ihre Impfüberzeugung ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis vermitteln sollten. Die geleisteten Verbandsbeiträge dienten der „Unterstützung der Armen und minder Bemittelten während der Impfungszeit“.<sup>488</sup>

Zu diesen Aktivitäten kam die kräftige Werbung zur Verbreitung der selbstverständlich unentgeltlichen Pockenschutzimpfungen, die der „Reichsanzeiger“ sowohl in Karlsruhe, als auch im ganzen badischen Land übernahm.

---

<sup>486</sup> Stiefel, Karlsruhe, 223: Nach der Erhebung zum Kurfürstentum wurde aufgrund des ersten Organisationsedikts vom 4. Februar 1803 auch das Gesundheitswesen neu gestaltet. Neben dem Hofrat und Geheimem Rat wurde ein „Sanitätsrat“ - meist als „Sanitätskommission“ bezeichnet - als technische Zentralstelle für das öffentliche Gesundheitswesen eingerichtet. Im Jahre 1806 folgte eine ausführliche Medizinalordnung. Nach den Reorganisationsedikten ab 1807 unterstand das Gesundheitswesen dem Innenministerium, ab 1864 dem Großherzoglichen Medizinalrat.

Loetz (1993), 170-171.

<sup>487</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 348-353; Maler, Geschichte, 10, 16-19; Eimer, Chr[istian] H.: Die Blatternkrankheit in pathologischer und sanitätspolizeilicher Beziehung. Leipzig 1853, hier 102.

<sup>488</sup> Salaba, Marie: Soziale Lage und Revolution. In: Baden Land-Staat-Volk 1806-1871. Karlsruhe 1980, 113-156, hier 153.

Die Impfergebnisse wurden in den jährlichen Veröffentlichungen des Stadtphysikats bekanntgegeben, wonach in Karlsruhe „die Kuhpockenimpfung verhältnismäßig in größerem Umfang als in den Hauptstädten Wien und Berlin zur Anwendung“ kam. Weiter wurde festgestellt, dass es der Impfung zu verdanken sei, wenn sich die Sterblichkeit der unter einem Jahr alten Kinder nicht erhöht hatte, sondern sich „in normalen Grenzen“ hielt.<sup>489</sup>

### 2.3.4 Verschärfende Maßnahmen gegen Behörden und Ärzte

Die Medizinalräte Christian Ludwig Schweickhard und Karl Josef Zandt (1756-1828) hatten schon um 1800 mit Impfverweigerungen auch in der badischen Bevölkerung gerechnet und sich deshalb „[m]it großem Eifer der Bekämpfung der gegen die Impfung noch bestehenden Vorurteile“ gewidmet.<sup>490</sup> Vor allem in ländlichen Regionen bestanden beharrliche Uneinsichtigkeit und auch Nachlässigkeit. Ab 1805 versuchten das kurfürstliche Hofratskollegium und die Sanitätskommissionen auf dieses kritische Impfverhalten Einfluss zu nehmen, und gaben Aufforderungen und Ermahnungen mit Nennung der Ortsnamen öffentlich bekannt: „[S]o hat sich gleichwohl gezeigt, dass der Ort Ziegelhausen der warnenden Stimme für die Erhaltung seiner Jugend zeither wenig Gehör gegeben, indem wirklich nach den eingegangenen berichtlichen Anzeigen daselbst der größere Theil der Kinder an den Blattern erkrankt, und von diesen schon viele ein Raub des Todes geworden sind, oder ohne Hoffnung darnieder liegen. [...] Man siehet sich daher durch dieß traurige Ereigniß veranlaßt, dieses nicht nur allgemein bekannt zu machen, sondern auch wiederholt alle geistlichen und weltlichen Behörden aufzufordern, die gegen die Anwendung der Schutzpocken-Impfung noch an mehreren Orten, besonders aber auf dem Lande, bestehende Vorurtheile durch geeignete Belehrungen zu entkräften, und den Gebrauch dieses einzigen Rettungsmittels gegen die tödtlichen Gefahren der natürlichen Kinderblattern allen Familienvätern und Erziehern auf das dringendste zu empfehlen.“<sup>491</sup> Bemerkenswert ist, dass „geistliche und weltliche Vorgesetzte“, die „öfters das Volk in diesen Vorurtheilen noch unterstützen“, bekanntgegeben wurden. Zur Impfpropaganda gehörten aber auch öffentliche Anerkennungen, wenn „Regierung, Beamte, Geistliche, Schullehrer und Ortsvorgesetzte [...] sehr thätig mitgewirkt, und die Impfähzte unterstützt [hatten]“

<sup>489</sup> Weech, Friedrich von: Karlsruhe. Geschichte der Stadt und ihrer Verwaltung. Karlsruhe 1893, hier 249.

<sup>490</sup> Weech, Karlsruhe, 249.

Dierksen, Günter: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe 1715-1977. Karlsruhe 1978, hier 47.

Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 289.

<sup>491</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämmtlicher Gesetze (1830), 354, 438-439, 441.

und „von der höchsten Stelle Zufriedenheit und Belobung“ für „sehr bedeutende Fortschritte“ ausgesprochen worden waren.<sup>492</sup>

Ärzten und Chirurgen wurden ab 1808 empfindliche Verschärfungen der bestehenden Anordnungen auferlegt. Die Großherzogliche General-Sanitäts-Kommission sprach offen ihr „Mißfallen“ über die zahlreichen „rückständigen“ Impfbereichte aus. „Allen Physikaten wird daher ernstlich aufgegeben, binnen vier Wochen [...] berichtliche Anzeige zu erstatten, [...] widrigenfalls [würden] die Säumigen in den Regierungs- und Provinzblättern nicht nur namhaft gemacht, sondern selbst strengere Maaßregeln gegen dieselbe[n ...] ergriffen“.<sup>493</sup>

Ein anderes Ereignis aus Mannheim zeigt das strengere Vorgehen gegen Ärzte, zugleich aber auch die unzulänglichen Bedingungen für kurzfristig anberaumte Impfkaktionen: Anfang Oktober 1808 wurden sämtliche Ärzte Mannheims durch ein Rundschreiben von der Großherzoglichen Polizeikommission der Stadt verpflichtet, alle geimpften und ungeimpften Kinder bis zum 15. Lebensjahr zu registrieren. Diese Anordnung war als Grundlage für eine Impfkaktion gedacht, die wegen der seit vier Monaten beobachteten Pockenherde mit Todesfällen zügig durchgeführt werden sollte. Die Einwohner wurden informiert und den Ärzten Formulare für Tabellen und Impfstattest zugesendet mit der Aufforderung, die Eltern möglichst zur Impfung ihrer Kinder zu überreden. Doch dieser Plan erwies sich als aussichtslos, weil für Impfungen größeren Umfangs an einem bestimmten festgesetzten Termin nicht genügend Impfstoff zur Verfügung stand. Lymphmangel war offenbar ein Dauerproblem, wie ein Assistenzarzt 1808 an die Sanitätskommission berichtete. Seit dem vierjährigen Bestehen des Mannheimer Impfinstituts haperte es, einen „beständige[n] Vorrath reinen Impfstoffs“ bereitzustellen. Der Grund dafür läge in der Zurückhaltung der Eltern, die das Abimpfen ihrer Kinder nicht gestatteten, weil sie „durch die bisher unbesiegbaren Vorurtheile“ zur Impfung nicht eingewilligt hätten.<sup>494</sup> Gerade zur Vermeidung von Engpässen und zur Sicherung unverzüglichen Impfens waren 1804 in Karlsruhe, Mannheim, Freiburg und Meersburg Impfinstitute eingerichtet worden. Doch an allen Instituten gab es Schwierigkeiten bei der Impfstoffbeschaffung. Zu wenig frisch geimpfte Kinder standen als „lebende“ Impfstoffproduzenten zur Verfügung und zeitweilig gerieten deshalb Impfkampagnen ins Stocken oder mussten vorübergehend abgebrochen werden.<sup>495</sup>

<sup>492</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 440-444.

<sup>493</sup> Ebd., 359, 436, 440, 443.

<sup>494</sup> Salaba, Soziale Lage, 152.

<sup>495</sup> Ebd., 153-154; Wischhöfer, Krankheit, 328; Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 270.

Dieses Problem hatten in Mannheim die Hofraths-Collegii der Pfalzgrafschaft mit einer Verfügung vom 21. Januar 1807 vergeblich zu lösen versucht: Sie forderten alle zur Impfung befugten „hiesigen Wundärzte auf [...], ihnen zur Impfung angetragen werdende arme Kinder, ohne Ausnahme, an das großherzogliche öffentliche Impfinstitut an- und zu verweisen“. Auch den Impfärzten war vorgeschrieben worden, von „allen bemittelten Eltern“ „pflichtmäßig“ Impfstoff zu sammeln und „übrigen Impfstoff“ an das Institut weiterzugeben. Verschärft wurde diese Anordnung mit der Drohung, dass bei Verstößen eine teilweise „Entziehung der Impfungserlaubnis“ erfolge.<sup>496</sup>

### 2.3.5 Die Einführung des indirekten und gesetzlichen Impfwangs 1809 und 1815

Obgleich die Impfwilligkeit der Bevölkerung vielerorts zu wünschen übrig ließ, war am 17. September 1808 noch immer die „hohe Landesregierung nicht geneigt [...], die Schutzpocken-Impfung mit Zwang zu befehlen“. Immerhin wurde eine Isolierung von Pockenkranken durch Häusersperren verfügt.<sup>497</sup> Einen Monat später, am 16. November 1808, gab das Ministerium des Inneren eine Verordnung für den indirekten Impfwang heraus, der am 16. November 1809 rechtskräftig werden sollte: Danach musste von allen „Eingeborenen des Landes“ ein Impfschein über die Pockenschutzimpfung vorgelegt werden, wenn sie in „Gymnasien, Lyzäen, Universitäten, [...] bei Gewerken und Handwerkern“ aufgenommen werden wollten. Für alle Kinder in Armen-, Waisen- oder anderen Staats-Versorgungshäusern sowie für Kinder, deren Eltern Unterstützung aus Armenfonds erhielten, wurde die sofortige Impfung angeordnet. Eine vierteljährliche Überprüfung geimpfter und bereits an Pocken erkrankter Kinder sowie die Meldung von Pockentoten dienten einer zusätzlichen Kontrolle. Die Berichte, für die die Ortsvorstände zuständig waren, erhielten zuerst die Provinzregierungen, dann das Ministerium. Die Ärzte mussten ebenfalls vierteljährliche Berichte für die General-Sanitäts-Kommission anfertigen, die eine Generalübersicht zusammenzustellen und dem Ministerium des Inneren vorzulegen hatte.<sup>498</sup>

Eine Verordnung der oberrheinischen Regierung vom 7. September 1809 wies die Amtsphysikate wiederholt an, für die Impfung besonders in den Orten mit hoher Verweige-

<sup>496</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 357.

<sup>497</sup> Ebd., 442.

<sup>498</sup> Ebd., 360-361, Eimer, Die Blatternkrankheit, 103.

rungsrate zu werben. Die Pfarrer sollten in öffentlichen Predigten, und die Lehrer in der Schule „unter persönlicher Verantwortlichkeit“ über die Impfung aufklären.<sup>499</sup>

Das Regierungsreskript, das zwar erst 1809 für Schulen und Universitäten zur Anwendung kommen sollte, zeigte bereits bei Ankündigung seine Wirkung; „sehr bedeutende Fortschritte“ wurden 1808 mit 24.048 Impfungen verzeichnet gegenüber nur 7.224 Impfungen im Vorjahr.<sup>500</sup>

Die jährlichen Bekanntmachungen wiesen überwiegend „durchgeimpfte“ Ortschaften aus und nur noch einige wenige, in denen die Impfung insgesamt oder teilweise verweigert wurde. Pockenepidemien waren seltener geworden und traten nur vereinzelt örtlich auf, wofür die Einschleppung von „herumziehenden, armen Christenfamilien“ oder „durchziehenden jüdischen Bettelfamilien“ verantwortlich gemacht wurde. Um sich gegen diese Gefahr zu schützen, schrieb eine Verordnung vom 22. Dezember 1808 vor, diese Familien aufzugreifen, sie isoliert unterzubringen und zu versorgen.<sup>501</sup>

Trotz verringerter Gefahr forderten einige Ärzte bereits zu diesem Zeitpunkt die gesetzliche Einführung der Pockenschutzimpfung. Auch sollten Erziehungsberechtigte, deren Kinder die Pockenepidemie weiterverbreitet hatten, bestraft werden. Doch die badische Regierung ließ in einer Druckschrift vom 3. Juni 1812 verlauten, dass es „weise“ sei, nicht „den freien Willen seiner Unterthanen [...] zu binden“.<sup>502</sup> Lediglich am 7. August 1812 forderte man sämtliche Pfarrämter auf, die vierteljährlichen Verzeichnisse der verstorbenen und neugeborenen Kinder pünktlich an die Physikate zur Erstellung einer General-Tabelle abzugeben. Ein zusätzlicher „ernstlicher“ Verweis beinhaltete, dass „nur lizenzierte Aerzte und Wundaerzte erster Klasse sich mit der Schutzpocken-Impfung befassen dürften“.<sup>503</sup>

Erst auf die erneute Gefahr einer größeren Pockenepidemie, die sich seit 1814 in der Schweiz ausbreitete und von dort eingeschleppt zu werden drohte, reagierten die badischen Behörden am 30. März 1815 mit verschärfenden Maßnahmen. Die seit 1808 bestehenden Bestimmungen wurden erneuert und außerdem gefordert, dass an den Grenzen Fremde zurückzuweisen oder aufzugreifen und zu isolieren seien.<sup>504</sup> Kurz darauf, am 17. April 1815, gab die badische Regierung ihre großzügige auf Freiwilligkeit setzende Haltung auf und führte den

---

<sup>499</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 368-369.

<sup>500</sup> Ebd., 443.

<sup>501</sup> Ebd., 362.

<sup>502</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 162.

<sup>503</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 372, 373, 375.

<sup>504</sup> Ebd., 376.

gesetzlichen Impfbzwang ein. Dieser Entschluss war wohl aufgrund der drohenden Gefahr erfolgt bei der gleichzeitigen Rückläufigkeit der Impfungen, die in den Jahren 1813 und 1814 nur noch 18.347 bzw. 19.018 gegenüber 28.744 im Jahre 1812 betragen hatten. Nun mussten nach der dem Gesetz unmittelbar folgenden Instruktion vom 2. Mai alle Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres geimpft werden, und zwar während einer jährlichen General-Impfungszeit in den Monaten Mai und Juni. Eltern und Vormündern wurde eine Geldstrafe bis zu acht Gulden bei Versäumnis der Impfung und bei „Halsstarrigkeit auch mit Gefängnißstrafe“ gedroht. Alle ungeimpften Erwachsenen, die bisher die Pocken noch nicht überstanden hatten, mussten sich ebenfalls impfen lassen. Im Jahre 1815 stieg die Zahl der Impfungen entsprechend an und betrug 34.606.<sup>505</sup>

### **2.3.6 Die Verschärfungen der Impfpflicht ab 1826**

#### **2.3.6.1 Die Salpeterer und der Impfbzwang**

Schon vor der gesetzlichen Einführung der Pockenschutzimpfung 1815 wurde in 26 Physikaten über mehrere Jahre hinweg die Impfung als „fast vollständig“ oder „vorgenommen“ gemeldet.<sup>506</sup> Doch fortlaufende Verfügungen beweisen, dass eine ständige Kontrolle und Erweiterung der gesetzlichen Impfbestimmungen notwendig war. Besonders hartnäckigen Widerstand gegen den Impfbzwang leisteten die im Breisgau ansässigen Salpeterer. Ihre Impfverweigerung war auf ihre strenge Religiosität, teilweise auch auf politische Motive zurückzuführen. Der Staat, der ihrer Meinung nach keine Legitimation für den Impfbzwang besaß, mutete ihnen zu, dass ihren Kindern „Teufelszeichen“, die sie in den Impfnarben sahen, zugefügt wurden.<sup>507</sup> Ihre standhafte Impfverweigerung gründeten sie auf der Vorsehung Gottes, wonach man dessen Willen nicht vorgreifen könne und Krankheit eine Strafe als Folge der Erbsünde hinzunehmen sei. Diese Überzeugung veranlasste sie, lieber Geldbußen oder mehrere Tage Arrest auf sich zu nehmen, bevor sie ihre Kinder zum Impfen freigaben, wie ein Beispiel aus Waldshut vom Februar 1827 zeigt. In diesem Fall hatte der Salpeterer Anton Sybold schon mehrmalig hohe Geldstrafen wegen Impfverweigerung entrichtet. Die Kinder konnten erst geimpft werden, nachdem die Eltern in Gewahrsam genommen worden waren. Sie blieben so-

---

<sup>505</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 428, 376-385. Eimer, Die Blatternkrankheit, 103.

Bohn, Heinrich: Handbuch der Vaccination, Leipzig 1875, hier 19.

<sup>506</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 270.

<sup>507</sup> Lehner, Die Salpeterer, 289.

lange in Haft, bis sich bei den Kindern die Schutzpocken ausgebildet hatten und die Wirkung der Impfung nicht mehr unterbrochen werden konnte.<sup>508</sup>

### 2.3.6.2 Die General-Impfrevision von 1826

Gezielte zusätzliche Anordnungen beweisen die konsequente Durchsetzung der gesetzlichen Regelungen in Baden. Als 1826 eine erneute Pockenbedrohung von Frankreich und der Schweiz ausging, wurden alle Fremden an der badischen Grenze zurückgewiesen und eine Befragung sämtlicher Einwohner über den gegenwärtigen Impfstand veranlasst. Die Ergebnisse waren an die Polizei-Direktion oder den Stadt-Physikus zu melden. Auch Dienstboten oder Handwerksgelesen wurden der Kontrolle unterzogen und durften unter Strafandrohung ohne Impfausweis nicht eingestellt werden.<sup>509</sup> Ab 21. Februar 1826 mussten sich Eltern verpflichten, Pockenerkrankungen ihrer Kinder umgehend bekanntzugeben. Bei Versäumnissen drohte, „mit 10 bis 20 Reichsthalern unnachsichtlich bestraft [zu] werden“.<sup>510</sup>

Trotz dieser verschärfenden Maßnahmen erkrankten in Waldkirch, Emmendingen und im Seekreis neun Personen an Pocken, von denen drei starben. Unverzüglich wurde eine „Impfrevision aller seit dem Jahre 1815 geimpften Personen“ angeordnet. Eine „General-Impfrevision im ganzen Lande“ folgte, als auch in anderen Kreisen die Pocken auftraten.

Die Impftabellen weisen eine erhöhte Imp fzahl von 44.786 für 1826 auf, gegenüber 32.316 im vorangegangenen Jahr 1825 und 35.461 im nachfolgenden Jahr 1827. Über die „doppelte Vaccination“, die „alljährliche“ und „außerordentliche“ Impfung bzw. Impfrevision, informierte das Ministerium des Inneren am 15. Juli 1828.<sup>511</sup>

<sup>508</sup> Lehner, Die Salpeterer, 95-96; Kies, Verweigerte Moderne, 195-197.

<sup>509</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 395: Verordnung vom 17. Februar 1826; 396: Verordnung vom 21. Februar 1826; 400: Verordnung vom 11. April 1826; 402: Verordnung vom 2. Mai 1826.

<sup>510</sup> Ebd., 398.

<sup>511</sup> Ebd., 457-458, 433-434: Die angegebene Imp fzahl ist zwar um etwa ein Viertel höher als üblich, stellt jedoch eine umfassende Wiederimpfung infrage. Der Verdacht bestätigte sich 1831 z.B. bei Überprüfung der Rekruten.

### 2.3.7 Die Revakzinationen

Nachdem immer häufiger irreguläre Pockenverläufe und Wiedererkrankungen bei Geimpften beobachtet worden waren, bat die Sanitätskommission die Universitäten Heidelberg und Freiburg um die Begutachtung folgender Fragen: 1) Ob die Kuhpockenlymphe noch immer als ein allgemeines Schutzmittel gegen die Pocken angesehen werden könne, 2) welchen Wert die Pockenschutzimpfung habe und ob sie weiterhin als allgemein verbindlich gelte, und 3) welche Maßnahmen notwendig seien, wenn man die Verbreitung der Pocken verhindern wolle. Die am 3. April 1827 veröffentlichte Beurteilung lautete: 1) Die Kuhpockenlymphe gelte weiterhin als Schutz. 2) Es sei nicht erwiesen, ob die Pockenschutzimpfung nur eine gewisse Reihe von Jahren vor den Pocken schütze. 3) Eine Wiederimpfung sei nicht nötig.<sup>512</sup>

Zwei Jahre später, am 5. Mai 1829, veröffentlichte das Ministeriums des Inneren die inzwischen allgemein anerkannte Überzeugung: Die Schutzkraft der Lympe nehme ab und biete nur einen zeitweisen Schutz von etwa zehn Jahren. Wahrscheinlich sei, dass „der seit Jenner’s Entdeckung durch so viele Generationen und menschliche Körper durchgewanderte Kuhpockenstoff allmählich an seiner Schutzkraft gegen die Blattern verloren habe und ausgeartet seyn dürfte, dass es daher unumgänglich nöthig werde, sich mit frischer Kuhpocken-Lympe von Kühen aus England, oder auch von inländischen Kühen, zu versehen, um damit künftig zu impfen, und selbst früher Geimpfte noch einmal zu vacciniren.“<sup>513</sup>

Die Sanitätskommission reagierte auf diese Feststellung mit ständigen Empfehlungen zu Wiederimpfungen, sobald irgendwo erneut die Pocken auftraten.<sup>514</sup> Für die Beschaffung von geeigneter Lympe erschienen in sämtlichen Anzeigebüchern Belehrungen über die Merkmale pockenkranker Kühe. Alle, die solche Kühe meldeten, sollten mit zwei Dukaten belohnt werden.<sup>515</sup> Das Auffinden pockenkranker Kühe bzw. ihre Bekanntgabe galt in den folgenden Jahren als „besondere Erscheinung“ und blieb wichtige offizielle Verlautbarung.<sup>516</sup>

Vorsorgemaßnahmen gegen mögliche Pockeneinschleppungen zu treffen, galt in Baden als höchstes Gebot, wie folgendes Beispiel veranschaulicht: Ab Anfang 1849 wurden alle Gemeinden über Isolierungsmaßnahmen informiert und Vorbereitungen für eine Nachimpfung

<sup>512</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 408-412; Eimer, Die Blatternkrankheit, 104.

<sup>513</sup> Ebd., 418-422, bes. 418-419; Eimer, Die Blatternkrankheit, 104-106.

<sup>514</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1838), 274; Eimer, Die Blatternkrankheit, 105; Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 163.

<sup>515</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1838): Veröffentlichung des Ministeriums des Inneren vom 15. April 1828: 414-415, 418-422.

<sup>516</sup> Ebd., 280, 284: beispielsweise wurde in Bekanntmachungen vom 9. Juli 1833 und 1. November 1836 verkündet, „frische Lympe ... von einer an Pocken erkrankten Kuh“ gewonnen zu haben. Eimer, Die Blatternkrankheit, 105.

der über 16-Jährigen getroffen, nachdem eine seit 1842 von Osten näherrückende Pockenepidemie erneut die deutschen Staaten bedrohte, mit der man in Baden um etwa 1850 rechnete.<sup>517</sup> Diese Abwehrstrategie schien sich bewährt zu haben, denn nach Erhebungen Anfang der 1850er Jahre entschloss man sich, die sonn- und feiertäglichen Impfungen einzustellen. Am 6. Dezember 1853 wurde bekanntgegeben, dass Impfungen nur noch während Pockenepidemien notwendig seien.<sup>518</sup>

Zu strengeren „Maßregeln gegen die Blattern“ sah man sich dagegen erneut am 30. Mai 1865 gezwungen. Das Großherzogliche Ministerium des Inneren ordnete in einem Katalog von neun Paragraphen unter anderen folgende Maßregeln an: Jede Pockenerkrankung sollte sowohl von Familienangehörigen, Hausbewohnern, als auch dem behandelnden Arzt unverzüglich der Ortspolizeibehörde angezeigt werden und eine sofortige Personensperre sowie die Aufnahme eines Pockenkranken in ein Absonderungshaus erfolgen. Ebenso seien befallene Häuser zu kennzeichnen und Revakzinationen aller Mitbewohner durchzuführen. Gleichzeitig wurde die Bevölkerung auf die „Rätlichkeit der Wiederimpfung“ aufmerksam gemacht. Der Bezirksarzt erhielt die Anweisung, die Revakzination in den einzelnen Gemeinden unentgeltlich vorzunehmen.<sup>519</sup>

Die Impfpflicht wurde in Baden - neben den ständigen kurzfristig lokal anberaumten Wiederholungsimpfungen - generell erweitert: Ab 1865 fanden öffentliche Impfungen zweimal im Jahr statt. Somit blieb kein Kind länger als sechs bis acht Monate ohne Impfschutz.<sup>520</sup> Die Impfanstalten Mannheim, Freiburg und Überlingen wurden verpflichtet, „stets frischen Impfstoff vorrätig zu halten und hiervon den Bezirksärzten des Landes auf Begehren unentgeltlich abzugeben“.<sup>521</sup>

Die Unnachgiebigkeit, mit der die badischen Behörden ihre Impfpolitik durchsetzten, bestätigt eine Verordnung vom 7. Februar 1870. Darin wurden alle Inhaber von Papierfabriken veranlasst, „für gehörige Wiederimpfung der bei den Arbeiten mit ungereinigten Lumpen verwendeten Leute Sorge zu tragen und nötigenfalls die Kosten derselben zu bestreiten“.<sup>522</sup>

<sup>517</sup> Volz, Robert (Hg.): Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins. Karlsruhe 1849, hier 34, 42, 54.

<sup>518</sup> Oeffinger, H[ermann] (Hg.): Das Medizinalwesen des Großherzogtum's Baden. Sammlung der Gesetze, Verordnungen, Erlasse u.s.w., welche den ärztlichen Stand betreffen. Handbuch für Staatsärzte, practische Aerzte und Studierende. Eberbach 1882, hier 211-212.

<sup>519</sup> Oeffinger, Das Medizinalwesen des Großherzogtum's Baden, 64-67.

<sup>520</sup> Bohn, Handbuch, 129; Stiefel, Karlsruhe, 1286.

<sup>521</sup> Oeffinger, Das Medizinalwesen des Großherzogtum's Baden, 211.

<sup>522</sup> Ebd., 67. Langsdorff, Gesetze, Verordnungen und Erlasse, 523.

Selbst das Übermaß an Vorkehrungen – in gefährdeten Landesteilen wurde auch eine dritte Wiederimpfung angeordnet - konnte nicht verhindern, dass in Baden 1871 über 1000 Menschen (von ca. 620.000 Einwohnern) an den Pocken starben.<sup>523</sup>

### 2.3.8 Die Impfregelelungen für das Militär

Das Kriegs-Ministerium legte am 31. Juli 1829 fest, dass bei künftigen Aushebungen die Pockenschutzimpfungen aller Rekruten durch Militärärzte überprüft werden sollten und bei zweifelhaftem Ergebnis eine sofortige Vakzination vorzunehmen sei.<sup>524</sup> Am 29. Dezember 1830 wurde die Nachimpfung aller Rekruten angeordnet. Die Ermittlungen hatten ergeben, dass es einen größeren Teil ungeimpfter oder nicht revakzinierter Soldaten gab, weil die 1826 veranlasste Impfrevision wohl lückenhaft durchgeführt worden war. Einem Erlass vom 29. Juli 1834, beispielsweise an den Mittelrheinkreis, ist zu entnehmen, dass beim Einzug zum Militärdienst „jede[r] einzelne[] Mann im Beisein des Militärarztes genau zu visitiren“ sei. Bestanden Zweifel an seinem Pockenschutz, war er sofort zu impfen.<sup>525</sup>

Ab 1840 wurde die gesetzliche Revakzination für alle Soldaten eingeführt sowie jährliche Überprüfungen und gegebenenfalls Wiederimpfungen vorgenommen.<sup>526</sup>

Vor 1840 waren elf Rekruten an den Pocken gestorben. Nachdem von 1840 bis 1868 100.546 Rekruten revakziniert worden waren, traten nur noch zwei Sterbefälle auf, obwohl die badische Armee bis zum Jahr 1868 von 4.500 Soldaten auf 10.900 angewachsen war.<sup>527</sup> Während der Kriegsmonate von 1870 und 1871 erkrankten bei der inzwischen 21.955 Mann starken badischen Armee 288 Soldaten an Pocken, von denen zwölf starben. Die Pockenerkrankungen und Todesfälle wurden darauf zurückgeführt, dass die badischen Felddivisionen in einem stark verseuchten Gebiet kämpften und die Soldaten auch in ein stark infektiöses Gebiet heimkehrten.<sup>528</sup>

<sup>523</sup> Jacobi, Das Reichs-Impf-Gesetz, 58, 64-67.

Kübler, Geschichte, 286: von 100.000 Einwohnern starben 1870: 19,5; 1871: 161,1; 1872: 19,1; ab 1873 nur noch 0,6; 1874: 0,9; 1875: 0,9.

Stiefel, Karlsruhe, 1287.

<sup>524</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1830), 423.

<sup>525</sup> Baur von Eiseneck: Sammlung sämtlicher Gesetze (1838), 235-236, 260.

<sup>526</sup> Eimer, Die Blatternkrankheit, 105; Kübler, Geschichte, 229.

<sup>527</sup> Bohn, Handbuch, 301; Kübler, Geschichte, 231.

<sup>528</sup> Kübler, Geschichte, 318-320.

### 2.3.9 Resümee

Seit 1766 bemühten sich die Gesundheitsbehörden in Baden um die Bekämpfung der Pocken. Da ihr Hauptaugenmerk auf vorbeugende Maßnahmen gerichtet war, wurde schon die Inokulation propagiert, die Bevölkerung informiert und Ärzte und Chirurgen zur Aneignung von Impfkennnissen aufgefordert. Nach Bekanntwerden der Vakzination und den ersten positiven Erfahrungen der ab April 1800 durchgeführten Impfungen erschienen im September 1801 die ersten Verordnungen der Medizinalbehörden. Ärzte wurden bezüglich der Impfversuche zur Vorsicht ermahnt und gleichzeitig zur Berichterstattung über alle Impfungen aufgefordert. Im Jahre 1803 bezog man Geistliche und Gemeindeverwaltungen ein, um die Impfung auch auf dem Land zu verbreiten. Dabei wurde größter Wert auf einen nachsichtigen Umgang mit der Bevölkerung gelegt; keinesfalls sollte Zwang ausgeübt werden. Die Einsendung der von den Ärzten geforderten Impftabellen dagegen überprüfte man sorgfältigst und rügte Unterlassungen, weil die Impfergebnisse einem geplanten umfassenden Impfprogramm als maßgebliche Grundlage dienen sollten. Die 1804 eingerichteten Impfanstalten in Karlsruhe, Mannheim, Freiburg und Meersburg waren wesentliche Voraussetzung für einen ständig verfügbaren Impfstoffvorrat, um mit kurzfristig angesetzten Impfkationen Pockenepidemien abwenden zu können. Allerdings kam es an den Impfinstituten zu zeitweiligem Impfstoffmangel, da nur wenige Mütter bereit waren, ihr Kind der Anstalt oder Impfärzten zum Abimpfen zu überlassen. Die seit Impfbeginn bestehende zurückhaltende Impfwilligkeit der Bevölkerung bei gleichzeitiger permanenter Einschleppungs- und auch Ausbruchsfahr latent vorhandener Pockenherde führte ab 1809 zu strengeren Impfregeleungen: Zunächst wurde für alle Bewerber, die in höheren Schulen, Universitäten und bei Handwerkern aufgenommen werden wollten, Impfwang angeordnet. Auch Kinder in allen Armen- und Waisenhäusern oder von unterstützungsbedürftigen Eltern hatten sich einer sofortigen Impfung zu unterziehen. Die Ärzte wurden verpflichtet, die vorgenommenen Impfungen vierteljährlich an die General-Sanitäts-Kommission zu melden. Eine erneute Pockenepidemie, die sich aus der Schweiz nach Baden auszudehnen drohte, veranlasste die badische Regierung, endgültig ihre Freizügigkeit aufzugeben. Am 17. April 1815 wurde der allgemeine gesetzliche Impfwang eingeführt. Das Gesetz sah vor, dass alle Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres geimpft werden mussten, andernfalls drohte Eltern und Vormündern eine hohe Geld- oder Gefängnisstrafe. Auch alle Erwachsenen, die bisher nicht an Pocken erkrankt waren, wurden impfpflichtig.

Verschärfung der Maßnahmen kennzeichnen die unnachgiebige Durchsetzung der Impfvorschriften der folgenden Jahre. Als sich 1826 während eines Pockenausbruchs in eini-

gen südlichen Gemeinden Pockenfälle auch bei bereits Geimpften häuften und sich die Gefahr der Ausbreitung auf andere Kreise abzeichnete, wurde eine General-Impfrevision für alle seit dem Jahre 1815 geimpften Personen in ganz Baden festgesetzt. Danach fanden in den Gemeinden bei jedem erneuten Pockenfall grundsätzlich Wiederholungsimpfungen statt.

Nach einer Zeit der Entspannung in den 50er Jahren wurden ab 1865 wieder strengere Impfrege­lungen notwendig. Baden entschied sich als einziges Land zu halbjährlichen öffentlichen Impfungen, so dass Neugeborene längstens acht Monate ohne Pockenschutz blieben. Auch wurden andere Pockenherde, wie etwa in Papierfabriken, in denen die Seuche durch infizierte Lumpen übertragen werden konnten, überwacht und Inhabern mit einer Verfügung von 1870 die Wiederimpfung ihrer Arbeiter zur Auflage gemacht.

Baden wurde 1870 und 1871 ebenfalls von der ausgedehnten Pockenepidemie erfasst und hatte – trotz ständig kontrollierter Vorkehrungen durch Revakzinationen – mit 1000 Pockentoten in der Zivilbevölkerung hohe Verluste hinzunehmen. Bei der seit 1830 durch Militärärzte überprüften badischen Armee, deren Angehörige sich ab 1840 jährlichen Wiederimpfungen und Kontrollen unterziehen mussten, traten in den Kriegsmonaten von 1870 und 1871 zwölf Todesfälle auf.

## **2.4 Die Impfrege­lungen in Sachsen**

### **2.4.1 Die Pockenbekämpfung im 18. Jahrhundert**

Ab 1772 befasste sich das Sanitätskollegium mit der Behandlung und Vorbeugung der Pocken und erließ eine umfassende Instruktion. Zur „Heilung der Blattern“ wurden vor allem diätetische Maßnahmen, Aderlässe und allgemein stärkende und beruhigende Medikamente vorgeschlagen. Die Inokulation wurde empfohlen und von Ärzten erwartet, dass sie sich beispielgebend zuerst impfen ließen, um somit Vertrauen in diese Impfmethode warben.<sup>529</sup>

Ab 1797 begann mit dem Erlass von Reskripten vom 30. November und 14. Dezember durch die kurfürstliche Regierung unter Friedrich August III. (reg. 1763-1827) die statistische Erfassung aller Pockenfälle und der Sterblichkeitsrate. Das Oberkonsistorium und alle geistlichen Behörden wurden zu jährlichen Verzeichnissen über Geburten und Todesfälle, insbesondere zur Angabe der Anzahl der Pockentoten aufgefordert.<sup>530</sup> Allerdings konnten die erhalte-

<sup>529</sup> Schmalz, Die Königlich Sächsischen Medizinalgesetze, 203-215.

<sup>530</sup> Schmalz, Die Königlich Sächsischen Medizinalgesetze, 216-217; Otto, Geschichte, 8.

nen Daten erst ab 1800 bewertet werden, da vor diesem Zeitpunkt die Angabe der Todesursache in den Sterberegistern noch nicht vorgeschrieben war.<sup>531</sup>

#### 2.4.2 Die Einführung der Vakzination

Sachsen wurde in den Jahren 1800, 1805 und 1807 besonders stark von den Pocken heimgesucht. Die Epidemie im Jahre 1800 forderte allein mehr als 20.000 Todesopfer bei Kindern.<sup>532</sup> Trotz dieser hohen Verluste traf die sächsische Regierung bis 1805 keine besonderen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pocken.

Die ersten Vakzinationen wurden im Jahre 1800 von einem Leipziger Arzt, Dr. Braune, vorgenommen. Mit aus Hannover bezogenem Impfstoff impfte er die Kinder des Buchhändlers Rein. Die Impfungen an dem zwei Jahre alten Jungen und dem sieben Monate alten Mädchen waren offenbar erfolgreich. Es wird berichtet, dass auch andernorts in Sachsen bereits 1801 bei „Tausenden“ die Impfung durchgeführt worden sei.<sup>533</sup>

Fehlende staatliche Impfregeleungen weckten ein besonderes Engagement einzelner Mediziner in Sachsen. Der bekannte Arzt Dr. Friedrich Adolph August Struve (1781-1840)<sup>534</sup> impfte seit 1801 in Görlitz und in etwa einhundert umliegenden Dörfern. Seinen Impftabellen ist zu entnehmen, dass er in sieben Jahren mit hohem persönlichem Einsatz mehrere tausend Impfungen durchführte: Er ging von Haus zu Haus, belehrte die Eltern und nahm erst nach deren Einwilligung die Impfung an ihren Kindern vor. Im Jahre 1805 gründete er zusammen mit Görlitzer Bürgern eine Art Prämienfond, um armen Eltern für die Impfung ihrer Kinder als Belohnung sechs Groschen auszahlen zu können. Innerhalb von zwei Jahren verteilte er 100 Prämien.<sup>535</sup> Ebenso suchte der Zittauer Arzt Dr. Friedrich Wilhelm Ludwig Hirt (1761-

<sup>531</sup> Tutzke, Blatternsterblichkeit, 75.

<sup>532</sup> Otto, Geschichte, 9.

<sup>533</sup> Schmiedtgen, Die Kuhpockenimpfung, 9, 17, 25, 50-62, besonders 49: Der Verfasser gestaltete seinen Bericht über die Kuhpockenimpfung in Form eines Briefwechsels „In Briefen an Sophie M\*\*\*, geb.\*\*\*“. In fünf vorgegebenen fiktiven Briefen beantwortete er Fragen, die von einer unsicheren und besorgten Mutter zur Impfung gestellt wurden. In den Antworten klärte er über die Kuhpockenimpfung und die Impfmethode sowie den Verlauf, die Ergebnisse, die bisherigen Erfolge und die Verbreitung auf. Nach eigener Darstellung beabsichtigte er, mit seinen ausführlichen Aufzeichnungen die Ängste etwaiger Schädlichkeit der Impfung sowie alte Vorurteile und „falsch verstandene Gottergebenheit“ zu beseitigen.

<sup>534</sup> Friedrich Struve, am 9. Mai 1781 in Neustadt (Sachsen) geboren, studierte in Leipzig und Halle Medizin und praktizierte ab 1803 als Arzt in Neustadt bei Stolpen. Später übernahm er die Apotheke seines Schwiegervaters, entwickelte und stellte künstliches Mineralwasser her und eröffnete in mehreren großen Städten, etwa Berlin, Moskau und Warschau Trinkkuranstalten. DBE (1998), 9, 599.

<sup>535</sup> Tutzke, Blatternsterblichkeit, 80: Diese Art von Belohnung hatte 1770 schon Katharina II. zur Steigerung des Interesses an der Variolation bei der Bevölkerung angewendet.

1827)<sup>536</sup> mit Anreizen das Interesse der Bevölkerung für die Vakzination zu wecken. Er ließ 1806 kleine Silbermedaillen als Geschenk für die Eltern, die ihre Kinder impfen ließen, prägen. Andere einfallsreiche Methoden, z. B. die Aufführung eines aufklärenden Lustspiels im Zittauer Schauspielhaus, sollten zur Verbreitung der Pockenschutzimpfung beitragen.<sup>537</sup>

### 2.4.3 Die staatlichen Regelungen und die Situation der Pockenbekämpfung

Von Seiten der Regierung erfolgte erstmals am 20. Februar 1805 ein Missive zur Pockenschutzimpfung mit „Spezielle[m] Unterricht für den gemeinen Mann“ zum angemessenen diätetischen Verhalten bei Pocken.<sup>538</sup> Die nachfolgende Verordnung vom 25. Februar 1805 erteilte nur Ärzten und Wundärzten die Befugnis zum Impfen. In der angeschlossenen Instruktion wurden sie aufgefordert, sich die notwendigen Kenntnisse durch das Studium der einschlägigen Schriften erfahrener Impfärzte zu erwerben. Genannt wurden neben Jenner und einigen ausländischen Ärzten, die deutschen Ärzte Bremer in Berlin, Ballhorn und Strohmeier in Hannover und Sybel in Brandenburg. Sie alle hatten Pionierarbeit durch ihre früh aufgenommenen zahlreichen Impfungen geleistet. Eine andere Klausel dieser Verordnung betonte ausdrücklich, dass niemandem die Impfung verweigert werden dürfe, die er für sich und seine Angehörigen wünsche.<sup>539</sup>

Als Propaganda auf dem Land war das „Reskript zur Mitwirkung der Geistlichen zur Beförderung der Kuhpockenimpfung“ vom 4. April 1805 gedacht. Neben der Verbreitung der Impfung in ihren Predigten sollten sie gleichzeitig ein Verzeichnis der geimpften Kinder anlegen.<sup>540</sup> Als einige Seelsorger ihre „Mitwirkung“ zu wörtlich nahmen und zur Ermutigung der übrigen Ortsbewohner sich selbst und ihre Kinder impften, wurden sie jedoch von Ärzten gerügt und auf die Ungesetzlichkeit ihres Handelns hingewiesen.<sup>541</sup>

Die große Mehrzahl der Pfarrer und auch der Ärzte vernachlässigte in den folgenden Jahren eher ihre Verpflichtungen, zu denen die pünktliche Einreichung der jährlichen Verzeichnisse über die durch Pocken verursachten Todesfälle gehörte. Ermahnende Reskripte

<sup>536</sup> Hirt praktizierte seit 1784 in Zittau als einziger Geburtshelfer in der Umgebung. 1801 führte er die Pockenimpfung ein. Aus: [www.zittau.de](http://www.zittau.de) vom 10. Januar 2008.

<sup>537</sup> Tutzke, Blatternsterblichkeit, 81-82.

<sup>538</sup> Schmalz, Die Königlich Sächsischen Medizinalgesetze, 217-227.

<sup>539</sup> Ebd., 227-237; Otto, Geschichte, 10.

<sup>540</sup> Ebd., 239-243.

<sup>541</sup> Tutzke, Blatternsterblichkeit, 81.

vom 20. Juni und 27. Juli 1810, mit denen ausstehende Übersichten der Jahre 1806 bis 1808 angefordert wurden, bestätigen diese Versäumnisse.<sup>542</sup>

Mit einer umfassenden Belehrung über die Geschichte der Pocken einschließlich der Impfmethode, des Impf- bzw. Krankheitsverlaufs und der Lymphgewinnung suchte das Sanitätskollegium am 8. Juni 1814 das merklich nachlassende Impfinteresse der Bevölkerung zu aktivieren. Der erhoffte positive Einfluss stellte sich jedoch nur vorübergehend im Jahre 1819 ein, als sich ein großer Teil der Bevölkerung aus Furcht vor der gerade herrschenden Pockenepidemie hatte impfen lassen. Danach ebte die Impfwillingkeit wieder ab.<sup>543</sup>

Die anhaltende hochgradige Pockengefahr bei mangelnden gesetzlichen Impfbestimmungen veranlasste einzelne Stadt- und Gemeindeverwaltungen, eigene Impfprogramme zu entwickeln. So organisierte der Stadtrat in Bautzen ab 1822 „Offizialimpfungen“ in den umliegenden Dörfern. Die Dorfschulzen hatten die impfpflichtigen Kinder unter 16 Jahren jährlich aufzulisten. Der für die Impfungen verantwortliche Stadtphysikus von Bautzen bestimmte die Impftermine, die frühzeitig in den Dörfern bekanntgegeben wurden. Der Stadtrat übernahm die Impfgebühren unbemittelter Eltern. Durch diese Initiative wurden im Jahre 1823 zwei Drittel der 1038 in sämtlichen Ratsdörfern lebenden ungeimpften Kinder erfasst und geimpft.<sup>544</sup> Auch die Stadtverwaltung in Leipzig warb ab 1831 verstärkt mit eindringlichen Ermahnungen an die Mütter für die Pockenschutzimpfung. Die hohen Imp fzahlen von 1833 mit 30.556 Impfungen und 1834 mit 22.414 Impfungen beweisen, dass das unentgeltliche Impfangebot gerne in Anspruch genommen wurde.<sup>545</sup>

#### **2.4.4 Das Impfmandat vom 22. März 1826**

Die Oberlausitzer Landstände hatten 1821 einen Regulativentwurf ausgearbeitet und mit der Vorlage bei der Regierung den Versuch unternommen, gesetzliche Impfrege lungen zu erwirken. Anlass für diese Aktion waren die seit 1805 unverändert bestehenden unzulänglichen Impfe mpfehlungen und insbesondere die problematische Impfsituation in der Oberlausitz. Die ländliche Bevölkerung dort von der Impfung zu überzeugen, gestaltete sich am schwierigsten.<sup>546</sup>

<sup>542</sup> Schmalz, Die Königlich Sächsischen Medizinalgesetze, 240-243; Otto, Geschichte, 10.

<sup>543</sup> Schmalz, Die Königlich Sächsischen Medizinalgesetze, 243-261.

<sup>544</sup> Tutzke, Blatternsterblichkeit, 82.

<sup>545</sup> Otto, Geschichte, 13.

<sup>546</sup> Ebd., 83.

Der von den Landständen eingereichte Regulativentwurf, der erst vier Jahre später bearbeitet wurde, hatte sein beabsichtigtes Ziel verfehlt. Stattdessen erschien am 22. März 1826 ein Impfmandat, das zwar wichtige organisatorische Verfügungen, in Bezug auf einen Impfwang jedoch weder direkte noch indirekte Maßnahmen enthielt. Wieder sollten die Ärzte lediglich „nach Möglichkeit [danach] trachten“, Eltern zur Impfung „beweglichst [zu] ermahnen“, dass kein Kind ihres Bezirks ungeimpft bliebe (§§2,7). Zur „angelegentlichsten Pflicht“ erhob man die Verbreitung der Pockenschutzimpfung bei den Landgeistlichen. Sie sollten vor allem „abgeneigte Personen durch eindringliche Ermahnung von ihrem Vorurtheile zurück [...] bringen“ (15). Neu war, dass die medizinisch-polizeilichen Oberbehörden über die stete Bereithaltung guter und wirksamer Lympe „fleißig zu wachen“, Impfbezirke innerhalb von drei Monaten einzurichten und wenn nötig, zusätzlich Impfähzte anzustellen hatten (§§2,3). Stadt- und Gemeindevorstände sollten innerhalb von vier Wochen genaue Verzeichnisse aller Kinder unter 14 Jahren, die weder geimpft waren, noch die Pocken überstanden hatten, dem Bezirks-Impfarzt einreichen. Pfarrer wurden zu halbjährlichen Anzeigen solcher Kinder aufgefordert und alle Impfungen mussten dokumentiert und an die Landesregierung gemeldet werden. (§5) Für Arme sollte die Impfung kostenlos sein (§11). Der Ausbruch von Pocken sollte sofort oder spätestens innerhalb von drei Tagen gemeldet werden; das Versäumnis wurde mit fünf Talern Geldbuße belegt. Die allgemeine Impfung sollte umgehend vorgenommen werden (§14).<sup>547</sup>

Eine der wichtigsten im Impfmandat von 1826 erwähnten Regelungen war die Bereitstellung von reiner, wirksamer Lympe als Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung eines breiten Impfprogramms. Um die Impfstoffgewinnung bemühte sich die Königlich Sächsische Landes-Direktion ab 1833, die am 21. August eine Belehrung über die Merkmale der echten und unechten Pocken von Kühen anordnete und hoffte, dass auch eine in Aussicht gestellte Prämie von zehn Talern zur Meldung pockenkranker Kühe führen würde. Gleichzeitig forderte das Ministerium des Inneren die Königl. Tierarznei-Schule in Dresden zu Impfversuchen auf, die der Entwicklung von Retrovaxine dienten. Erst 1838, nach jahrelangen vergeblichen Versuchen, gelang die komplizierte Erzeugung von Retrovaxine, an der der Medizinprofessor Carl Gottlob Prinz (1795-1848)<sup>548</sup> entscheidenden Anteil hatte: „Die Wiedererzeu-

<sup>547</sup> Choulant, Neue Sammlung Sächsischer Medizinalgesetze, 57-70.

Bulmerincq, Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, 144-145.

Reinhard/ Bosse, Die Medicinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen, 351-353.

<sup>548</sup> Carl Gottlob Prinz studierte Medizin an der Medizinisch-chirurgischen Akademie in Dresden. Im Krieg 1813 nahm er als Militärchirurg teil, ging danach an die Dresdner Tierarzneischule und wurde dort ab 1824 Professor. Neben Veröffentlichungen über die Wiedererzeugung der Schutzpockenlymphe war er Mitredakteur der

gung, Regeneration, der Kuhpockenlymphe [...] ist unbezweifelt nur eine künstliche Vervielfältigung derselben durch Einimpfen der Schutzpockenlymphe vom Menschen auf hierzu geeignete Rinder und andere Haustiere. [...] [B]ei der Regeneration der Kuhpockenlymphe [wird] eine Verstärkung ihrer Wirksamkeit beabsichtigt. [...] Von der Schutzpockenimpfung, Vaccination, ist endlich diese Wiedererzeugung der Kuhpockenlymphe sowohl in dem Mittel, als auch in dem Zwecke verschieden. In jener sucht man nämlich außer dem Schutz gegen die Menschenpocken gewöhnlich auch das Mittel zur erforderlichen Vervielfältigung des Impfstoffes; bei der Regeneration der Kuhpockenlymphe an Thieren ist es hingegen Hauptzweck, einen zur Schutzpockenimpfung geeigneten Impfstoff herzustellen, während [...] die einfache Vervielfältigung desselben hierbei nicht allzeit, oder wenigstens nicht mit Vortheil erstrebt werden kann.<sup>549</sup>

Im gleichen Jahr wurde in Dresden das von Ärzten seit Jahren geforderte Zentral-Impfinstitut eröffnet, in dem der leitende Arzt Dr. Ernst Gottlob Pienitz (1777-1853)<sup>550</sup> wöchentlich öffentliche Impfungen anbot.<sup>551</sup>

#### 2.4.5 Die Impfmaßnahmen bis 1868

Ab den 1840er Jahren schien die Lage unbedenklich, da seit langem größere Epidemien ausgeblieben waren. Die Impfwilligkeit der Bevölkerung wurde als ausreichend eingeschätzt. Auch die statistischen Ermittlungen bewiesen den allmählichen Rückgang der Pockenfälle. Armenärzte verzeichneten danach beispielsweise in Leipzig nur 195 Pockenranke für die Jahre 1842 bis 1850, für die Jahre 1844 bis 1847 nur jeweils ein bis zwei Fälle.<sup>552</sup>

Diesen Resultaten zufolge bestätigte der Landtagsabschied vom 30. Dezember 1853 die bisherige liberale Haltung zur Impfrege lung und wies strengere Maßnahmen zurück, da die „Un-

---

„Dresdner Zeitschrift für Natur- und Heilkunde“ sowie der „Monatsschrift für Medizin, Augenheilkunde und Heilkunde“. DBE (1998), 8, 72.

<sup>549</sup> Prinz, Praktische Abhandlung, 1-2.

<sup>550</sup> Ernst Gottlob Pienitz, der die Medizinisch-chirurgische Akademie in Dresden besucht hatte, wurde Wundarzt und nahm in Leipzig das Medizinstudium auf, das er 1807 mit der Promotion abschloss. Danach ließ er sich als Hausarzt in der Landesstraf- und Armenanstalt in Torgau nieder. 1811 wurde er Hausarzt und Dirigent der Irrenanstalt Sonnenstein, und ab 1838 Direktor des Zentral-Impfinstituts in Dresden. Eine seiner wichtigsten Veröffentlichungen: „Einige Worte über die Nothwendigkeit der Irrenanstalten und der Behandlung der Seelenkrankheiten“ (1839). DBE (1998), 7, 666.

<sup>551</sup> Prinz, Praktische Abhandlung, 1-2; Chalabäus, Die staatliche Impfanstalt, 7. Otto, Geschichte, 13: Auf Anordnung des Ministeriums des Inneren wurden ab 1868 auch für jeden Regierungsbezirk die Einrichtung von Lymphregenerationsanstalten zur ständigen Versorgung der Ärzte mit einwandfreier Lymphe errichtet.

<sup>552</sup> Thomas, L[udwig]: Beiträge zur Pockenstatistik insbesondere aus der Leipziger Epidemie von 1871. In: Archiv der Heilkunde 13 (1872), 167-191, hier 167-169.

terthanen [der Impfung] nach der gewonnenen Ueberzeugung von der Nützlichkeit mit einer grösseren Bereitwilligkeit entgegen kommen“ und man eher Bedenken tragen müsse, „durch weiteren Zwang auf die Ausführung einer Anordnung im Allgemeinen hinzuwirken“. Man werde deshalb auch dem Vorschlag der Stände nicht folgen, Eltern und Vormünder mit Polizeistrafe zu drohen, wenn sie die Schutzpocken-Impfung ihrer Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres unterließen. Sollte sich allerdings in einzelnen Orten der „Widerstand in besorglichem Maße“ zeigen, müsse eine Strafe erhoben werden, die jedoch nicht höher als fünf Taler sein dürfe.<sup>553</sup>

Nach zwei Verordnungen vom 20. Juni und 15. September 1868, in denen lediglich geringfügige Änderungen für die Berichterstattung getroffen worden waren,<sup>554</sup> erfolgte am 14. Juni 1869 eine Anweisung vom Kultusministerium an die Volksschullehrer, bei der Einschulung den Impfschein zu verlangen. Außerdem sollten Impfkontrolltabellen für die jeweiligen Bezirksärzte angefertigt werden, um die sehr unterschiedliche Impfsituation in den verschiedenen Medizinalbezirken überprüfen und berücksichtigen zu können.<sup>555</sup> In den ländlichen Gebieten, in denen vergleichsweise weniger als in den Städten geimpft wurde, hatten 1868 zahlreiche Pockenepidemien erneut zu hohen Krankheits- und Sterbefällen geführt. Dem Jahresbericht des Landes-Medizinal-Kollegiums ist zu entnehmen, dass beispielsweise im Medizinalbezirk Bautzen 47 Ortschaften betroffen waren mit 292 Pockenfällen bei 192 Geimpften und 100 Ungeimpften. Von den 19 Erkrankungsfällen, die tödlich endeten, entfielen die meisten auf Fabrikdörfer.<sup>556</sup> Auch im Regierungsbezirk Leipzig wurden in zehn Ortschaften 101 Pockenerkrankungen mit 20 Todesfällen verzeichnet. Bei einer Epidemie um Rochlitz starben vier von 28 Erkrankten. Darunter befanden sich sieben Geimpfte und 21 Ungeimpfte.<sup>557</sup> Dagegen wirkte sich in den Städten der höhere Impfschutz bei den erneut auftretenden Epidemien entsprechend günstig auf die Zahl der Krankheits- bzw. Todesfälle aus: Das Zentral-Impfinstitut in Dresden führte in den Jahren 1856 bis 1862 durchschnittlich 1.125 Impfungen an Stadtkindern durch. Während der Pockenepidemie in den Jahren 1863 und 1864 stieg die Zahl auf 1.783 bzw. 1.427 an, fiel danach auf 1.161 ab und erhöhte sich erneut im Jahre 1867 auf 1.735 Impfungen. Insgesamt wurden im Jahre 1867 in Dresden 3.577 impfpflichtige Kinder vakziniert (5.177 Neugeborene abzüglich der etwa 1.600 vor der Impfung gestorbenen

---

<sup>553</sup> Eulenberg, *Das Medicinalwesen in Preussen*, 205-206.

<sup>554</sup> Reinhard/ Bosse, *Die Medicinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen*, 356-357.

<sup>555</sup> Reinhard/ Bosse, *Die Medicinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen*, 369.

Medizinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1869), 34-37.

<sup>556</sup> Medizinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1868), 41-42.

<sup>557</sup> Medizinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1869), 33.

Kinder). Eine gleich gute Impfsituation bestand in Leipzig, so dass in den Jahren von 1852 bis Mitte 1870 im städtischen Krankenhaus, das als einziges Pockenranke behandelte, nur insgesamt 681 Pockenerkrankungen mit 29 Sterbefällen (bzw. 4,5%) gegeben hatte.<sup>558</sup>

#### 2.4.5.1 Die Impfagitation von 1869

Die Impfbereitschaft kann als hoch bezeichnet werden, wenn ohne gesetzlichen Impfwang nach den Impfkontrolltabellen der Volksschulen noch im Jahre 1869 von 51.980 Kindern 46.884 oder 90,2 % geimpft worden waren. Die natürlichen Pocken hatten 2.416 Kinder oder 4,6 % überstanden, so dass lediglich 5,2 % aller Kinder ohne Pockenschutz geblieben waren.<sup>559</sup> Doch bahnte sich noch im Jahre 1869 eine völlig neue Situation an, nachdem besonders in den Städten ein drastischer Rückgang der Impfungen zu bemerken war. Verzeichnete das städtische Impfinstitut Leipzig 1868 beispielsweise noch 1.615 Impfungen an Kindern, reduzierte sich im Jahre 1869 die Zahl auf 422 (oder 26 %). Auch das Zentralinstitut in Dresden impfte im Jahre 1869 nur 1.127 Kinder (oder 61 %) gegenüber 1.856 im Jahre 1868.<sup>560</sup>

Dass die Impfwilligkeit in Dresden, besonders aber in Leipzig, in einem derart bedenklichen Maß gesunken war, muss in ursächlichem Zusammenhang mit der seit 1868 zunehmenden Impfagitation gesehen werden. Impfgegner betrieben in Presse und Vereinen nachdrücklich Propaganda<sup>561</sup> und untergruben die allgemein verbreitete Impfbereitschaft. Bisher ließen die Eltern gewohnheitsmäßig und aufgrund der gängigen Annahme, dass ein Impfschein Bedingung für die Schulaufnahme sei, ihre Kinder noch kurz vor der Einschulung impfen. Dafür jedoch gab es keine gesetzliche Grundlage, obgleich die Lehrer die Impfscheine zu kontrollieren hatten. Da aber Schulzwang bestand, durften Ungeimpfte von der Schule nicht abgewiesen werden.<sup>562</sup> Diese Situation nützten die Impfgegner. Es gelang ihnen, vor allem die in den vorstädtischen industriellen Ballungsgebieten lebenden überwiegend ärmeren Arbeiterschichten zu verunsichern und zur Impfverweigerung zu überreden, zumal keine nachteiligen Konsequenzen zu befürchten waren. Leider führten aber die gleichen Ursachen, nämlich die ärm-

<sup>558</sup> Medizinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1867), 138-139.

<sup>559</sup> Medizinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1869), 35.

<sup>560</sup> Ebd., 37.

<sup>561</sup> Wolff, Eberhard: Die Schlacht auf dem Zahlenberge. Impfgegnerschaft im späten 19. Jahrhundert – das Beispiel Sachsens. In: Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Berlin 194, 113-128, hier 115.

<sup>562</sup> Siegel, [...]: Beiträge zur Pockenstatistik insbesondere aus der Leipziger Epidemie von 1871. In: Archiv der Heilkunde 14 (1873), 124-156, hier 132.  
Bohn, Handbuch, 130.

lichen, engen Wohnverhältnisse und die unzureichende ärztliche Versorgung, die von den Agitatoren angeprangert worden waren und die Bewohner empfänglich für ihre Argumente gemacht hatten, zu der später beklagenswerten Situation: Die Pockenepidemie breitete sich dort besonders schnell aus und führte zu verheerenden Erkrankungs- und Todesfällen.<sup>563</sup>

#### **2.4.5.2 Die Auswirkungen der liberalen Impfrege- lung**

Die Impfnachlässigkeit und Impfverweigerung, die ab 1868 bedenklich zugenommen hatte, zeigte schon nach zwei Jahren besonders tragische Folgen. Die im November 1870 ausgebrochene Pockenepidemie entwickelte sich bis Februar 1871 mit ständig steigenden Pockenfällen fort. Im städtischen Krankenhaus, das als einziges in Leipzig Pockenranke behandelte, häuften sich die Einlieferungen. Im März mussten bis zu 284, im April bis zu 388 neu Erkrankte aufgenommen werden. Die Zahl der Neuaufnahmen verringerte sich nur allmählich und sank erst im Februar 1872 auf zehn. In einer kurzen Zeitspanne von nur eineinhalb Jahren hatte sich die Sterberate auf 14,7 % erhöht gegenüber 4,5 % in den Jahren von 1852 bis Mitte 1870. Bei ungeimpften Kleinkindern erreichte sie mit durchschnittlich 82% ein ungewöhnlich hohes Ausmaß.<sup>564</sup>

Die Epidemie wütete besonders stark in Arbeiter-Wohngebieten. Dort starb rund jeder 65. Bewohner, während in den übrigen Leipziger Bezirken jeder 100. Einwohner den Pocken erlag.<sup>565</sup>

Wie drastisch der Unterschied der Impfbereitschaft zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen war, zeigt eine Studie nach Flinzer von 1870 aus Chemnitz. In der „Fabrik-Schule“ in Stolberg gab es 53,2% ungeimpfte Schüler. Im Vergleich dazu waren in den Volksschulen 15,9%, den mittleren 4,2% und den höheren Schulen nur 1,7% ungeimpft. Die Schüler der Fabriksschule waren der höchsten Ansteckungsgefahr ausgesetzt und hatten mit 38,1% die meisten Pockenranke zu verzeichnen. In den Volksschulen dagegen erkrankten von den Schülern nur 13,5%, in den mittleren 6,4% und den höheren Schulen 4% an Pocken.<sup>566</sup>

Die im Jahre 1872 getroffenen Verordnungen ließen keine Veränderungen in Form von Verschärfungen erkennen, wie man sie nach den Pockenepidemien der vorangegangenen

---

<sup>563</sup> Siegel, Beiträge, 131-133.

<sup>564</sup> Wunderlich, Mittheilungen, 97-104: Von insgesamt 1727 Fällen starben etwa 250 Kranke von November 1870 bis Februar 1872, das waren 14,7 %.

<sup>565</sup> Wolff, Die Schlacht, 118.

<sup>566</sup> Kübler, Geschichte, 239; Otto, Geschichte, 15.

Jahre - 1863 und 1864 in Dresden und Leipzig, 1866 in Halle oder 1869 in ganz Sachsen, sowie die erneute besonders verlustreiche Epidemie in Dresden und Leipzig ab 1870 - erwartet hätte.<sup>567</sup> Immerhin wurde für ländliche Gebiete mit den Verordnungen vom März und April 1872 die jährlich einmalige öffentliche Impfung festgeschrieben und Strafen von einem Taler bei Impfverweigerung angedroht. Außerdem sollten die Impfkosten durch das Landeszahlamt zur Entlastung der Armenkasse der Gemeinden übernommen werden.<sup>568</sup>

#### **2.4.6 Die Impfregelelungen für das Militär**

Für das Militär bestand bis 1868 weder eine Impf-, noch Wiederimpfpflicht. Überraschenderweise wurde bei einer Revision der 1859 bis 1863 eingezogenen sächsischen Rekruten eine hohe Impfungsrate festgestellt. Von 24.708 Soldaten waren rund 91,63 % geimpft und 5,31 % hatten die Pocken durchgemacht. Somit gab es nur 3,06 % oder 7.560 Rekruten, die entweder ungeimpft waren oder zweifelhafte Impfnarben aufwiesen.<sup>569</sup>

Im Sächsischen Armeekorps wurden in den Jahren 1868 und 1869 Revakzinationen durchgeführt. Diese Maßnahme betraf jedoch nur die neu eingestellten Mannschaften. Die älteren Jahrgänge und Reservisten, bei denen die Impfungen längere Zeit zurücklagen, blieben ansteckungsgefährdet. Weitere Risiken für die sächsischen Truppen entstanden aus Impflücken. Nach Ausbruch des Krieges waren Wiederimpfungen angeordnet worden, die während der Mobilmachung durchgeführt werden sollten. Jedoch konnten wegen Impfstoffmangels und fehlender Ärzte nicht alle einberufenen Soldaten vakziniert werden. Trotz des unvollkommenen Pockenschutzes erkrankten bei den mobilen sächsischen Heeresteilen von 42.355 Soldaten nur 262 und 29 starben. Dieser vergleichsweise sehr geringe Verlust war auf den nahezu pockensicheren Standort zurückzuführen, der sich vor Paris befand. Anders war die Lage der immobilen in der Heimat verbliebenen Truppen, die sich hauptsächlich aus Landwehrsoldaten der ältesten Jahrgänge mit lange zurückliegenden Impfungen oder aus jungen Ersatzmannschaften mit vielfach verzögerten Wiederimpfungen zusammensetzten. Von diesen Mannschaftsangehörigen wurden 506 von den Pocken erfasst, von denen 30 starben.<sup>570</sup>

---

<sup>567</sup> Bohn, Handbuch, 32-33.

<sup>568</sup> Reinhard, Die Medicinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen, 353, 362-365: Verordnungen vom 26. März und 30. April 1872.

<sup>569</sup> Medizinalwesen im Königreich Sachsen. Erster Jahresbericht (1867), 36.

<sup>570</sup> Kübler, Geschichte, 315-322.

### 2.4.7 Resümee

Das Sanitätskollegium erließ 1772 für Sachsen eine erste umfassende Instruktion zur Pockenbekämpfung, in der neben diätetischen Maßnahmen und Medikamenten auch die Inokulation vorgeschlagen wurde. Ab 1800 wurden Vakzinationen durchgeführt, deren Verbreitung in den nachfolgenden Jahren ausschließlich dem Engagement einzelner Ärzte zu verdanken ist. Von staatlicher Seite erfolgte 1805 eine erste Verordnung. Darin wurde Ärzten und Wundärzten geraten, sich die für die Vakzination notwendigen Kenntnisse aus der einschlägigen Literatur und von bereits erfahrenen Impfähzten anzueignen und jede gewünschte Impfung auszuführen. Gleichzeitig wurden die Geistlichen aufgerufen, die Impfung in den Landgemeinden bekannt zu machen. Außerdem sollten sie, wie die Ärzte, Pockenverzeichnisse anlegen. Im Jahre 1810, nach weiteren fünf Jahren, wurden diese für 1806 bis 1808 durch ein Reskript angeordnet. Erst wieder 1814 erließ das Sanitätskollegium eine Verlautbarung in Form einer umfassenden Belehrung über das gesamte Impfgeschehen. Damit sollte die bislang zögernde bäuerliche Bevölkerung zu höherer Impfbereitschaft bewegt werden. Eine erhöhte Impfwiligkeit stellte sich jedoch nur vorübergehend wegen einer ausgedehnten Pockenepidemie 1819 ein. Ab 1822 initiierten verschiedene Stadtbehörden eigene Impfprogramme für Kinder in pockengefährdeten ländlichen Gebieten. Ein Impfmandat der sächsischen Regierung erschien 1826, das außer organisatorischen Verfügungen keine gesetzlichen Impfregeleungen enthielt, jedoch die Wichtigkeit einer einwandfreien Impflymphe betonte. Dafür wurden 1833 grundlegende Voraussetzungen eingeleitet, die zunächst in einer umfassenden Belehrung der Königlich Sächsischen Landes-Direktion über die Pockenkrankheit bei Kühen bestanden. In der Hauptsache jedoch sollte die dringend notwendige Erzeugung eines wirksamen Impfstoffes gefördert werden. Deshalb beauftragte das Ministerium des Inneren die Königliche Tierarznei-Schule in Dresden, sich der Erzeugung von Retrovaxine zu widmen. Nach langjährigem Experimentieren zeigten sich 1838 erste Erfolge, so dass noch im gleichen Jahr das von Ärzten längst geforderte Zentral-Impfinstitut in Dresden eingerichtet werden konnte. Ab diesem Zeitpunkt wurden regelmäßige öffentliche Impfungen angeboten und auch ein ständiger Vorrat von Impfstoff zur Verfügung gehalten.

Den Vorstoß des siebten Provinzial-Landtages von 1843 für eine allgemeine Wiederimpfung lehnte man von staatlicher Seite ab mit der Begründung, dass die Bevölkerung ihrer Impfpflicht in genügender Weise nachkomme. Dieser Einwand war zu diesem Zeitpunkt aufgrund des deutlichen Rückgangs an Pockenfällen und der statistisch belegten Impfungsrate zwischen 95 und 97 % durchaus berechtigt. Die günstige Impfsituation änderte sich allerdings

ab 1868 mit der massiv einsetzenden Impfgitation, der keinerlei gesetzliche Regelungen entgegengesetzt wurden. Eine 1869 vom Kultusministerium getroffene Anweisung an die Volksschullehrer, bei der Einschulung den Impfschein zu kontrollieren, konnte wegen der bestehenden Schulpflicht – bei fehlendem gesetzlichen Impfwang – die zunehmenden Impfverweigerungen nicht unterbinden. Der Einfluss der Impfgegner führte vor allem in Leipziger Arbeiterkreisen zu dem drastischen Rückgang der Impfungsrate auf nur noch 57 % im Jahre 1869, und 38 % im Jahre 1870 (im Vergleich zu 1868).<sup>571</sup> Als bedauerliche Folge stellte sich heraus, dass gerade diese Bevölkerungsschicht von der Pockenepidemie von 1870 bis 1872 am heftigsten betroffen worden war.

Beim Militär wurden erst 1868 und 1869 Wiederholungsimpfungen für die neu aufgenommenen Soldaten eingeführt. Obwohl die nach Kriegsausbruch ab 1870 durchgeführten Revakzinationen bei Reservisten und älteren Mannschaften lückenhaft waren, blieben die Verluste der sächsischen Truppen durch die günstige wenig infektionsgefährdete Stationierung vergleichsweise gering.

## **2.5 Vergleichende Betrachtung der Pockenbekämpfung in den Staaten Preußen, Bayern, Baden und Sachsen**

### **Die Inokulation**

Die Inokulation oder Variolation fand als wirksame Vorbeugungsmaßnahme gegen Pocken in den deutschen Staaten unterschiedliche Beachtung. In größeren Städten Preußens wurde sie ab 1720 praktiziert und von den Gesundheitsbehörden empfohlen. Doch erst ab 1792 stand die Inokulation erstmals als allgemeine Impfung zur Ausrottung der Pocken in der Diskussion, wobei an Impfkationen größeren Umfangs wegen der hohen Risiken und Kosten zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht zu denken war. Immerhin warb der von der Inokulation überzeugte preußische König ab 1796 mit gedruckten Empfehlungen und Informationen für diese Methode.

In Baden wurde ab 1766 offiziell mit verschiedenen Vorschriften zur Verbreitung der Inokulation geworben und eine Berichtspflicht über Pockenausbrüche eingeführt.

---

<sup>571</sup> Wolff, Eberhard: Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und Wissenschaftsorientierung. In: Dinges, Martin (Hg.): Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933). Med GG, Beiheft 9, Stuttgart 1996, 79-108, hier 85.

In Sachsen und Bayern kannte man diese Impfmethode wohl seit den 1770er Jahren. Statistische Erhebungen zur Einschätzung der Pockensituation erfolgten erst 1797 in Sachsen und 1798 in Bayern.

### **Die erste Phase der Vakzination von 1799 bis etwa 1818**

Die Entscheidungen, die in der ersten Phase der Vakzination getroffen wurden, prägten die Entwicklung der Impfgesetzgebung in den zum Vergleich stehenden deutschen Staaten grundlegend.

Während nach den ersten erfolgreichen Impfversuchen die preußische, bayerische und badische Regierung während des Jahres 1801 in Spezialbefehlen, Höchstlandesherrlichen Verordnungen oder General-Dekreten ihren Förderungswillen für die neue Impfmethode bekundeten, reagierte die sächsische Regierung erstmals 1805 offiziell auf die neue Impfmethode und behielt sich gesetzliche Maßnahmen jeglicher Art vor.

Die Maßnahmen der darauf folgenden Jahre, die vergleichsweise beachtliche zeitliche und inhaltliche Abweichungen aufweisen, veranschaulichen die unterschiedliche Verfahrensweise im Impfprozess und dokumentieren die Haltung der Regierungen gegenüber der Bevölkerung. In Preußen unterzog man die Ergebnisse der unverzüglich aufgenommenen Impfversuche einer betont kritischen Beurteilung und verordnete Zwangsimpfungen zunächst nur für einzelne Bevölkerungsgruppen. Im Gegensatz dazu war die Impfpolitik in Bayern und Baden von einer ungewöhnlichen Zielstrebigkeit gekennzeichnet, die in diesen Staaten zu einer frühen gesetzlichen Einführung des Impfwangs in den Jahren 1807 bzw. 1815 führte.

In **Preußen** erhielt die Vakzination umgehende Förderung durch Friedrich Wilhelm II., zumal diesem eine Reihe engagierter Ärzte zur Seite standen. Ernst Ludwig Heim begann schon ab Dezember 1799 mit zahlreichen Impfversuchen, Johann Immanuel Bremer richtete im Juni 1800 eine Vakzinationsschule für Berliner Ärzte ein, um sie in der Impfmethode und -technik anzuleiten, und Christoph Wilhelm Hufeland initiierte im Juni 1802 die Errichtung des ersten deutschen Impfinstituts. Auch Marcus Herz, ohne dessen offenkundige Kritik die Resultate der noch wenig erprobten Impfungen wohl der objektiven Kontrolle durch die Öffentlichkeit entzogen worden wären, bewirkte sicherlich einen sensibleren Umgang mit der Vakzination und löste einen entsprechenden kontrollierenden Spezialbefehl des Königs aus. Unter differenzierten Prämissen wurden zahlreiche Impfungen dokumentiert und ausgewertet. Gute Ergebnisse bestätigten, dass eine flächendeckende Durchimpfung der Bevölkerung aussichts-

reich sein würde. Erste gezielte gesetzliche Bestimmungen leiteten ein breit angelegtes Aufklärungs- und Versorgungsprogramm ein: kostenlose sonntägliche Impfangebote für Arme, Erweiterung des Impfpersonals zur Sicherung der Impfversorgung auch in ländlichen Gebieten, Impfanreize in Form von Geldzuwendungen und Medaillenpräsenten für Ärzte und Eltern. Nachdem festgestellt werden musste, dass sich trotz aller Bemühungen keine ausreichende Impfbereitschaft einstellte und permanent Pockenepidemien auftraten, verlegte man sich auf bestimmte Impfgelungen: Ab 1806 wurde der Impfwang für Armenkinder eingeführt, 1810 für Kinder an öffentlichen Schulen in Berlin, 1812 für Betroffene bei einem Epidemieausbruch. Ab 1817 wurde die Meldepflicht für Pockenranke eingeführt.

Die allgemeine obligatorische Impfung allerdings wurde vom Staatsoberhaupt ausdrücklich abgelehnt.

In **Bayern** verfolgte man nach den ersten Vakzinationen im Herbst 1800 ein Konzept, das mit der ersten gesetzlichen Regelung im September 1801 schrittweise und konsequent zum gesetzlichen Impfwang von 1807 führte: Die in München wöchentlich angebotenen Impfungen unterlagen einige Monate lang der Überwachung durch churfürstliche Medizinalräte. Alle Impfverläufe und auffälligen Nebenerscheinungen wurden dokumentiert. Ab 1804 setzte die Organisation des zukünftigen Impfprogramms ein: Einrichtung der Zentral-Impfarztstelle in München (vergleichbare Institute wurden in Preußen 1802 mit dem Königlichen Schutzpocken-Impfungs-Institut in Berlin und in Baden 1804 mit der Schutzpocken-Impf-Anstalt in Karlsruhe eingerichtet), Erweiterung der Impfausbildung für Schüler am chirurgischen Institut sowie Aufklärung und Vorbereitung des zur Verfügung stehenden öffentlichen Personenkreises zur lückenlosen Erfassung aller Impfpflichtigen. Die ersten Zwangsimpfungen fanden 1802 in Waisenhäusern statt (in Preußen 1806, in Baden 1809). Binnen kurzer Zeit folgten systematische Durchimpfungen der Kinder in Dörfern und Jugend- und Erziehungsanstalten. Bei Impfverweigerung durch die Eltern, wurden die Kinder „im Namen des bayerischen Königs“ der Impfung zwangsweise zugeführt. Anfang 1807 erfolgte der Impfwang für Kinder an allen öffentlichen Schulen und im August des gleichen Jahres wurde die allgemeine Impfpflicht mit dem Impfgesetz besiegelt. Es sah die Vakzination aller Kinder bis zum dritten Lebensjahr (ab 1852 innerhalb des ersten Lebensjahres) vor.

In **Baden** verlief die erste Phase der Impfvorsorge zwar gezielt, bezüglich eines Zwangs jedoch eher abwägend. Nach den ersten erfolgreichen Impfversuchen ab April 1800 erfolgte von Seiten der Regierung ein General-Dekret im September 1801 mit offizieller Impfauffor-

derung an alle Ärzte. Ein planmäßiges Impfprogramm setzte 1804 mit der Einrichtung mehrerer Impfinstitute ein (Preußen 1802, gleichzeitig mit Bayern). Sich an Preußen orientierend, wurde jedoch zunächst von Bestimmungen für Zwangsimpfungen abgesehen. Umso nachdrücklicher ermahnte man die Ärzte zur Einhaltung der vorgeschriebenen Anordnungen und rügte sie öffentlich bei Missachtung. Latente Pockenherde und nachhaltige Impfverweigerung in ländlichen Gebieten gaben Anlass zu Zwangsregelungen. Die 1809 in öffentlichen Schulen sowie Armen- und Waisenhäusern eingeführte Impfpflicht war der Auftakt zum Erlass eines Impfgesetzes im Jahre 1815. Es schrieb die Impfpflicht für alle Kinder und Erwachsenen vor.

In **Sachsen** versuchte die Regierung mit Erlassen ab 1805 zunächst, die Ärzte und Wundärzte für die Impfung zu gewinnen und sie zur Aneignung der Impfmethode zu bewegen. Gleichzeitig wurden Geistliche aufgerufen, für die Verbreitung der Impfung auf dem Land zu sorgen und Pockentodesfälle zu registrieren. Die offensichtlich nachlässig erbrachten Meldungen mussten durch eindringliche Mahnungen (ab 1810) eingefordert werden. Im Jahre 1814 gab das Sanitätskollegium eine umfassende Belehrung über alle mit der Impfung in Zusammenhang stehenden Sachverhalte heraus, mit der um mehr Vertrauen in die Impfung geworben und eine anhaltende höhere Impfbereitschaft erzielt werden sollte.

### **Die zweite Phase der Vakzination von etwa 1818 bis 1840**

Nach den häufiger auftretenden Unregelmäßigkeiten bei Pockenerkrankungen ab 1813 und vor allem den zunehmenden Pockenfällen bei bereits Geimpften festigte sich zunehmend die Annahme, dass - entgegen den Erwartungen - eine einmalige Impfung keinen lebenslangen Pockenschutz bot. Vor allem mussten die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Probleme, die sich inzwischen bezüglich Impftechnik, Lymphbeschaffung und -konservierung eingestellt hatten, geklärt werden. Um die Weiterführung der bereits landesweit angelaufenen Impfkationen nicht zu gefährden, wurden deshalb entsprechende zusätzliche Richtlinien geschaffen. Gemäß der bereits bestehenden unterschiedlichen Gesetzgebungen wurden die Schwerpunkte zur Lösung dieser komplexen Aufgabe zwar anders gesetzt, jedoch stimmte in Preußen, Bayern und Baden die Verschärfung von Maßnahmen definitiv überein.

In **Preußen** wurden ab 1819 verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Lymphqualität eingeführt, um Impfrisiken und Nebenwirkungen zu vermeiden oder zumindest einzuschränken und einer Übertragung anderer Krankheiten, insbesondere der Syphilis, vorzubeugen. Zur

Ermittlung von Impferfolgen und notwendiger Nachimpfungen, von unklaren und unkontrollierten Pockenverläufen und von Krankheitsübertragungen wurde ein neues Schema für Impftabellen eingeführt. Auch durften nur noch akademisch gebildete Ärzte und Wundärzte impfen mit der Begründung, dass diese allein in der Lage seien, Krankheiten bei Kindern, die als Abimpflinge ausgesucht werden sollten, zu erkennen.

Ausführliche Richtlinien von 1826 bezogen sich wiederum auf die Verbesserung von Lympe, ihrer Beschaffung, Konservierung und Rationalisierung und enthielten besondere Impfregelelungen für Ärzte, Behörden und Bevölkerung. Ferner sahen sie eine gut kontrollierbare Strukturierung von Impfbezirken sowie Bestimmungen zur Ausbildung und Überwachung ärztlichen Impfpersonals vor.

Erneute Auflagen zur Pockenbekämpfung erschienen 1835 im Rahmen eines umfassenden Seuchengesetzes, dem so genannten „Regulativ“. Darin wurden dem damaligen Kenntnisstand entsprechende Informationen zur Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von Pocken veröffentlicht, Impfanweisungen erteilt sowie Quarantäne- und Desinfektionsauflagen festgelegt. Als wichtigste Maßnahme enthielt das Gesetz die Impfpflicht für den Personenkreis, der staatliche Anstalten besuchen oder Unterstützung beantragen wollte, und die Androhung von Polizeistrafe für Eltern, deren Kinder ungeimpft pockenkrank wurden und eine Verbreitungsfahr bedeuteten. Eine spätere Verordnung von 1838 sah die Verhaftung von Impfverweigerern in Epidemiefällen vor.

Weiterhin untersagte der König den allgemeinen Impf- und Wiederimpfzwang.

In **Bayern** verlegte sich die Regierung - bei bestehendem Impfwanggesetz, das ständig durch Ergänzungen der fortschreitenden Entwicklung angepasst wurde - auf Verschärfungen für den gesamten Personenkreis, der für Impfungen verantwortlich war. In den Jahren 1810, 1811 und 1825 wurden Verfügungen zur wechselseitigen Kontrolle von Pfarrern und Gerichtsärzten erlassen. So waren etwa Impflisten gemeinsam zu erstellen und dem Gesundheitsministerium als der obersten Medizinalverwaltung vorzulegen. Gerichtsbehörden, die vorgesehene Straf-gelder nicht in vorgeschriebener Höhe einzogen, sollten dafür selbst aufkommen. Einen besonderen Stellenwert nahm die Erzeugung von Retrovazine ein, mit der sowohl die Wirksamkeit der Impfung sichergestellt, als auch eine Übertragung von Krankheiten, namentlich der Syphilis, ausgeschlossen werden sollte. Deshalb wurde die ausschließliche Verwendung von regenerierter Lympe vorgeschrieben. Zur Bereitstellung ausreichender Vorräte verpflichtete man 1835 den Zentral-Impfparzt in München, der die Retrovazine nach einem italienischen Verfahren herstellte.

In Bayern wurde bei bestehender Impfpflicht jedoch kein Revakzinationszwang eingeführt.

In **Baden** sah man eine Lösung in Impfrevisionen, um dem unsicheren Pockenschutz, der in der nachlassenden Schutzkraft durch schlechte Lymphqualität vermutet wurde, zu begegnen. Bei einer 1826 erneut aufgetretenen Epidemie wurde sowohl für Kinder als auch Erwachsene eine General-Impfrevision angeordnet. Verschärfende Strafmaßnahmen, die die Bevölkerung für die Pockengefahr sensibilisieren sollten, wurden eingeführt für Eltern, die Pockenerkrankungen ihrer Kinder nicht meldeten und für Ärzte und Behörden, die festgelegte Bestimmungen verletzten. Impfverweigerern wurden verschärfte Geld- und Gefängnisstrafen angedroht. Geldprämien sollten als Anreiz zur Meldung von pockenkranken Kühen dienen, die zur Verbesserung der Lymphe dringend notwendig waren.

Bei jedem erneuten Pockenfall empfahlen die Sanitätsbehörden Wiederimpfungen für alle in der Umgebung gefährdeten Jugendlichen.

In **Sachsen** erschien 1826 ein Impfmandat, in dem Ärzte und Geistliche erneut zur Förderung der Impfung aufgefordert, organisatorische Maßnahmen getroffen und den medizinal-polizeilichen Oberbehörden die Bereithaltung wirksamer Lymphe vorgeschrieben wurden. Eine einschlägige staatliche Förderung der Pockenschutzimpfung erfolgte 1833 und konzentrierte sich auf die Gewinnung von Retrovaccine, deren schwierige Erzeugung erst 1838 an der Königlichen Tierarznei-Schule in Dresden gelang.

Von jeglichem Impf- bzw. Wiederimpfzwang wurde in Sachsen Abstand genommen.

### **Die dritte Phase der Vakzination von 1840 bis 1872**

In **Preußen** hatte man ab 1850 das Impfangebot vergrößert. Bei lokalen Pockenausbrüchen 1856 und besonders 1858 in Berlin wurden schärfere Richtlinien in Form höherer Geld- und Gefängnisstrafen angedroht. Bezüglich der Revakzination erfolgte 1861 nur eine Empfehlung. Nach ausgedehnten Epidemien Mitte der 1860er Jahre veranlasste man 1868 lediglich in Berlin eine allgemeine Zwangsimpfung und verordnete ab 1871 nur teilweise für Schulkinder einen Revakzinationszwang.

In **Bayern** zeigten die General-Übersichten bemerkenswert hohe Impfraten bei bestehendem Impfzwang und streng kontrolliertem Impferfolg. Diskussionen über die Revak-

zinationspflicht 1844 und 1855 führten nicht zu einer gesetzlichen Regelung, auch nicht nach Zunahme der Pockenfälle aufgrund der Epidemien in den Jahren 1865 und 1870.

In **Baden** wurden die vorbeugenden Impfrevisionen bei wieder aufflammenden Pockenherden oder herannahenden Epidemien aufrechterhalten. Während ab 1853 die sonn- und feiertäglichen Impfangebote wegen der geringen Zahl an Pockenfällen aufgehoben wurden, mussten wegen erneuter zunehmender Pockengefahr 1865 die bestehenden Impfrege­lungen wieder verschärft werden. Eine jährlich zweimalige öffentliche Impfung wurde eingeführt und gleichzeitig eine Wiederimpfung dringend empfohlen. Im Jahre 1872 folgte die Anordnung zur Wiederimpfung aller noch nicht zweimal geimpften Schüler von öffentlichen Lehranstalten in gefährdeten Landesteilen.

In **Sachsen** schätzte man die Impfwilligkeit der Bevölkerung für einen landesweiten Pockenschutz als ausreichend ein, da Eltern gewohnheitsmäßig ihre Kinder vor der Einschulung impfen ließen. Deshalb lehnte die Regierung eine 1843 von den Landständen geforderte gesetzliche Impfre­gelung ab. Nachdem 1868 verschiedene Pockenausbrüche zu hohen Krankheits- und Sterbefällen geführt hatten, wurde ab 1869 die Kontrolle von Impfscheinen bei der Einschulung eingeführt. Diese Maßnahme blieb jedoch unwirksam, da sie an dem gleichzeitig bestehenden Schulzwang scheiterte. Diese Situation nutzten die ab 1868 auftretenden Impfagitatoren. Sie übten vor allem auf die arbeitende Bevölkerung großen Einfluss aus und veranlassten sie zu Impfverweigerungen. Als Folge hatten bedauerlicherweise gerade diese Bevölkerungskreise die größten Verluste an Pockentoten während der ausgedehnten Pockenepidemie 1870 bis 1872 hinzunehmen.

Die erst im Frühjahr 1872 eingeführte gesetzliche Regelung schrieb eine einmalige jährliche Impfung fest, die sich lediglich auf ländliche Gebiete bezog. Revakzinationen wurden nicht vorgeschrieben.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten: Die vier deutschen Staaten Preußen, Bayern, Baden und Sachsen wurden wegen ihrer unterschiedlichen Impfrege­lungen ausgewählt und einem Vergleich unterzogen. Als Ergebnis wird festgestellt, dass es keinem der vier Staaten – weder durch mannigfaltige Bemühungen wie in Preußen, ein strenges Organisations- und Überwachungssystem wie in Bayern, eine General-Impfrevision und mehrfache Wiederimpfungen wie in Baden oder Vertrauen in Gewohnheit und Eigenverantwortung der Bevölkerung wie in Sachsen - gelungen war, einen sicheren landesweiten Impfschutz zu erreichen. Diese Beurtei-

lung resultiert aus den katastrophalen Folgen der ausgedehnten besonders heftig einhergehenden Pockenepidemie der Jahre 1870 bis 1872, die unerwartet hohe Krankheits- und Sterbefälle in der Zivilbevölkerung verursachte.

Ein sehr günstiges Resultat dagegen wurde beim Militär erreicht. Die vergleichsweise sehr geringen Erkrankungs- und Todesfälle bestätigen den Erfolg der äußerst strikt gehandhabten Bestimmungen für Erstimpfungen und insbesondere der im militärischen Umfeld kontrollierte Erweiterung auf Revakzinationen.

Diese Erkenntnis führte schließlich zu einer bundeseinheitlichen Regelung, dem Reichsimpfgesetz von 1874, das sowohl die Erst-, als auch die Wiederimpfung im Kleinkind- bzw. Schulalter gesetzlich festlegte.

Gegen die Pocken war mit der Vakzination eine wirksame Vorsorgemöglichkeit gefunden worden. Dagegen kannte man keine Bekämpfungs- oder Behandlungsmethoden gegen die verheerende asiatische Cholera, die 1830 erstmals in Europa auftrat. Welche beachtlichen Einflüsse und Innovationen von dieser völlig unbekanntem Infektionskrankheit in sozialkritischer, hygienischer, wissenschaftlicher und seuchengesetzlicher Hinsicht ausgelöst wurden, ist Inhalt des nächsten Kapitels.

## V Die Seuchenproblematik ab 1830: Die Cholera und die Choleraforschung

### 1 Die Cholera, das „ungeheure Weltphänomen“

Die „neue, schreckliche und geheimnisvolle Naturerscheinung“<sup>572</sup>, die Cholera, löste 1830 bei Ärzten und Naturforschern Streit und Spekulationen um die Entstehung und Verbreitung aus. Besonders aber zeigte sich die große Hilflosigkeit der Ärzte, die dieser Seuche keine anderen als die klassischen – unwirksamen - Empfehlungen und Behandlungsmethoden entgegenhalten konnten: den Aderlass, das Ansetzen von Blutegeln oder Schröpfköpfen auf den Unterbauch, die Verabreichung von Calomel,<sup>573</sup> Opiumextrakt „Laudanum Liquidum Sydenhami“,<sup>574</sup> Rizinusöl und Salzsäure neben Choleraschnäpsen, Knoblauch und speziellen Suppen über Einreibungen der Herzgrube mit Salmiakgeist, Quecksilbersalbe oder Scheidewasser bis zu warmen Bädern und Leibbinden.<sup>575</sup>

Um die Cholera behandeln, überhaupt der Seuche und ihrer Verbreitung vorbeugen zu können, musste man sich mit ihrem undurchschaubaren Übertragungsmechanismus auseinandersetzen. Besondere Verwirrung stiftete die Beobachtung von hauptsächlich zwei Ansteckungsmöglichkeiten: Zum einen konnte die Cholera durch Berührung des Erkrankten während der Pflege oder bei der Reinigung seiner Wäsche übertragen werden, wobei jedoch nicht alle Kontaktpersonen an der Seuche erkrankten. Zum anderen war beobachtet worden, dass es zu einem plötzlich massenhaften Anstieg von Cholerakranken, meist in dicht bevölkerten Armenvierteln mit unhygienischem Umfeld, kommen konnte.<sup>576</sup>

In medizinischem und medizinhistorischen Umfeld war das „ungeheure Weltphänomen“, wie Christoph Wilhelm Hufeland die Cholera bezeichnete, in den Mittelpunkt des Interesses gerückt und hatte zu Aktivitäten verschiedener Art, die der Aufklärung dienen sollten, den Anstoß gegeben. So etwa wurde an der Berliner Charité 1831 eine Prosektur eingerichtet, um durch die Sektion von Choleraleichen neue Erkenntnisse zu gewinnen. Ebenfalls in Berlin wurde 1832 ein ärztlicher Verein gegründet mit dem Ziel, systematisch alle Erkenntnisse über Ansteckungsmöglichkeiten zusammenzutragen. Namhafte Vertreter der me-

<sup>572</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 319: Diese Bezeichnung fiel auf einer Sitzung der Berliner medizinisch-chirurgischen Gesellschaft im November 1831.

<sup>573</sup> Colomel = Quecksilber(I)-Chlorid ( $\text{Hg}_2\text{Cl}_2$ ).

<sup>574</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 35: Nach dem englischen Arzt Thomas Sydenham (1614-1689) benannt, auf den die Theorie zurückgeht, dass eine Infektion durch ansteckende Stoffe aus Erdausdünstungen (Miasmen) entsteht.

<sup>575</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 28-29: Durch Aderlass, Schröpfen und Abführen sollte die Mischung der Körpersäfte abgestimmt werden. Dieses medizinische Konzept der Säftelehre war von Galenos von Pergamon (130-200) entwickelt worden. Vasold, Pest, 230; Jahn, Die Cholera, 110-145, bes. 110.

<sup>576</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 197; Dormann, Das asiatische Ungeheuer, 213-214.

dizinischen Kartographie und Klimatologie waren auf das plötzliche Ausbrechen der Cholera an bestimmten Orten mit unterschiedlicher Dauer und das genauso abrupte Verschwinden der Seuche aufmerksam geworden und suchten nach Erklärungen dieser Eigentümlichkeiten. Auch Medizinhistoriker, wie Justus Friedrich Carl Hecker (1795-1850) oder Heinrich Haeser (1811-1884), setzten sich erneut mit den Phänomenen der Pest des 14. Jahrhundert auseinander und studierten die Geschichte früherer Weltepidemien.<sup>577</sup>

Aus den zahlreich kursierenden Erklärungsversuchen und unterschiedlichsten Deutungsmöglichkeiten bildeten sich schließlich zwei grundlegende gegensätzliche Theorien heraus, die Kontagien- und die Miasmatheorie. Jede der beiden Lehren gewann zahlreiche Anhänger, die in öffentlichen Diskussionen ihre Ansichten zu verteidigen und zu begründen suchten. Die Kontagionisten waren von der Mensch-zu-Mensch-Ansteckung durch einen spezifischen Infektionsstoff überzeugt und beriefen sich darauf, dass sich Seuchen durch die Verschleppungen bei Truppen- oder Pilgerzügen verbreitet hatten. Für die Vertreter der Miasmatheorie zählte die Cholera nicht zu den ansteckenden Krankheiten, sondern war auf individuelle, astralische, atmosphärische, aber auch diskriminierende (Verächtigung z.B. der Juden) Bedingungen zurückzuführen. Diese Überzeugung begründeten sie mit der Beobachtung, dass nicht alle Menschen, die Kontakt zu Erkrankten hatten, selbst auch von der Seuche erfasst wurden.<sup>578</sup>

Die späteren Hauptverfechter der beiden gegensätzlichen Cholera-Theorien, die Wissenschaftler Max von Pettenkofer und Robert Koch, haben jahrelang um die Lösung des komplexen Choleraproblems gerungen. Ihre unterschiedlichen Lehren, die sie mit Forschungsergebnissen begründeten, haben zu großen Fortschritten auf hygienischem und bakteriologischem Gebiet geführt.

## **2 Drakonisch, doch unwirksam: Die preußischen Sicherungsvorkehrungen von 1830**

Am 6. November 1830 befasste sich das preußische Außenministerium erstmals mit vorbeugenden Sicherheitsmaßnahmen gegen die Ausbreitung der Cholera. Zu diesem Zeitpunkt war die bislang in Europa unbekannt Infektionskrankheit, die seit dem Ausbruch in Hinterindien

---

<sup>577</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 102; Dettke, Die asiatische Hydra, 318-320; Wilderotter, Das große Sterben, 20-22.

<sup>578</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 101-102; Jahn, Die Cholera, 34-35.

1816/17 stetig westlich gewandert war, in Moskau angekommen. Die russische Regierung hatte die Ärzte aller absolutistischen Länder Europas aufgerufen, diese „epidemische Krankheit“ zu erforschen und eine Prämie von 25.000 Rubeln ausgesetzt. Die österreichische und englische Regierung erhofften sich von der Verschärfung ihrer Zoll- und Quarantänebestimmungen entsprechenden Schutz.<sup>579</sup>

Auch die preußische Regierung sah sich mit dem steten Näherrücken der Seuche zu dringendem Handlungsbedarf gezwungen, zumal bekannt geworden war, dass Polen keinerlei Sicherheitsmaßnahmen treffen werde. Deshalb leitete der Kultusminister Karl Freiherr vom Stein zum Altenstein (1780-1848) am 24. November 1830 vorläufige Schutzmaßnahmen ein. Er veranlasste die Entsendung einiger ausgewählter Ärzte zur Beobachtung des Seuchenverlaufs nach Russland und beschloss die Gründung einer Cholera-Kommission. Unter der Leitung des Geheimen Obermedizinalrats Johann Nepomuk Rust (1775-1840)<sup>580</sup> arbeitete Stein mit Mitgliedern der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen die notwendigen Abwehrmaßnahmen aus. Alle Beteiligten waren mit den Berichten und Maßnahmen vertraut, die über die Beobachtungen während des langjährigen Seuchenzuges seit 1817 veröffentlicht worden waren.<sup>581</sup>

Obwohl die Ärzte-Abordnung im Januar 1831 über die Lage in Russland eher beruhigend berichtete, befahl König Friedrich Wilhelm III. Ende April doch schon die Errichtung von Quarantäne-Anstalten und Sanitätskordons. Gleichzeitig wurde eine Immediat-Kommission eingesetzt, an deren Spitze Generalmajor Ludwig Gustav von Thile (1781-1852)<sup>582</sup> berufen wurde. Die Kommission bestand aus sieben Regierungs- und Ministerialräten, die sich alle in Fragen der Organisation oder auf kriegs- und handelsstrategischem Gebiet bewährt hatten. Eine beigeordnete technische Abteilung, die aus erfahrenen Ärzten gebildet wurde, formulierte ein zusätzliches Abwehr- und Therapie-Programm.<sup>583</sup>

---

<sup>579</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 65-66.

<sup>580</sup> Ebd., 68: Johann Nepomuk Rust war Vortragender Rat im Kultusministerium und seit 1829 Präsident des Kuratoriums für Krankenhausangelegenheiten. Er hatte Rechtswissenschaft und Medizin studiert, war Lehrer für Anatomie, Chirurgie und Geburtshilfe und 1803 ordentlicher Professor in Ölmütz und Krakau gewesen. Dort hatte er 1808 promoviert, die Pockenschutzimpfung eingeführt und Erfahrungen in der Bekämpfung von Epidemien gesammelt. 1815 wurde er in den preußischen Staatsdienst aufgenommen. Seit 1818 befand er sich als Militärarzt an der Akademie für das Militär in Berlin und war Erster Wundarzt an der Charité. Ab 1834 war er Leibarzt des Kronprinzen, später Erster königlicher Leibarzt.

<sup>581</sup> Ebd., 69-70.

<sup>582</sup> Ebd., 75: Ludwig Gustav von Thile hatte 1806/07 an der Schlacht von Jena und Auerstedt sowie an der Belagerung von Danzig teilgenommen. Er war Träger des Ordens „pour le mérite“, seit 1812 Vortragender Adjutant beim König, seit 1818 Generalmajor und ab 1832 Generalleutnant. 1841 wurde er Geheimer Staats- und Kabinettsminister unter Friedrich Wilhelm IV.

<sup>583</sup> Ebd., 73-75: Zur „technischen Abteilung“ gehörten die Ärzte Ernst H. Horn (1774-1848), ordentlicher Professor für Psychiatrie an der Charité; Johann Christoph Klug (1775-1856), seit 1828 Direktor der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; Ernst Ludwig von Koenen (1770-1853), seit 1816 Regierungsmedizinalrat; Heinrich Friedrich Link (1767-1851), ordentlicher Professor für Naturgeschichte an der medi-

Die Mitglieder der Cholera-Kommission, die für die Ausarbeitung der Maßnahmen zur Choleraabwehr in Preußen zuständig waren, gehörten zu den Ärzten, die vom kontagiösen Charakter der Seuche überzeugt waren. Damit folgten sie den Resultaten einiger namhafter englischer und russischer Kollegen, worauf sie in ihrem abschließenden Beratungsprotokoll vom 13. Dezember 1830 hinwiesen. Als Konsequenz ergab sich daraus, zum vorbeugenden Schutz für eine jeglichen Personenkontakt unterbindende Absperrung zu sorgen. In ihrer Erklärung für die Bevölkerung hieß es bemerkenswerterweise, dass die festgesetzten Maßnahmen aufgrund „wissenschaftlicher Akribie“ und „Erfahrung“ getroffen worden seien und die Aufnahme des Kontagions der Cholera von der „individuellen Disposition“ abhängig und deshalb eine angemessene Diät und Lebensweise angezeigt sei.<sup>584</sup> Die These von der persönlichen Empfänglichkeit stammte allerdings aus dem Gedankengut der Anhänger der antikontagionistischen Lehre oder Miasmatheorie. Deshalb kritisierten die Vertreter der Miasmatheorie die einschneidenden Reglementierungen, die sich später als nutzlos erwiesen, und forderten ihre Aufhebung. Für Berlin wurde die „Instruktion“ bereits modifiziert, um die Versorgung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten.<sup>585</sup>

Mit den geplanten Schutzvorkehrungen „Instruktion über das bei der Annäherung der Cholera, sowie über das bei dem Ausbruche derselben in den Königlich-Preußischen Staaten zu beobachtende Verfahren“ hoffte man, die Cholera an der polnischen Grenze nach Preußen aufzuhalten. Trotz einiger Ungereimtheiten wurde die Planung der Sicherungsvorkehrungen auf den kontagiösen Charakter der Seuche ausgerichtet. Wie zu Pestzeiten praktiziert, setzte man auf strenge Absperrungsmaßnahmen, die den Kontakt zu außen völlig unterbinden sollten. Deshalb wurde ein dreifach gesicherter Sperrgürtel angelegt, der nicht aufwendiger hätte gestaltet werden können.<sup>586</sup> Die grenznahen Bewohner, die von den Sicherungseinrichtungen und Vorschriften besonders hart betroffen wurden, erhielten ihre Informationen aus der Preußischen Staatszeitung vom 9. Mai 1831.

Als undurchdringbar konzipiert, gehörten zum Schutzgürtel die Aufstellung eines Sanitätskordons an der preußisch-polnischen Grenze. An den Eingängen befanden sich Quarantä-

---

zinischen Fakultät und Direktor des Botanischen Gartens; Heinrich Sabatier Michaelis (1791-1857), enger Mitarbeiter am „Journal für Chirurgie und Augenheilkunde“; Karl Wilhelm Wagner (1793-1846), Professor für Staatsarzneikunde an der Universität Berlin; Johann Wilhelm von Wiebel (1767-1847), Armen-Stabsarzt und Geheimer Ober-Medizinalrat, seit 1822 Chef des Militär-Medizinalwesens und Erster Generalstabsarzt und ab 1836 erster Königlich Leibarzt.

<sup>584</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 80; Wilderotter, Das große Sterben, 21: Mit Rundschreiben vom 18. Juni 1831 wurden die für die Choleraabwehr in Berlin eingerichteten Armenkommissionen angewiesen, für sämtliche Almosenempfänger zur Stärkung der Abwehrkräfte Armenspeisungen durchzuführen und mehr Mehl und Gemüse als üblich beizugeben.

<sup>585</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 20-24, 172, 178, 189, 203; Dormann, Das asiatische Ungeheuer, 214-215.

<sup>586</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 69-70.

nehäuser, die von Militär besetzt waren. Eine zweite Linie sollte von Patrouille reitenden Soldaten überwacht werden. Eine dritte Sicherheitszone, ebenfalls aus Militär-Einheiten bestehend, quartierte man als Kontrollposten in den Dörfern der Grenzkreise ein. Reisende durften ohne Gesundheitsatteste die Grenze nach Preußen nicht passieren. Sie hatten sich ausnahmslos einer Quarantäne von mindestens zehn Tagen zu unterziehen. Mitgeführte Gegenstände aus Federn, Leder, Pelz, Wolle oder Leinen mussten durchräuchert werden. Bei Nichteinhaltung der Vorschriften durfte scharf geschossen werden.<sup>587</sup>

Die „Instruktion“ wurde am 5. Juni 1831, wenige Tage nachdem es trotz der strikten Schutzpläne zum Ausbruch der Seuche in Preußen gekommen war, gesetzlich. Wiederholungen und Verschärfungen folgten am 20. Juni und 23. August 1831 sowie am 2. März 1832.<sup>588</sup>

## 2.1 Die „Instruktion“: ihre Anwendung, Modifizierung und Konsequenzen

Die ersten Städte, die die harten Bestimmungen der „Instruktion“ zu spüren bekamen, waren Danzig, Königsberg, Marienwerder und Bromberg. Trotz strengster Grenzüberwachung war am 31. Mai 1831 in Danzig die Cholera ausgebrochen und in kurzer Zeit weitergewandert. Für die Städte bedeutete der Ausbruch der Seuche unerschwinglich hohe Ausgaben, die zur Einhaltung der Vorschriften aufgebracht werden mussten. Dazu gehörten die Errichtung von Häuser- und Straßensperren und ihre Kontrolle durch Sperrwächter, Kennzeichnung befallener Häuser, Schutzkleidung für Ärzte sowie die Organisation, Kranke in Lazaretten zu isolieren, abgesperrte Angehörige und Nachbarn zu versorgen und Choleratote auf bestimmte Begräbnisstätten zu transportieren. All diese Maßnahmen belasteten die Bevölkerung außerordentlich. Hinzu kam der Zusammenbruch der Lebensmittelversorgung durch die Handelssperren sowie die Arbeitslosigkeit der im Handel beschäftigten Einwohner. Danzig stand nach kürzester Zeit vor dem finanziellen Ruin und über tausend gesunde Einwohner mussten durch Spenden vor dem Hungertod gerettet werden.

Ähnlich war die Lage in Königsberg. Auch hier kam es durch den unterbrochenen Aus- und Einreiseverkehr zu einer Nahrungsmittelknappheit mit zwangsläufigen Verteuerungen. Gleichzeitig fanden viele Tagelöhner keine Beschäftigung mehr oder wurden wegen der Häusersperren an ihrer täglichen Arbeit gehindert. Der Unmut über Verdienstauffälle oder

<sup>587</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 77-79; Dormann, Das asiatische Ungeheuer, 209-210.

Stolberg, Michael: Theorie und Praxis der Cholerabekämpfung im 19. Jahrhundert. Deutschland und Italien im Vergleich. In: Eckart, Wolfgang U.; Jütte, Robert (Hg.): Das europäische Gesundheitssystem. Stuttgart 1994, 51-72, hier 53-63.

<sup>588</sup> Gesetzsammlung (1831), 61-64; (1832), 41-60. Dettke, Die asiatische Hydra, 76, 188.

völlige Arbeitslosigkeit äußerte sich hier in offenem Protest, der durch das rigorose Vorgehen der Polizei eskalierte und mit Aufständen vor dem Königsberger Schloss und Plünderungen des Polizeireviers endete.<sup>589</sup> Zu Krankheitsangst und Existenzverlust verbreiteten sich wegen der ungeklärten Übertragungsweise der Cholera und der Unwirksamkeit des Sperrgürtels zusätzlich Gerüchte über geplante Vergiftungen der „Armen“ durch die „Reichen“ und schürten zusätzlich die Tumulte bei der stark betroffenen unteren Bevölkerungsschicht.<sup>590</sup>

Am 28. August 1831 erreichte die Cholera Berlin. Am 1. September wurde die Hauptstadt als infiziert erklärt und die vorher festgelegten Maßnahmen aktiviert: Sperrung des Schiffsverkehrs auf der Spree, Einrichtung von Lazaretten zur Isolierung, Anordnung von Tragekörben als Transportmittel für Cholerakranke und Begräbnisvorschriften für Choleraleichen. Die Vorbereitung dieser Maßnahmen hatte ein „Gesundheits-Komitee für Berlin“ getroffen, das auf Befehl des Königs vom 5. Juni gegründet worden war. Dem Komitee gehörten Vertreter aus dem Militär, der Stadtverwaltung und Stadtverordnetenversammlung sowie des Polizeipräsidiums an. Die Immediat-Kommission hatte bereits im Vorfeld, am 11. August, über eine Modifizierung der Vorschriften für Berlin diskutiert. Diese Änderungen übernahm das Berliner Gesundheitskomitee am 2. September 1831: Mit der Aufhebung sämtlicher Sperrmaßnahmen sowie der Quarantäne-Einrichtungen und Wohnungssperren sollte einer Gefährdung des Lebensunterhalts der gesunden Bevölkerung Berlins, die etwa 98% ausmachte und besonders die armen Einwohner betroffen hätte, vorgebeugt werden. Dieser Entscheidung lag nicht nur die Erfahrung der bedrohlichen Situation in den Städten Danzig und Königsberg zugrunde, sondern auch ein Eingeständnis der fragwürdigen Effektivität der „Instruktion“.<sup>591</sup>

## **2.2 Die Situation der Berliner Bevölkerung unter der Anwendung der „Instruktion“**

An der Cholera waren zuerst Schiffer, die ihren Dienst auf Spreekähnen versahen, erkrankt. Von ihnen ausgehend, verbreitete sich in wenigen Tagen die Seuche in den Armenvierteln.

Wie in allen Städten, herrschte auch in Berlin besonders in den unteren Schichten durch Erwerbslosigkeit und steigende Mieten große Armut. Die Menschen waren unterernährt und krank, wohnten beengt, zum Teil in feuchten Kellerwohnungen oder in Häusern, die am Wasser lagen. Die hygienischen Verhältnisse waren höchst beklagenswert. Die begonnene

---

<sup>589</sup> Vasold, Pest, 226; Dettke, Die asiatische Hydra, 102-112; Dormann, Das asiatische Ungeheuer, 211-214.

<sup>590</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 291.

<sup>591</sup> Ebd., 172, 178, 189.

Straßenpflasterung war längst nicht in allen Bezirken abgeschlossen, so dass sich der Schmutz auf den Straßen sammelte. In die Straßenrinne, die zur Spree führte, wurden Küchenabfälle geworfen und Nachttöpfe entleert. Das Wasser war stark verunreinigt und die Luft von Verwesungs- und Fäulnisgeruch durchdrungen. Wenn auch das Trinkwasser über Brunnen aus dem Grundwasser entnommen wurde, gab es in den einzelnen Bezirken doch genügend Brutstätten von den nachts aufgesammelten und in Eimern an bestimmte Stellen der Wasserläufe verbrachten Fäkalien.<sup>592</sup>

Trotz der modifizierten Maßnahmen der „Instruktion“ war die Bevölkerung neben ihren normalen dürftigen Lebensverhältnissen seit Ausbruch der Cholera zusätzlichen Restriktionen ausgesetzt: Armenkommissionen, die nicht abgewiesen werden durften, kontrollierten die Wohnungen auf Überbelegung und Reinlichkeit. Hauptanliegen war die Registrierung der hier stärker verbreiteten Cholerafälle und die zügige Isolierung verdächtiger Kranker. Zweifellos sahen sich die Bewohner solchen Zugriffen hilflos ausgesetzt, zumal nicht einmal mehr dem Arzt vertraut werden konnte, der „als Polizeibeamter“ am Krankenbett empfunden wurde und vielfach die „Gefangennahme“ des Kranken und die Einweisung ins Lazarett veranlasste. Behörden war es erlaubt, in ihre intimen Lebensbereiche einzubrechen und ihnen die für sie selbstverständliche Pflege der erkrankten Angehörigen zu verwehren. Die Angst, im Hospital zu sterben, seziert oder unwürdig begraben zu werden, steigerte nicht nur ihre alltägliche Not, sondern bedeutete auch eine tiefe Verletzung ihrer Gefühle, besonders wenn die traditionellen Beerdigungsrituale missachtet wurden und eingesetzte, oft rohe Hilfskräfte den Transport der Kranken oder das Wegbringen der Toten übernahmen. Die strengen Auflagen wurden als Bedrohung und Ungerechtigkeit empfunden, hatten sie doch bei ihrer Krankenpflege selbst erfahren, dass eine eindeutige Ansteckungsgefahr nicht bestand. Insbesondere wusste die Bevölkerung auch von der Wirkungslosigkeit der Abwehrmaßnahmen, so dass über die unerklärbare und fragwürdige Situation in Berliner Arbeiterkreisen - wie zuvor zu Cholerazeiten in Moskau, Petersburg oder Paris - Gerüchte kursierten, in denen von Vergiftung zur Verringerung der Armen als „Seuchenträger“ die Rede war. Empörung und Misstimmung über die für sie unverständlich strengen Maßnahmen, von bestehenden sozialen Spannungen und von Vormärz-Gedankengut begünstigt, lösten zwar Widerstand aus, hatten in Berlin jedoch keine politische Zielsetzung.<sup>593</sup>

---

<sup>592</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 167.

<sup>593</sup> Dorrman, Das asiatische Ungeheuer, 207-208, 216-217, 223; Dettke, Die asiatische Hydra, 283-292: Diese Vermutungen hatten schon während der Cholera-Epidemien in Moskau im September 1830 und in Petersburg im Juni 1831 Aufstände und größere Tumulte ausgelöst und wurden auf die Juli-Revolution von 1830 in

Die reicheren Bürger Berlins wurden mit dem Auftreten der Cholera einem Lernprozess unterzogen. Tatsache war zwar, dass sich in den Armenvierteln die Cholerafälle häuften und sich die Seuche unschwer als eine durch Schmutz und Armut hervorgerufene Krankheit der unteren Klassen deuten ließ. Doch als die Krankheit auch wohlhabendere Berliner erfasste - eines der prominentesten Opfer war der Philosoph Georg Wilhelm Friedrich Hegel, der 61-jährig, am 14. November 1831 ebenfalls der Cholera erlag -, sahen sie im bloßen Verschweigen dieser „unschicklichen“ Krankheit keine Lösung, sondern suchten nach anderen Möglichkeiten, sich zu schützen. Viele Reiche hofften deshalb in ihrer großen Ängstlichkeit, durch Spenden für Sonderspeisungen die Abwehrkräfte der Armen zu stärken und die von ihnen ausgehende Ansteckungsgefahr mindern zu können. Das Ergebnis waren ca. 20.000 Reichstaler aus Sammlungen und die Verpflichtung von Wohltätigkeitsvereinen, für mehrere Jahre zur Erziehung von Berliner Cholera-Waisen beizutragen.<sup>594</sup>

Die Cholera hielt sich in der Hauptstadt bis Anfang Februar 1832 und forderte 1.426 Menschenleben. Berlin wurde bis 1873 weitere zwölf Mal von der Cholera heimgesucht. An dieser Seuche starben insgesamt 17.432 Menschen.<sup>595</sup>

### **3 Die Choleraforschung: Impuls für die Entwicklung der Hygiene und Bakteriologie**

#### **3.1 Hygienische Missstände und Seuchen**

Wiederholt auftretende Seuchen, wie die Cholera, und ihre Beziehung zu den sanitären Missständen und der höheren Krankheitsanfälligkeit der ärmeren Bevölkerung in den Ballungszentren der Groß- und Industriestädte hatten nachdrücklichen Einfluss auf die Hygieneentwicklung.

Im Besonderen suchte man der Cholera, der gefürchtetsten Seuche seit ihrem ersten Auftreten in Europa 1830, Einhalt zu gebieten. Das unklare Ursprungs- und Ansteckungsbild dieser Seuche, das zu kontroversen Meinungen geführt hatte, erschwerte die gegen Infektionskrankheiten ohnedies begrenzten Bekämpfungsmöglichkeiten. Die „Instruktion“, nach den klassischen Methoden der Kontagientheorie ausgerichtet, war erfolglos geblieben. Weder konnte die Cholera an der Grenze Preußens aufgehalten, noch ihre Weiterverbreitung verhin-

---

Paris zurückgeführt. Dort war es besonders 1832 zu Konflikten zwischen Bürgern und Unterschichten gekommen.

<sup>594</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 185, 257; Dorrman, Das asiatische Ungeheuer, 217.

<sup>595</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 205, 208, 213.

dert werden. Große Unsicherheit sowie die Kritik aus den Reihen der Vertreter der Miasmatheorie führten deshalb zur Modifizierung der strikten Maßnahmen in der Hauptstadt, als auch diese von der Epidemie nicht geschützt werden konnte.

Dass von unsauberen Bodenverhältnissen, durch täglichen Unrat wie Abfälle und Fäkalien hervorgerufen, gesundheitsschädigende Auswirkungen ausgingen, im Besonderen das Trinkwasser kontaminiert wurde, wusste man bereits in der römischen Antike und auch im Mittelalter.<sup>596</sup> Nachdem neuere Veröffentlichungen über Beobachtungen in London 1847 und Kairo 1851 die Aufmerksamkeit auf die ganz besonders in den europäischen Hauptstädten üblichen „Misthaufen“ richteten, wurden wiederholt Forderungen laut, dass der Boden in großen Menschenansiedlungen reingehalten oder durch Drainagen stetig gereinigt werden müsse, um reines Brunnenwasser zur Verfügung zu haben und der Cholerafahre vorzubeugen.<sup>597</sup>

Aus der Erkenntnis, dass die hygienischen Missstände die ständige Wiederkehr der Cholera und anderer Seuchen begünstigten, resultierte ab Mitte des 19. Jahrhunderts eine intensive gezielte Forschung.

### **3.2 Max von Pettenkofer (1818-1901): Begründer der wissenschaftlichen Hygiene**

Außer Frage für die Seuchen- und Choleraabekämpfung stand die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse. Max von Pettenkofer galt als Experte, der die äußeren Bedingungen, besonders die Bodenbeschaffenheit, als Grund für die Entstehung und Verbreitung der Cholera ansah. Deshalb wurde er 1854 vom Gesundheitsrat der Stadt München mit der Aufgabe betraut, die in Bayern ausgebrochene heftige Cholera-Epidemie möglichst in Grenzen zu halten. Pettenkofer, der unverzüglich mit umfangreichen Untersuchungen des Bodens und Grundwassers in München begann, dehnte diese später auf ganz Bayern und weltweit groß angelegte systematische statistische Nachforschungen aus, erstellte darüber eine Generalstabskarte und entwickelte daraus seine grundlegenden Theorien zur Hygiene.<sup>598</sup>

---

<sup>596</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 37: Beispielsweise gab es in Rom einen „Wasserbeamten“, der für die Zufuhr von reinem Wasser in die öffentlichen Trinkwasserbrunnen und Thermen verantwortlich war. Das verschmutzte Wasser wurde über ein Kloakensystem abgeführt.

<sup>597</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 321: zitiert aus Veröffentlichungen von E. Parkes: „Researches into Pathology and Treatment of the Asiatic or Algid Cholera“, (1847), London. Auch in: Franz Pruner-Bey: „Die Weltseuche Cholera oder die Polizei der Natur“, (1851), Erlangen.

<sup>598</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 204-205; Wieninger, Max von Pettenkofer, 156; Jahn, Die Cholera, 5.

Max Pettenkofer - Arzt, Apotheker, Chemiker, Physiker und Techniker - wurde am 3. Dezember 1818 in Lichtenheim bei Neuburg (Donau) geboren. Nach der Schulausbildung begann er Pharmazie und Medizin zu studieren, absolvierte die obligatorische Apotheker-Lehre und erhielt 1843 die Approbation als Apotheker. Wenige Monate später schloss er sein Medizinstudium mit der Promotion ab. Nach ersten medizinisch-chemischen Untersuchungen in Würzburg, erhielt er 1844 einen Laborplatz bei dem berühmten Chemiker Justus von Liebig (1803-1873) in Gießen, wo er sich umfassende Kenntnisse in organischer Chemie erwarb. Schon wenige Jahre später, 1850, nachdem sich Pettenkofer während seiner Anstellung am königlichen Münzamt durch ein Metallscheideverfahren und die Herstellung des roten Glasflusses ausgezeichnet hatte, wurde ihm zunächst die außerordentliche und 1853 die ordentliche Professur für medizinische Chemie an der Universität München angeboten sowie die Mitgliedschaft in der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. Diesem vom König initiierten Ruf folgten weitere einflussreiche Förderungen und Ehrungen, wie etwa die Mitgliedschaft in der Leopoldina (1859), die Ehrenbürgerschaft der Stadt München (1872), die Verleihung des erblichen Adels durch König Ludwig II. (1883) und des Titels „Exzellenz“ durch den Prinzregenten Luitpold von Bayern (1898). Seinen größten Erfolg feierte er 1865 mit der Einrichtung eines Lehrstuhls für Hygiene, des ersten in Deutschland. Der Neubau wurde 1872 begonnen und 1883 unter seiner Leitung an der Universität München eröffnet. Im gleichen Jahr etablierte Pettenkofer die Zeitschrift „Archiv für Hygiene“, in der er seine seuchenkundlichen Arbeiten veröffentlichte.<sup>599</sup>

In seinen umfangreichen Forschungen, die hauptsächlich der Prävention von Typhus und Cholera galten, verfolgte er die These vom Zusammenhang dieser Seuchen mit den Bodenverhältnissen, der Heizung, Ventilation und Lüftung, wie er in seiner Veröffentlichung „Boden und Grundwasser in ihren Beziehungen zu Cholera und Typhus“ (1869) darlegte. Nach seiner Meinung handelte es sich bei der Cholera um einen aus Indien stammenden spezifischen Keim, der weder von Mensch zu Mensch, noch über das Trinkwasser übertragen werde. Vielmehr seien die physikalische Beschaffenheit des Bodens und der Grundwasserstand die wesentlichen Verbreitungsfaktoren. Dabei spielte sowohl eine zeitliche als auch individuelle

---

<sup>599</sup> Eckart/ Gradmann, *Ärztelexikon*, 281-282.

Eckart, Wolfgang U.: Sozialhygiene, Sozialmedizin. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, 9 (1995), 1150-1156, hier 1150.

Wieninger, Max von Pettenkofer, 84-94, 110, 158-159, 184-192. Insgesamt erhielt Pettenkofer neun Mal die Ehrendoktorwürde von Universitäten des In- und Auslandes und 188 nationale und internationale Verdienstorden. Außerdem wurden ihm zahlreiche Mitglied- und Ehrenmitgliedschaften in angesehenen wissenschaftlichen Akademien und Medizinalgesellschaften angetragen. Am 10. Februar 1901 wählte Pettenkofer, vermutlich wegen eines unheilbaren Leidens, den Freitod.

Disposition eine Rolle. Alle Faktoren zusammen führten zu einer spezifischen „miasmatischen“ Infektion, für die er die Gleichung  $XY = Z$  aufstellte: Die Faktoren X seien ein „spezifischer Keim“, z.B. aus Indien, und Y die orts-, zeit- und personenspezifischen Bedingungen, unter deren Einfluss der Krankheitskeim in Umwandlungsprozessen wie Gärung und Fäulnis stehe. Daraus ergebe sich Z, die krankmachende Infektion, die von aus dem Boden aufsteigenden Stoffen hervorgerufen werde.<sup>600</sup>

Eine Beobachtung in Würzburg hatte ihn in seiner Überzeugung bestärkt, dass Choleraausbrüche mit der Beschaffenheit des Bodens zu tun haben müssten. Dort hatte es während der Epidemie von 1854 und 1855 nur drei Choleratote gegeben. Die - unzutreffende - Begründung dafür sah er in dem felsigen Untergrund der Stadt. Im Gegensatz dazu standen die besonders hohen Zahlen an Cholerakranken und -toten der Städte Berlin und München, deren poröse, von Wasser und Luft durchdringbare Beschaffenheit der Böden er dafür verantwortlich machte.<sup>601</sup>

Weiterhin vermutete Pettenkofer zunächst, dass nicht frische Ausscheidungen von Kranken die Infektion hervorriefen, sondern dass der Infektionsstoff außerhalb des Organismus reife und dann eine Übertragung der Krankheit stattfindet. Die Theorie, dass Trinkwasser, das durch Cholera-Ausleerungen verunreinigt wird, eine Ausdehnung der Seuche bewirke, lehnte er ab, obwohl er seit 1854 auch spezielle Untersuchungen des Trinkwassers durchgeführt hatte. Trotz international kontroverser Diskussionen, wie etwa in der „Medical Times“ und der „Gazette Hebdomadaire de Médecine in Paris“, aber auch auf der Cholera-Konferenz 1867 in Weimar, wo er besonders heftigen Widerspruch von dem damals in Würzburg Pathologie lehrenden Rudolf Virchow erntete, übte Pettenkofer auf die Cholerabekämpfung weit über Bayern hinaus großen Einfluss aus. Dabei kam ihm seine Tätigkeit am Kaiserlichen Gesundheitsamt entgegen, dem er seit der Gründung 1876 als wissenschaftliches Mitglied angehörte.<sup>602</sup> Seine empfohlenen Desinfektionsmaßnahmen des von Exkrementen angereicherten Bodens schlugen sich beispielsweise bis 1883 in preußischen Gesetzen nieder. Erst nach 1884 vollzog sich sehr zum Missfallen Pettenkofers ein langsamer Wandel in den Seuchenbekämpfungsmaßnahmen, die den neuen bakteriologischen Erkenntnissen Robert Kochs angepasst

<sup>600</sup> Evans, Tod in Hamburg, 625; Jahn, Die Cholera, 45; Stolberg, Theorie, 71-72.

<sup>601</sup> Vasold, Pest, 232: Zitat aus Max Pettenkofer: „Untersuchungen und Beobachtungen über das Auftreten der Cholera nebst Betrachtungen über Maßregeln, derselben Einhalt zu thun.“ München (1855), 109: „Mir ist bis jetzt kein Ort bekannt geworden, welcher von der Cholera epidemisch ergriffen worden wäre, soweit derselbe auf Felsen liegt, obwohl Cholerakranke häufig an solche Orte gelangt und dort gestorben sind. Nach meiner Ansicht kann Würzburg seine Thore gastfreundlich den Choleraflüchtlingen öffnen, ohne besorgen zu müssen, eine Epidemie unter seine Bewohner zu bringen.“

<sup>602</sup> Wieninger, Max von Pettenkofer, 185-186: Den Ruf 1879 als Präsident am Kaiserlichen Gesundheitsamt lehnte Pettenkofer ab, brachte aber als wissenschaftliches Mitglied jahrelang sein Wissen für die Bewältigung der Aufgaben und Probleme dieser Reichsbehörde ein.

wurden.<sup>603</sup> Diese konnte Pettenkofer selbst nach der Hamburger Cholera-Epidemie von 1892 nicht anerkennen, weil er vom Übertragungsweg der Choleravibronen durch das Trinkwasser nicht zu überzeugen war. Zeitlebens blieb er den bakteriologischen Theorien und Forschungen Robert Kochs gegenüber misstrauisch.<sup>604</sup>

Als international anerkannter führender Hygieniker setzte sich Pettenkofer nachhaltig für die öffentliche Gesundheitspflege und Gesundheitsprävention ein und veröffentlichte seine Gedanken „Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt“ (1873). Seine Grundsätze und Theorien zur Hygiene lösten zwar nicht die komplizierten Zusammenhänge der Cholerainfektion, doch hatten sie unmittelbare Auswirkungen auf die Verbesserung der Städtereinigung und Trinkwasserversorgung als zwingende Voraussetzung für eine Seucheneindämmung. Immer mehr Städte veranlassten den Bau von Wasserwerken und Filtrieranlagen, die, wie Resultate in München und Berlin seit Mitte der 1870er Jahre belegen, zu einem merklichen Rückgang von Typhuserkrankungen führten.<sup>605</sup> Diese weit reichenden Erfolge lagen in der lebenslang und unermüdlich verfolgten Maxime Pettenkofers begründet: „Wer gesund bleiben will, muss nicht bloß seinen Leib, sondern auch seine Umgebung rein halten.“<sup>606</sup>

### **3.3 Robert Koch (1843-1910): Begründer der modernen Bakteriologie und Mikrobiologie**

Robert Kochs Ausbildung und sein beruflicher Werdegang hatten ihn von der neuen Herangehensweise überzeugt, Erkrankungen durch ihren Erregernachweis aufzuklären. Deshalb lehnte er die Bodentheorie Pettenkofers ab und verfolgte den Nachweis eines die Krankheit auslösenden Mikroorganismus, ein Ansatz, der das Potential besaß, bei der Erforschung der Cholera erfolgreich zu sein: Ihm war 1882 während seiner Untersuchungen in Ägypten und Indien gelungen, das Cholerabakterium im Darm von Choleraleichen nachzuweisen und den ursächlichen Zusammenhang zwischen Choleraerreger und der Erkrankung zu erklären. Dazu hatte er Hüttenbewohner beobachtet, die in der unhygienischen Umgebung künstlich ange-

<sup>603</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 286-287: Verfügung des Königlichen Polizeipräsidentums Berlin, vom 21. Juni 1866, betreffend Maßregeln gegen Choleraverbreitung.

Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 185-186, 290-291: Ministerialerlass vom 19. Juli 1883.

<sup>604</sup> Vasold, Pest, 233-36; Eckart, Geschichte der Medizin, 204-205, 209.

<sup>605</sup> Wieninger, Max von Pettenkofer, 208; Jahn, Die Cholera, 39, 43; Dettke, Die asiatische Hydra, 324.

<sup>606</sup> Wieninger, Max von Pettenkofer, 156.

Jahn, Die Cholera, 5: Zitat von Pettenkofer vom 28. September 1886, aus: Albumblatt der Sammlung Taut, Universitätsbibliothek Leipzig.

legter Teiche in Kalkutta lebten: „Es steht fest, dass das Wasser im Tank infiziert wurde durch Cholerawäsche, welche nach den früheren Beobachtungen die Choleraabazillen besonders reichlich zu enthalten pflegt: ferner ist konstatiert, dass die Anwohner des Tanks dieses infizierte Wasser zu häuslichen Zwecken und namentlich zum Trinken benutzt haben.“<sup>607</sup>

Da ihm die Reproduktion der Infektion durch Überimpfen an Tieren nicht gelang,<sup>608</sup> argumentierte Koch in seiner während der Expedition fortlaufenden Berichterstattung an das Kaiserliche Gesundheitsamt: „Cholera-Procéß und die Kommabacillen [stehen] in einem unmittelbaren Zusammenhang [...]. Für mich ist die Sache erwiesen, dass die Kommabacillen die Ursache der Cholera sind. [...] Mag nun die Uebertragung in der Weise stattgefunden haben, dass die Wäscherin die mit Kommabacillen beschmutzten Hände mit ihren Speisen oder direkt mit ihrem Munde in Berührung gebracht hat, [...] auf jeden Fall liegen hier die Verhältnisse so, wie bei einem Experiment, [...] welches ein Mensch unbewusst an sich selbst vornimmt, und dem ganz die nämliche Beweiskraft zukommt, als wenn es absichtlich herbeigeführt wäre.“<sup>609</sup>

Kochs Interesse an der Choleraforschung begann 1866 am Hamburger Allgemeinen Krankenhaus, in dem er als Assistenzarzt auch Cholera Kranke behandelte.<sup>610</sup> Die Grundlagen für tiefere Einsichten in die Cholera-Problematik hatte er sich während seines breit gefächerten Studiums und in Praktika bei namhaften Wissenschaftlern erworben:

Koch, am 11. Dezember 1843 in Clausthal geboren, studierte ab 1862 in Göttingen Mathematik, Naturwissenschaften und Medizin. Daneben hörte er Vorlesungen in den Fächern Chemie und Pharmazie. Bei Professor Friedrich Wöhler (1800-1882), einem angesehenen Chemiker, wurde er mit der präparativen Technik vertraut<sup>611</sup> und im Umfeld von Jakob Henle (1809-1885), der sich mit Miasmen und Kontagien sowie pathogenen Lebewesen beschäftigte,<sup>612</sup> erwarb sich Koch Kenntnisse in der Osteologie und systematischen Anatomie, vor allem aber wurde er in die exakte mikroskopische Kleinarbeit eingeführt. Nach Abschluss

<sup>607</sup> Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts (1883), 111-115.

<sup>608</sup> Eckart/ Gradmann, *Ärztlexikon*, 215-217, bes. 216. Die Koch'schen Postulate beinhalten den vollständigen Lebenszyklus eines Erregers: Bakterium spezifisch anfärben, im erkrankten Gewebe nachweisen und isolieren, in Reinkultur züchten, anschließend in das Versuchstier inokulieren. Das Hervorrufen der entsprechenden Erkrankung gilt als überzeugende Argumentation für die Ursache einer bestimmten Krankheit durch den spezifischen Krankheitserreger.

<sup>609</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1887), 180, 182.

<sup>610</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 25, 126: Die Cholera wütete in Deutschland besonders heftig im Sommer 1866. Während dieser Zeit war Koch Assistenzarzt im Hamburger Allgemeinen Krankenhaus. Bleistiftskizzen belegen, dass er sich dort näher mit der Cholera beschäftigte und Cholera-Bakterien im Mikroskop gesehen haben muss.

<sup>611</sup> Eckart/ Gradmann, *Ärztlexikon*, 384.

<sup>612</sup> Eckart, *Geschichte der Medizin*, 102: Henle hatte die von Fracastoro aus dem Jahr 1546 stammende Vorstellung wieder aufgenommen, nach der eine Ansteckung bei epidemischen Krankheiten durch einen bestimmten Krankheitskeim erfolge und durch direkten Kontakt oder durch die Luft übertragen würde.

seines Medizinstudiums mit Diplom und Dissertation (über Ganglienzellen und Bernsteinsäure) und verschiedenen Stationen in Hamburg, bei Hannover und Potsdam eignete er sich auch das gerichtsmedizinische und hygienisch-sanitätspolizeiliche Spezialwissen an, um die Stelle als Kreisphysiker in Wollstein, Kreis Bomst, zu erhalten. Neben seiner ärztlich praktischen Tätigkeit führte er an Menschen- und Tierknochen aus Funden altslawischer Siedlungen Untersuchungen durch, deren Ergebnisse von Rudolf Virchow in der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte berichtet wurden. Kochs Begegnungen mit Virchow, z. B. 1876 anlässlich der Tagungen der „Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege“ in München und der „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ in Graz, fand er genauso beeindruckend wie sein erstes Zusammentreffen mit Max Pettenkofer. Verschiedene von diesen Zusammenkünften ausgegangene Impulse veranlassten Koch zur Einrichtung eines Laboratoriums und zur Fortsetzung seiner Forschungsarbeiten. Ab 1873 arbeitete er systematisch an dem Problem des gefürchteten Milzbrands, einer Tierseuche, an der sich auch Menschen infizieren konnten. Es gelang ihm, den seit 1855 vermuteten Milzbranderreger mikroskopisch nachzuweisen, zu kultivieren und den gesamten Lebenszyklus aufzuzeigen. Seine dafür entwickelten neuen technisch anspruchsvollen halbfesten Nährböden sowie Färbe- und Fixiermethoden erlangten auch für alle zukünftigen bakteriologischen Untersuchungen größte Bedeutung. Mit seiner Berufung als Regierungsrat und Leiter des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1880 nach Berlin, konnte er unter besten Arbeitsbedingungen ein sehr viel breiteres Arbeitsprogramm in Angriff nehmen. Zu Weltruhm verhalf ihm 1882 der Nachweis des Tuberkelbazillus. Die in Europa weit verbreitete Tuberkulose bedingte jeden zweiten Todesfall bei Männern und Frauen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren und jeden dritten bei Säuglingen.<sup>613</sup> Seine intensive Forschungsarbeit nach einem geeigneten Impfstoff gegen diese Seuche führten 1890 lediglich zur Entwicklung des diagnostischen Hilfsmittels Tuberkulin. Einen Impfstoff zu finden, war ihm nicht vergönnt, obwohl er sich bis an sein Lebensende darum bemühte.<sup>614</sup>

Die sensationellen Erregernachweise von Milzbrand und Tuberkulose hatte Koch mit der Entdeckung des bakteriellen Erregers der Cholera während seiner Expedition in Ägypten und Indien 1882 fortgesetzt und wiederum weltweites Aufsehen erregt.<sup>615</sup> Koch und seine Mit-

---

<sup>613</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 25-33, 46-54, bes. 16, 50, 81; Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 215-216.

<sup>614</sup> Gradmann, Krankheit im Labor, 27; Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 106: Das von Koch in jahrelangen Experimenten entwickelte Tuberkulin stellte sich zwar als bedeutendes diagnostisches Hilfsmittel, jedoch nicht als Heilmittel heraus.

<sup>615</sup> Evans, Tod in Hamburg, 344: Der Italiener Filippo Pacini (1812-1883) hatte bereits 1854 den Choleraerreger nachgewiesen. Seine Entdeckung blieb jedoch weitgehend unbeachtet.

streiter wurden nach ihrer Rückkehr am 2. Mai 1884 mit höchsten Ehren ausgezeichnet. Sicherlich galten sie der wissenschaftlichen Leistung, wurden aber gleichzeitig auch als medienwirksame Propaganda im internationalen Wettstreit um die Cholera-Erforschung eingesetzt.<sup>616</sup> In diesem Tenor erklang die Laudatio im Reichstag, wo man am 13. Mai 1884 die Expeditionsteilnehmer und sich selbst feierte, in der Virchow die „so außerordentliche[n] Fortschritte“ auf dem höchst schwierigen Gebiet der Bakteriologie und die hohe labortechnische Leistungsfähigkeit des Kaiserlichen Gesundheitsamts heraushob.<sup>617</sup> Nun sei es „deutscher Wissenschaft, deutschem Fleiß und deutscher Opferfähigkeit vorbehalten gewesen [...], auf einem Gebiet, welches die ganze Welt berührt, einen so großen Schritt vorwärts zu thun, und ich kann sagen: wir, die deutschen Gelehrten und die deutschen Ärzte, empfinden es als einen großen Triumph, dass es einem der Unsrigen gelungen ist, diesen Schritt zu machen.“ Koch sei es durch „die ausdauernde hingebende anhaltende Arbeit“ und „mit seiner vorzüglich ausgebildeten Methode“ gelungen, während der Expedition den Cholera Bazillus nachzuweisen, auch wenn „der unmittelbare experimentelle“ Tierversuch noch nicht hätte erbracht werden können. „[E]in schöner Sieg“ sei errungen worden, der gleich einem militärischen Verdienst zu würdigen war. Nicht ohne Seitenhieb auf die französische Rivalität, die seit 1881 wegen Verfahrens- und Prioritätsstreitigkeiten zwischen den beiden international anerkannten Wissenschaftlern Koch und Pasteur bestanden, verwies Virchow auf die Tatsache, „dass wir diejenigen waren, die allen anderen zuvorgekommen sind, [...] dieses Geheimnis zu entschleiern“, denn die gleichzeitig in Ägypten anwesende französische Kommission habe „eben nichts vorwärts bringen können“.<sup>618</sup>

Das Bewusstsein von einer deutschen exzellenten bakteriologischen Forschung sollte über Jahrzehnte anhalten; es klang selbst noch in der Debatte der Seuchengesetzgebung vom April 1900 nach: „[...] auch wir in Deutschland [dürfen] unsere Forscher mit Stolz rühmen

---

<sup>616</sup> Gradmann, Die Entdeckung der Cholera, 1187-1188; Gradmann, Krankheit im Labor, 287-293: Die Expeditionsteilnehmer wurden mit einem Festbankett, Orden, Geldzuwendungen (Koch erhielt eine Dotation von 100.000, seine Begleiter zusammen 35.000 Reichsmark) und einer Kaiseraudienz geehrt. Außerdem zeichnete man Koch mit dem (militärischen) Kronenorden II. Klasse aus, und ernannte ihn zum stellvertretenden Direktor und Mitglied im Preußischen Staatsrat.

Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 109; Evans, Tod in Hamburg, 344; Eberhard-Metzger/ Ries, Verkannt und heimtückisch, 118-119.

<sup>617</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 71-80, 97, 124. Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 217: Koch hatte am Kaiserlichen Gesundheitsamt zusammen mit seinen Mitarbeitern Friedrich Loeffler (1852-1915) und Georg Gaffky (1850-1918) ein für bakteriologische Untersuchungen außergewöhnlich reich ausgestattetes Labor erhalten.

<sup>618</sup> Sten.Ber. 1 (1884), 509; 2, 572-574.

und die hochbedeutendsten Namen dieses Wissenszweigs nennen. Dass die Kompetenz des Reichs in dieser Frage unzweifelhaft ist, steht fest.“<sup>619</sup>

Kochs durchschlagende Erfolge ließ den zunehmenden Einfluss auf die zukünftige Seuchenforschung und -bekämpfung und entsprechende wissenschaftspolitische Entscheidungen erwarten.<sup>620</sup> Stattdessen setzten sich die Anerkennung seiner Thesen und die mit ihrer Ausführung verbundenen kostspieligen Maßnahmen nur langsam durch. Auch auf seine Berufung zum Ordentlichen Professor für Hygiene an die Medizinische Fakultät Berlin musste er bis Mai 1885 warten. Neben seiner Forschung leistete er dort wertvolle Beiträge zur Ausbildung der Ärzte und bot wöchentlich drei Hygiene-Vorlesungen, praktische Laborkurse und Unterweisungen in bakteriologischen Untersuchungsmethoden an. Mit seinem Freund Carl Flügge (1847-1923)<sup>621</sup> gründete er im gleichen Jahr die „Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten“.<sup>622</sup> Im Oktober 1890 gab Koch seinen Leitungsposten auf, um der Grundlagenforschung und weiteren bakteriologischen Untersuchungen zur Erforschung der Infektionskrankheiten mehr Zeit widmen zu können und schlug dafür die Errichtung eines Instituts für Infektionskrankheiten vor. Nach seinem Konzept sollte das Institut mit einer Forschungsabteilung und einem klinischen Bereich ausgestattet werden, um gesicherte Ergebnisse anzuwenden und zu erproben. Obwohl Koch bereits im Juli 1891 zum Direktor des neu geschaffenen Instituts berufen wurde, mussten sich seine Mitarbeiter, zu denen unter anderen Emil von Behring (1854-1917), Paul Ehrlich (1854-1915) und Chibasaburo Kitasato (1856-1931) gehörten, noch einige Jahre mit Räumlichkeiten in einem Altbau begnügen, bis nach jahrelanger Verzögerung im Jahre 1900 ein Neubau in Berlin-Spandau entstand. Die Mittelgenehmigung dazu gelang schließlich nach kontroverser Diskussion während der Sitzung im Abgeordnetenhaus am 9. Mai 1891 aufgrund „patriotischer“ Gesinnung: „Es handelt sich um einen Ehrenpunkt für die deutsche Wissenschaft. [...] die deutsche Forschung hat vorzugsweise das Verdienst, die Ursache der Infektionskrankheiten [...] nachgewiesen zu haben. Es sind uns andere Staaten mit ähnlichen Instituten [...] vorangegangen; [...] es ist bekannt, dass Frankreich sein Institut Pasteur hat, Russland hat ebenfalls ein experimentelles Institut [...], Öster-

<sup>619</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5065-5066: Der Abgeordnete Endemann reagierte auf die Rede des Präsidenten Loubet anlässlich der Eröffnung der Pariser Ausstellung, in der dieser die Verdienste Pasteurs besonders betont hatte.

<sup>620</sup> Gradmann, Krankheit im Labor, 297.

<sup>621</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 137: Flügge war Ordinarius für Chemie und Hygiene in Göttingen, dem ersten in Preußen 1883 gegründeten Institut für Hygiene. Er hatte sich auf die Sozial- und Rassenhygiene spezialisiert und veröffentlichte seine Erkenntnisse in „Die Mikroorganismen“ (1886). Mit dem Übersichtswerk für Bakteriologie „Grundriß der Hygiene“ (1889) schuf er ein jahrzehntelang anerkanntes Standardlehrbuch.

<sup>622</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 128-129.

reich, die Türkei sind mit ähnlichen Plänen beschäftigt. Wir möchten nicht zu weit hinter ihnen zurückbleiben, [...] wir möchten [...] die deutsche medizinische Wissenschaft in den Stand setzen, das zu vollenden, was sie angefangen hat, da zu ernten, wo sie gesäet hat.“<sup>623</sup>

Anfang Januar 1903 bat Koch um Entbindung seiner Pflichten als Leiter auch dieses Instituts, um seinen Interessen, die vor allem der Erforschung von Tropenkrankheiten galten, zu folgen, für die er immer wieder strapaziöse Forschungsreisen auf sich nahm. Bis 1906 setzte er seine Expeditionen fort, die ihn unter anderen nach Indien, Süd- und Ostafrika, Java oder Neuguinea führten, wo er sich, teilweise auch im Auftrag der britischen Regierung, für die Bekämpfung der Rinderpest und Malaria, des Rückfallfiebers und der Schlafkrankheit einsetzte.<sup>624</sup>

Als führender Forscher auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten wurden Robert Koch mit dem Nobelpreis höchste Ehrungen zuteil.<sup>625</sup> Größte Anerkennung gebührt ihm auch als Gesellschaftsreformer, dem es immer wieder gelang, mit seiner „alten Verbündeten Cholera“ die Regierungen von der Finanzierung der dringend notwendigen hygienischen Maßnahmen zur Bekämpfung von Epidemien zu überzeugen.<sup>626</sup>

#### **4 Die Gesetzgebung in Abhängigkeit von der Forschung am Beispiel der Cholera**

Die Gesetzgebung und ihre Abhängigkeit von der aktuellen Forschungslage spiegeln sich besonders deutlich bei der Cholerabekämpfung wider. In einem Zeitraum von über sechzig Jahren bemühten sich Wissenschaftler um die Aufklärung von Ursachen und Verbreitungsmechanismen dieser Seuche. Den schrittweisen Erfolg ihrer Erkenntnisse zeigt der Wandel der gesetzlichen Verordnungen und Richtlinien.

Interessant ist die Anwendung bzw. Entwicklung der Kontagientheorie. Nach deren klassischen Methoden wurde die Cholera ohne Wissen ihrer Ätiologie beim ersten Auftreten 1830 bekämpft. Da sich jedoch die Abwehrmaßnahmen als erfolglos herausgestellt hatten, geriet die Kontagientheorie in Zweifel und ließ die Miasmatheorie als die erfolgreichere erscheinen. Erst mit dem bakteriologischen Nachweis des Erregers der Cholera und seines Übertragungs-

<sup>623</sup> Sten.Ber., Verhandlungen des Preußischen Abgeordnetenhauses (1891), 2264.

<sup>624</sup> Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 147, 156, 169, 173, 179.

<sup>625</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 216-217: 1905 erhielt Koch den Nobelpreis. Am 27. Mai 1910 starb er an seiner seit 1904 bestehenden Herzkrankheit.

<sup>626</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 321: Zitat nach Erwin Ackerknecht in: „Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten“ (1963), 20.

weges durch Robert Koch wurde die nun wissenschaftliche Kontagienlehre als gezieltes und effektives Bekämpfungsmittel dieser Seuche anerkannt. Inzwischen waren die durch jahrelange systematische Nachforschungen von Max von Pettenkofer geprägten und allgemein anerkannten Anweisungen nach der Miasmatheorie fester Bestandteil der gesetzlichen Seuchenverordnungen. Diese wurden erst allmählich nach zähem Kampf endgültig aufgegeben, zumal die strikteren Maßnahmen nach der Koch'schen Kontagientheorie eine sehr viel höhere finanzielle Belastung für die Einzelstaaten bedeuteten.

#### **4.1 Die ersten Gesetze zur Bekämpfung der Cholera**

Die Cholera wurde bei ihrem ersten Ausbruch in Europa 1830 als eine Art Pest gedeutet, so dass man sich zunächst mit Sicherungsmaßnahmen, wie sie aus Pestzeiten bekannt waren, zu schützen suchte. Obwohl keine eindeutigen Beweise für eine hochgradige Ansteckungsfähigkeit vorlagen, verstärkte Österreich im Herbst 1830 seine Sperrlinien an den russischen Grenzländern. Auch Preußen, das sich als Grenzland zu Polen besonderer Gefährdung ausgesetzt sah, legte einen dreifach gesicherten Militärkordon an der Grenze zu Polen an.<sup>627</sup> Diese aufwendige Maßnahme und andere zusätzliche Verordnungen, wie strikte Sperrmaßnahmen, Quarantäne- und Desinfektionsbestimmungen und Verhaltensregeln für die Grenzbevölkerung - etwa Ahndung mit mehrjähriger Festungs- oder Zuchthaushaft oder die Drohung mit Todesstrafe wegen „Landesbeschädigung bei Übertretungen“ - waren in dem Gesetz „Instruktion über das bei der Annäherung der Cholera, sowie über das bei dem Ausbruche derselben in den Königlich-Preußischen Staaten zu beobachtende Verfahren“ verankert. Die so genannte „Instruktion“ wurde am 5. Juni 1831, wenige Tage nachdem es trotz aller Schutzmaßnahmen zum Ausbruch der Seuche in Preußen gekommen war, gesetzlich. Wiederholungen und Verschärfungen folgten am 20. Juni und 23. August 1831 sowie am 2. März 1832.<sup>628</sup> Wegen der „zur Zeit noch unerforschten Natur der Krankheit“ sollten besonders Unreinlichkeiten in jeder Beziehung vermieden, geräumige Wohnungen geschaffen, für reine Luft, gesunde Nahrungsmittel und warme Bekleidung gesorgt werden. Krankenakten waren zur Kontrolle zu führen, bei Choleraverdacht große Menschenansammlungen zu unterbinden, alle öffentlichen Versammlungsorte – Wochenmärkte und Schulen – zu schließen, Kranke von ihrer „nächsten

<sup>627</sup> Dettke, Die asiatische Hydra, 65-66.

<sup>628</sup> Gesetzsammlung (1831), 61-64; (1832), 41-60. Dettke, Die asiatische Hydra, 76, 188.

Gesetzsammlung 1831-1835 (1835), Jg. 1831, 661-664: Gesetz wegen Bestrafung derjenigen Vergehungen, welche die Uebertretung der - zur Abwendung der Cholera - erlassenen Verordnungen betreffen, vom 15. Juni 1831.

Umgebung“ zu isolieren, bei erhöhter Gefahr Häuser und Wohnungen abzusperren oder Einweisungen ins Hospital vorzunehmen. Reisende benötigten Legitimationskarten der Orts-Polizeibehörde zum Nachweis des Gesundheitszustands, Einreisende aus dem Ausland einen Eingangspass zur Bestätigung ihrer Herkunft aus einem gesunden Ort. Flussschiffer mussten sich einer ärztlichen Untersuchung, alle an Seehäfen ankommenden Schiffe einer Quarantäne von vier Tagen unterziehen.

Dieser Maßregelkanon, der vorwiegend kontagiöse Ansteckungskriterien berücksichtigte, war praktisch nicht anwendbar. Zumindest musste die Versorgung der Bevölkerung gesichert und die Beschränkung des Warenverkehrs aufgehoben werden, „da die bisherigen Erfahrungen ergeben haben, dass durch Waaren, Briefe und Gelder eine Verschleppung der Krankheit nicht veranlaßt wurden“. Ausgenommen waren „die Einbringung von [...] Betten und getragenen Kleidungsstücken, desgleichen von Lumpen, als Handelsartikel aus Ländern, in denen die Cholera herrscht, oder innerhalb der letzten zwei Monate geherrscht hat“.<sup>629</sup>

Die Verordnungen im Königreich Sachsen von 1831 enthielten alle möglichen, teilweise recht eigentümliche Empfehlungen, die etwa auf Theorien beruhten, nach denen Ansteckung auf moralische Schwäche und seelische Gestörtheit zurückgeführt wurde: So erwartete man von Ärzten eine Vorbild- und Vermittlerrolle, mit der sie ihre „Überzeugung mit Ernst und Nachdruck“ für „eine regelmäßige Lebensweise und strenge Sittlichkeit“ verbreiten sollten, weil diese das meiste dazu beitragen, „Krankheiten aller Art zu verhüten und besonders den miasmatischen und contagiösen Krankheiten den Boden zu entziehen“. Ansichten, dass „allzuängstliche Scheu“ und „törichte Sorglosigkeiten“ nachteilig seien, dagegen „ein gefasstes und ruhiges Gemüth den meisten Schutz“ gewähre, bezogen sich auf die „Polaritätslehre“, der zufolge die Cholera Menschen befallt, die sich nicht im Gleichgewicht der „Sympathien“ und „Antipathien“ befanden.<sup>630</sup> Bemerkenswerterweise wurden Häuser- und Wohnungssperrungen für überflüssig gehalten und die Quarantänezeit um die Hälfte auf nur noch fünf bis zehn Tage verkürzt, denn „fortgesetzte ärztliche Beobachtungen haben ergeben, dass der Ansteckungsstoff der „Asiatischen Cholera“ mehr flüchtiger Natur ist und seine Wirkungen deshalb [...] in den ersten drei bis sieben Tagen äußert“. Doch sollte man die „unmittelbare Berührung“ eines Kranken vermeiden und sich „vor Einschlucken des Atems und des aus dem

---

<sup>629</sup> Gesetz-Sammlung 1831-1835 (1835), Jg. 1831: 41-55, bes. 44-48 und §§ 14, 16, 17, 21, 23, 24, 28, 33): „Instruktion über das bei der Annäherung der Cholera, sowie über das bei dem Ausbruche derselben in den Königlich-Preußischen Staaten zu beobachtende Verfahren, vom 5. Juni 1831. Wiederholungen und Verschärfungen am 20. Juni und 23. August 1831 sowie am 2. März 1832. Jg 1832: Allerhöchste Kabinettsorder, enthaltend die Bestätigung der Instruktion über das in Betreff der asiatischen Cholera, vom 5. Februar 1832.

<sup>630</sup> Evans, Tod in Hamburg, 304-305.

gelüfteten Bette aufsteigenden Dunstes“ hüten und „den eigenen Speichel nicht hinabschlucken“. Am besten „man rieche oft an ein bei sich zu tragendes Fläschchen mit starker Essigsäure, aromatischem Essig oder Chlorkalk“.<sup>631</sup>

In Baden wurden Verordnungen erlassen, die eher der miasmatischen Herkunft der Cholera Rechnung trugen. So sahen beispielsweise die speziellen Richtlinien der badischen Immediat-Kommissionen von 1832 vor, Contumaz-Anstalten an einem „erhabenen, trockenen, dem freien Luftzuge ausgesetzten Ort“ zu errichten, der „von den übrigen Wohnungen vollkommen isolirt und [...] nach der gegen das abzuschließende Land hin gerichteten Seite anzulegen“ war. Für Einrichtungen solcher Art wurde ein zweckdienlicher Bebauungsplan vorgeschrieben, wie der Planungsentwurf für die Kontumaz-Anstalt für die Stadt Kehl an der französischen Grenze einen Gebäudekomplex, bestehend aus Quarantänehaus, Raststelle, Sprechzimmer, Desinfektionshaus, Waschküche, Remise, Warenmagazin und Spital vorsah.<sup>632</sup> Empfohlen wurde außerdem Schutz gegen Kälte und Feuchtigkeit, in der Lebenshaltung Mäßigkeit sowie Reinlichkeit des Körpers, der Wohnung, Kleidung und Bettbezüge.<sup>633</sup>

1835 erschien das preußische „Regulativ“, ein umfassendes Seuchengesetz, in dem man sich klar zur Unwissenheit über die Herkunft der Cholera bekannte, doch konkrete Maßregeln zum Verhalten beim Ausbruch der Seuche vorschrieb:<sup>634</sup> „Die Übertragungweise der Cholera ist nicht sicher anzugeben. Doch liefern [...] Cholerakranke unter Umständen Ansteckungsstoffe, die wahrscheinlich in ihren Darmentleerungen enthalten sind. [...] Die Entleerungen sind in mit unverdünnter Sublimatlösung zur Hälfte gefüllte Gefäße aufzunehmen. Die Benutzung eines Klosets seitens Cholerakranker ist zu verbieten“. Nach wie vor bestand die Anweisung, „Räume, in welchen Cholerakranke liegen, müssen viel gelüftet und täglich mehrmals mit Karbolnebel erfüllt werden. Von dem Genuss von Speisen und Getränken in denselben ist dringend abzurathen, ebenso von Aufstellung von Speisen daselbst.“<sup>635</sup> Zum Aufgabenbereich der Sanitätskommissionen zur Verhütung eines Ausbruchs und der Verbreitung von Infek-

<sup>631</sup> Choulant, Neue Sammlung Sächsischer Medizinalgesetze, 225, 227, 301, 304, 310-311, 313, 339: Generalverordnung vom 1. Juli 1831, Maßregeln gegen die Asiatische Cholera: Aufforderung des Stadtrats von Leipzig an die Ärzte und Wundärzte der Stadt vom 31. Dezember 1831.

<sup>632</sup> Salaba, Soziale Lage, 154-156.

<sup>633</sup> Loetz, Vom Kranken zum Patienten, 264.

<sup>634</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 231-274, bes. 275f: Das Gesetz „Die allgemeinen Bestimmungen der durch Allerhöchste Ordre vom 8. August 1835 genehmigten und bestätigten sanitätspolizeilichen Vorschriften (Regulativ) bei ansteckenden Krankheiten“ enthält neben umfassenden allgemeinen Anweisungen „zur Verhütung und Beschränkung“ ansteckender Krankheiten auch Ausführungsbestimmungen zur Desinfektion und unter „im Besonderen“ Bestimmungen zum Verhalten bei Annäherung der Cholera.

<sup>635</sup> Ebd., 243-266, bes. 247, §27: Anweisung zum Desinfektionsverfahren bei Cholera.

tionskrankheiten gehörte, dass sie „Unreinlichkeit in jeder Beziehung, überfüllte und ungesunde Wohnungen, unreine Luft, schädliche Nahrungsmittel“ aufzufinden und zu beseitigen hatten. Neben der Belehrung der Bevölkerung und Einhaltung der Meldepflicht bei Erkrankungs- und Todesfällen, dem Verbot für „alle ungewöhnlichen Anhäufungen von Menschen“ in Seuchenzeiten, der Schließung von Schulen, Isolierung von Kranken, Kennzeichnung der Häuser von Kranken mit schwarzer Tafel unter Angabe der Krankheit, Desinfektion nach Verbringen in Krankenhäuser oder auch Reinigung des Kranken und seiner Kleider sowie der Pflegepersonen, Desinfektion der Wohnung und Kleidung Verstorbener und besondere Beerdigungsrichtlinien mit umfangreichen Anleitungen.<sup>636</sup>

Das „Regulativ“ war von König Friedrich Wilhelm III. im Januar 1832 in Auftrag gegeben worden,<sup>637</sup> nachdem die Cholera 41.000 Menschen in Preußen sowie weiteren Tausenden beim Übergreifen auf Österreich, Frankreich und England das Leben gekostet hatte.<sup>638</sup>

In dieses Gesetz wurden wesentliche Grundsätze der kontagionistischen Lehre, wie sie schon in der „Instruktion“ von 1831 vertreten worden waren, übernommen, obwohl die Anwendung der Maßnahmen weder den Ausbruch noch die Weiterverbreitung verhindert und sich große Nachteile herausgestellt hatten. Der Kommission zur Ausarbeitung des nun in Betracht gezogenen umfangreichen Seuchengesetzes, dem „Regulativ“ gehörten namhafte Sachverständige an, wie der Generalmajor Ludwig Gustav von Thile und der Obermedizinalrat Johann Nepomuk Rust, der spätere Präsident der Medizinalabteilung des Kultusministeriums.<sup>639</sup> Ihre Arbeit, die „für ihre Zeit mustergültig“ war, „wurde nicht nur für die Seuchengesetzgebung anderer Staaten vorbildlich, sondern klingt noch in zahlreichen Bestimmungen des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 wieder“.<sup>640</sup>

## 4.2 Verordnungen unter dem Einfluss der Miasma-Theorie von Pettenkofer

Ab Anfang der 1850er Jahren richtete sich die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Boden- und Wasserqualität, wie das bayerische Strafgesetz von 1852 zur „unbefugten Verunreinigung“ des Trinkwassers verdeutlicht: „Wer das zum Genusse für Menschen oder Thiere bestimmte Wasser in Brunnen, Cisternen, Leitungen oder in den zum öffentlichen Gebrauche bestimmte

<sup>636</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 231-242, §§ 5,6,9,13,14,18,19,22: Anweisung zum Desinfektionsverfahren bei Cholera.

<sup>637</sup> Wilderrotter, Das große Sterben, 211-218.

<sup>638</sup> Vasold, Pest, 227-228.

<sup>639</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 108-110; Lentz, Die gesetzliche Regelung, 504-505; Huerkamp, The History, 624; Stein, Die Pockenvakzination, 1083; Münch, Gesundheitswesen, 238.

<sup>640</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XII.

Quellen oder Bächen unbefugt verunreinigt oder verdirbt, wird an Geld bis zu fünfzehn Thalern oder mit Haft bis zu acht Tagen gestraft.“<sup>641</sup> Mit dem Fortschreiten seiner Untersuchungen zur Bodenbeschaffenheit und seine in zahlreichen Schriften veröffentlichte Grundwassertheorie errang Max von Pettenkofer große Anerkennung in der nationalen und internationalen Fachwelt. Seine Thesen, die dem öffentlichen Interesse nach verbesserten hygienischen Verhältnissen und gesünderen Lebensumständen entsprachen, fanden auch im bayerischen Gesundheitswesen breite Zustimmung, zumal es sich um einen herausragenden Wissenschaftler an der Münchner Universität handelte, dessen Leistungen gerade mit der Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Hygiene bestätigt worden waren.<sup>642</sup> Das Gesetz vom 28. November 1865 spiegelt ausführlich seine Definition und Lehrmeinung wider: „Als Träger des Cholerakeimes wird der Magen- und Darminhalt [...] Cholerakranker betrachtet. Unmittelbar nach seiner Entleerung gilt er nicht als ansteckend. Erst einige Zeit, nachdem er aus dem Körper ausgeschieden ist, beginnt in ihm ein Zersetzungsprozess, durch welchen das Kontagium zur Entwicklung kommt. Es besteht also die Aufgabe, diesen Vorgang zu hindern, und muss auch da, wo die gefährliche Zersetzung schon eingetreten ist, versucht werden, das Produkt derselben zu zerstören. [...] Die Lösung dieser Aufgaben fällt der Desinfektion anheim.“ Einmal desinfiziert, würden die in den Boden eingedrungenen und der Gärung unterliegenden Krankheitsstoffe das Grundwasser nicht mehr beeinträchtigen und auch die Bildung miasmatischer Dämpfe, die die Luft verunreinigen, verhindert werden.

Pettenkofers Ansichten bezüglich der Hygiene und der allgemeinen vorbeugenden gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Sauberkeit, richtigen Ernährung, warmen Bekleidung und frischen Luft wurden ebenfalls im Gesetz berücksichtigt: Einer Reinlichkeitspolizei oblag die Überprüfung der Nahrungsmittel sowie „die Reinhaltung der Brunnen, Brunnquellen und öffentlichen Wasserleitungen“. Für Arme sollten Suppen- und Wärmeanstalten eingerichtet und „angemessene Vorräthe an wollenen Decken, Bett- und Leibwäsche“ bereitgestellt werden. Besonders aber seien „Bewohner schlecht gelegener oder besonders unreinlicher Gebäude“ umzusiedeln. „Am besten eignen sich [...] Gebäude oder Baracken auf frei oder höher gelegenen Punkten; [...] die Lage auf einem Kamme zwischen Mulden oder auf der Höhe eines Talrandes ist vorzuziehen. Ebenso ist kompakter Felsengrund, überhaupt ein für Wasser und Luft nicht oder nur sehr wenig durchgängiger Boden porösem Gestein oder porösem Boden vorzuziehen. Wo Geröll- oder Sandboden von einer mehrere Fuß mächtigen Thonschichte überlagert ist, ist zur Uebersiedlung solcher Thonboden zu wählen, da derselbe nach den bis-

<sup>641</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Bayern und Sachsen, II, 2, 310: § 92 des Polizeistrafbuches für Bayern, 28. Mai 1852, mit Wiederholungen am 26. Dezember 1871 und 21. Oktober 1884.

<sup>642</sup> Evans, Tod in Hamburg, 307-313, bes. 308.

herigen Erfahrungen der Entwicklung von Choleraepidemien sehr ungünstig ist.“ Weiter wird empfohlen, „dass die Bevölkerung den Besuch von Orten möglichst meide, an denen Cholera herrscht“, und gebrauchte Kleidungsstücke, Wäsche oder Betten aus verseuchten Orten zu reinigen seien, aber auch: „Absperungsmaßnahmen dürfen zum Schutze gegen Eintritt, Verschlimmerung, Verbreitung oder Wiederkehr der Cholera weder dem Auslande gegenüber noch für irgend einen Theil des Inlandes getroffen werden.“<sup>643</sup>

Der Einfluss Pettenkofers über die Grenzen Bayerns hinaus lässt sich an Maßnahmen, die beispielsweise die preußische Regierung 1866 erließ, nachweisen. Gerade Preußen, das regelmäßig von verlustreichen Cholera-Epidemien heimgesucht wurde<sup>644</sup> und jede Möglichkeit zur Verhütung und Verbreitung der Cholera wahrnehmen musste, wandte sich mit der „dringendsten Mahnung“ an die Hauseigentümer und Haushaltvorstände, die von Pettenkofer empfohlenen Desinfektionsvorschriften zu beachten: „Nach dem Ergebnis der neuesten wissenschaftlichen Forschungen verbreitet sich die Cholera in Europa vorzugsweise [...] durch die Abgänge der Cholerakranken“. Personen könnten den Keim der Krankheit in sich tragen und verschleppen und einen Herd bilden, der die Cholera auslöst. Deshalb dürfen „Ausleerungen [...] nicht eher beseitigt werden, bevor sie nicht mit dem als Desinfektionsmittel bewährten Chlorkalke überschüttet worden sind“.<sup>645</sup>

Neben diesen Desinfektionsmaßnahmen mussten in Preußen alle Seuchenkranken gemeldet und ihre Isolierung veranlasst werden, da nach wie vor das „Regulativ“ von 1835 galt, in dem von einer Ansteckung durch kontaminierte Kleidung oder Gegenstände und der Übertragung von Mensch zu Mensch ausgegangen wurde.<sup>646</sup>

Gesetzesnovellen von 1873 und 1874 regelten die „Vorkehrungen zum Schutze gegen Beschädigungen durch Miasmen“: In allen Städten von mindestens 15.000 Einwohnern sollten in jedem Gebäude, wo sich Menschen längere Zeit aufhielten, für die menschlichen Exkremente wasserdichte Gruben oder andere abführbare Behälter, Tonnen, Fässer eingerichtet bzw. bereitgehalten werden. Düngerstätten, Jauchebehälter an Ortsstraßen oder an öffentlichen Plätzen wurden verboten, wenn sie nicht mindestens fünf Meter entfernt waren. Weiter-

<sup>643</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Bayern und Sachsen, II, 2: 325: §2, 326: 1-2, 327: 3a-b, 328: 9,10,13; 329-330: 24: Ministerialbekanntmachung vom 11. November 1872 als Erneuerung der Vorschriften vom 28. November 1865 mit Wiederholung am 6. August 1883.

<sup>644</sup> Vasold, Pest, 231-234: Preußen verzeichnete während der dritten Pandemie von 1848 bis 1850 etwa 85.000 Choleraopfer, 1855 etwa 30.500, und während der vierten Pandemie 1866 110.000. Im gleichen Jahr starben im Juni und Juli während des Deutschen Krieges zwischen Preußen und Österreich zusätzlich 4.500 preußische Soldaten an der Cholera. Das waren mehr, als die 4.000, die durch Schussverletzungen ums Leben kamen.

<sup>645</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 286-287: Verfügung des Königlichen Polizeipräsidiums Berlin, vom 21. Juni 1866, betreffend Maßnahmen gegen Choleraverbreitung.

<sup>646</sup> Evans, Tod in Hamburg, 335.

hin wurde die periodische Reinigung von Bächen, Kanälen und Gräben in Ortschaften angeordnet. Abzugskanäle für Abwässer durften keine Ausflüsse, unterirdische Kanäle keine Ausdünstungen haben. Brunnen mussten umpflastert und in bestimmtem Abstand von etwaigen Verunreinigungen angelegt sein. An Ortsstraßen sollten Straßenrinnen eine feste Grundfläche erhalten und nicht mit Unrat und übelriechenden Stoffen verunreinigt werden.<sup>647</sup>

Ebenso sind dem 1883 veröffentlichten Ministerialerlass deutliche Hinweise auf die maßgebliche Beteiligung Pettenkofers zu entnehmen.<sup>648</sup> Vorrangig sei, „auf die Reinhaltung des Bodens durch ordnungsmäßige Beseitigung oder Unschädlichmachung der Dejektionen und Abfälle aller Art“ sowie auf die „Desinfektion der öffentlichen Bedürfnisanstalten im Freien, wie in geschlossenen Räumen, Fernhaltung gesundheitswidriger Nahrungs- und Genussmittel [oder] die Überprüfung von Massenquartieren, Herbergen, Pennen, Logir- und Kosthäusern, Privatquartieren und Räume, welche bei öffentlichen Bauten von Arbeitern zum Wohnen benutzt werden“ zu achten.<sup>649</sup>

### 4.3 Die gesetzlichen Anpassungen gemäß der Kontagionstheorie von Koch

Mitte 1884 ließen die von Pettenkofer und Koch gemeinsam erarbeiteten „Belehrungen über das Wesen der Cholera“ neue, den Koch'schen Anschauungen entsprechende Gesichtspunkte erkennen. So wurde beispielsweise vor dem Gebrauch ungekochten „verdächtigen“ Wassers und ungekochter Milch gewarnt und nachdrücklich auf die Isolierung Kranker und ihrer Pflege in einem Krankenhaus sowie die strenge Einhaltung der Desinfektionsregeln bei der Betreuung oder nach dem Tod eines Cholerakranken hingewiesen.<sup>650</sup> Im gleichen Jahr erfolgte die Ausarbeitung von Schutzmaßnahmen für den Grenzverkehr. An alle deutschen Staaten erging die Empfehlung, die Reisenden an den am meisten frequentierten Grenzübergängen zu kontrollieren. Ärzte sollten verdächtige Kranke isolieren und von der Weiterreise ausschließen.<sup>651</sup>

<sup>647</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Württemberg, Hessen und Baden, II, 3, 529-539: Ministerialverordnung vom 11. September 1873 und Verordnung vom 27. Juni 1874, die öffentliche Gesundheit und Reinlichkeit betreffend.

<sup>648</sup> Evans, Tod in Hamburg, 335-336: Pettenkofer war seit der Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1876 wissenschaftliches Mitglied.

<sup>649</sup> Wiener, Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen, II, 1, 185-186, 290-291: Ministerialerlass vom 19. Juli 1883.

<sup>650</sup> Ebd., 291-301: Ministerialverordnung vom 14. Juli 1884, bes. im Anhang: „Belehrungen über das Wesen der Cholera und das Verhalten während der Cholerazeit. Von Koch, Skrzeczka und Pettenkofer auf Veranlassung des Herrn Reichskanzlers“.

<sup>651</sup> Sten.Ber. Anl. 1 (1893), 319 (Denkschrift).

Erst 1892 erlangten in Preußen die Ansichten Kochs ihre uneingeschränkte Geltung. Nach seiner Anweisung beschloss die preußische Regierung im Juli 1892 strenge Absperrungsmaßnahmen an den östlichen Grenzübergängen, um einen erneuten aus Russland herannahenden Choleraausbruch abzuwehren. Russische Auswanderer, die durch Preußen nach Bremen und Hamburg fahren wollten, um von dort in die Vereinigten Staaten auszureisen, sollten „ausschließlich mittels Sonderzügen“ befördert werden. Zur Unterbindung des Kontakts mit anderen Personen wurde ihnen nicht gestattet, die Wagen auf den Aufenthaltsstationen zu verlassen. Das Zugbegleitungspersonal war angewiesen, „krankheitsverdächtige Erscheinungen“ telegrafisch an die nächste Sonderstation zu melden, um nach einer gesundheitspolizeilichen Kontrolle diese Personen „aussetzen zu können“ und einer Sammelstelle zuzuführen.

Als im August 1892 in Hamburg die Cholera ausbrach, schloss die preußische Regierung die Grenze für russische Auswanderer vollständig. Von diesen Maßnahmen wurden alle Regierungen der übrigen Bundesstaaten unterrichtet und auf die im Jahre 1884 ausgearbeiteten Schutzvorkehrungen hingewiesen, „worauf dieselben auch ihrerseits im Wesentlichen gleiche Maßregeln in Vollzug setzten.“ Als Ausnahme fühlte sich Hamburg jedoch an die empfohlenen Richtlinien nicht gebunden.<sup>652</sup>

#### **4.4 Traditionelle Lehren kontra neue Erkenntnisse am Beispiel der Cholera-Epidemie in Hamburg 1892/93**

Obwohl der Nachweis des Choleraerregers durch Koch internationale Beachtung gefunden hatte, setzte sich seine Theorie langsamer als erwartet durch. Die Anerkennung seiner Lehre bedeutete, sich den daraus ergebenden konsequenten Sicherheits- und Vorsorgemaßnahmen zu beugen und die enorme finanzielle Belastung zu akzeptieren. Deshalb zögerten die meisten Kommunen, die preiswerteren Bekämpfungsmöglichkeiten der seit Jahren etablierten Boden- bzw. Miasmatheorie Pettenkofers aufzugeben. Außerdem bestanden Zweifel bezüglich der komplizierten Tierversuche Kochs. Die gegensätzlichen Ansichten von Koch und Pettenkofer über die Cholera und ihre Bekämpfung führten diese beiden Wissenschaftler in einen jahrelang schwelenden Kampf, in dem es um die gegenseitige Anerkennung zur Lösung des Choleraproblems ging. Auch nachdem auf den „Konferenzen zur Erörterung der Cholerafrage“ des Kaiserlichen Gesundheitsamts von 1884 und 1885 neuere Tierexperimente Kochs diskutiert

---

<sup>652</sup> Sten.Ber. Anl. 1 (1893), 319-321 (Denkschrift): Verfügung des Reichskanzlers vom 15. Juli und vom preußischen Minister der öffentlichen Arbeiten vom 18. Juli und 27. August 1892. Evans, Tod in Hamburg, 358-359.

und als tragfähig anerkannt wurden, konnten sich Pettenkofer und seine Anhänger dieser Auffassung nicht anschließen.<sup>653</sup> Schon 1884 hatte Koch während der in Toulon ausgebrochenen Cholera-Epidemie durch die einwandfreie Charakterisierung der Seuche seine in Ägypten und Indien erzielten Forschungsergebnisse praktisch unter Beweis gestellt, doch ging auch von diesem Erfolg kein unmittelbarer Einfluss auf die bundeseinheitliche Seuchenregelung aus.<sup>654</sup> Dennoch sank graduell die Schlüsselstellung, die Pettenkofer in der Cholerabekämpfung innehatte, nachdem Koch als Mitglied der Cholera-Kommission zunehmenden Einfluss ausüben konnte. Seine tonangebende Rolle spiegelt sich deutlich an der systematischen Anpassung der maßgeblichen Gesetze wider, die in Preußen den von Koch geforderten Vorsorge- und Sicherungsregelungen folgten. Dieser in Berlin vollzogene „Machtwechsel“ garantierte aber keineswegs auch die bundesweite Zustimmung für die Koch'schen Thesen, insbesondere nicht die daraus zu ziehenden Konsequenzen.<sup>655</sup> Dies galt im Besonderen für Hamburg, wo man die vom Kaiserlichen Gesundheitsamt in einer Denkschrift empfohlenen Vorschläge abgelehnt hatte, wie etwa Schutzmaßnahmen für den Grenzverkehr oder gegenüber Reisenden aus Russland.<sup>656</sup> Vielmehr war man der in ihren Auflagen weit bequemeren Boden- und Miasmatheorie Pettenkofers verhaftet geblieben und hatte die Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen als nutzlos betrachtet. Wie sich bei Ausbruch der Cholera herausstellte, war auch versäumt worden, die für einen Seuchenfall dringend empfohlene Vorsorge zu treffen: Weder standen zur Isolierung und Betreuung Kranker Cholerabaracken oder zusätzliche Hospitalbetten zur Verfügung, noch gab es besondere Transportmittel für Erkrankte und Tote oder Desinfektionsmöglichkeiten größeren Umfangs. Als die Seuche am 18. August 1892 ausbrach, konnte sie sich deshalb in der vollkommen unvorbereiteten Stadt in Windeseile ausbreiten. Besonders betroffen waren die Menschen des dicht bewohnten Gängeviertels der Innenstadt, da hier das Trinkwasser ungereinigt aus der Elbe entnommen wurde, einer Stelle, die in nur zwei Kilometern Entfernung dem verschmutzten Hafenwasser ausgesetzt war. Der Hamburger Senat, der zunächst von einer „Cholera nostras“, einer harmloseren Salmonelleninfektion ausging, verzögerte aus Rücksicht auf seine Unternehmerschaft jegliche offizielle Bekanntgabe. Um etwaige den Handel schädigende Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen hinauszuzögern und möglichst abzuwenden, behielt der Senat diese Haltung selbst dann noch bei, als bereits zweifelsfrei feststand, dass die sich häufenden Erkrankungsfälle von der folgenschwe-

---

<sup>653</sup> Gradmann, *Krankheit im Labor*, 296; Genschorek/ Gläser, *Robert Koch*, 117.

<sup>654</sup> *Sten.Ber.* 2 (1884), 1165-1168; Gradmann, *Krankheit im Labor*, 296.

<sup>655</sup> Evans, *Tod in Hamburg*, 342-347; Dettke, *Die asiatische Hydra*, 325-326.

<sup>656</sup> Wiener, *Die Medizinal-Gesetzgebung in Preußen*, II, 1, 291-301: Ministerialverfügung vom 14. Juli 1884, bes. im Anhang: „Belehrungen über das Wesen der Cholera und das Verhalten während der Cholerazeit. Von Koch, Skrzeczka und Pettenkofer auf Veranlassung des Herrn Reichskanzlers“.

ren asiatischen Cholera hervorgerufen wurden. Eine Woche wertvoller Zeit verstrich nicht nur wegen dieser Verschleierungstaktik, sondern auch durch das Unvermögen der verantwortlichen Hamburger Ärzte. Keiner von ihnen hatte die von Koch 1884 angebotenen Einführungskurse zur Choleradiagnose besucht – ob aus Desinteresse oder aus Unmut gegenüber der vom preußischen Berlin ausgehenden neuen Cholera Theorie und ihren Richtlinien – , so dass sie die erforderlichen bakteriologischen Laboruntersuchungen für eine sichere Diagnose nicht beherrschten.<sup>657</sup> Dagegen hatte man in Altona inzwischen eindeutig die aggressive asiatische Cholera diagnostiziert und das Kaiserliche Gesundheitsamt verständigt. Umgehend wurde Robert Koch als offizieller Vertreter des Reichskanzlers nach Hamburg entsandt. Binnen weniger Stunden nach seinem Eintreffen am 24. August gelang ihm der Nachweis des Choleraerregers im verseuchten Leitungswasser. Am 25. August veranlasste Koch mit Absprache des Hamburger Senats die notwendigen Maßnahmen: Über den Hamburger Hafen wurde die gefürchtete Quarantäne verhängt.<sup>658</sup> Die Bevölkerung wurde aufgerufen, nur abgekochtes Wasser und abgekochte Milch zu verwenden, kein rohes Obst auf Straßen zu kaufen oder zu verzehren. Mit Fasswagen wurde unverseuchtes Wasser verteilt oder Möglichkeiten zum Abkochen geschaffen. Die Behörden hatten dafür zu sorgen, dass befallene Häuser desinfiziert, öffentliche Bäder und Schulen geschlossen, Tanzvergnügungen untersagt und Besuche in Gefängnissen sowie in Arbeiter- und Armenhäusern verboten wurden. Eine Sanitätskolonne der Polizei wurde eingerichtet und die Krankenwagenzahl zum Transport der Kranken in die Hospitäler erhöht.<sup>659</sup> Nach zehn Wochen nahm unter diesen umfassenden Maßnahmen die Zahl der Neuerkrankungen ab.

In Hamburg waren während der Cholera-Epidemie von 1892 die beiden gegensätzlichen Lehren Kochs und Pettenkofers aufeinander gestoßen. In gravierender Weise offenbarten der Ausbruch und die rasche Verbreitung der Cholera die Diskrepanzen ihrer Theorien und deren Folgen. Robert Koch hatte dabei den bestehenden Konflikt mit Max von Pettenkofer für sich entscheiden können, indem er innerhalb kürzester Zeit den Nachweis der Cholera Bakterien und ihrer Verbreitung über die Trinkwasserleitung erbringen und umgehend mit entsprechenden Maßnahmen reagieren konnte. Für die Seuchenpolitik waren seine in Hamburg unter Beweis gestellten positiven Resultate ausschlaggebender Auslöser zur Ausarbeitung einer umfassenden Seuchengesetzgebung.

---

<sup>657</sup> Sten.Ber. Anl. 1 (1893), Denkschrift, 319: „Maßnahmen zur Verhütung der Einschleppung der Cholera aus dem Auslande...“. Evans, Tod in Hamburg, 357-367.

<sup>658</sup> Evans, Tod in Hamburg, 356: Da Hamburg 1888 dem Deutschen Zollverein beigetreten war, unterlag es in seinen Außenhandelsangelegenheiten dem Reich.

<sup>659</sup> Ebd., 397-426.

Pettenkofer jedoch suchte weiterhin nach einem Beweis seiner Theorie und unternahm einen Selbstversuch zusammen mit seinem Schüler Rudolf Emmerich (1852-1914). Im Oktober 1892 infizierten sich beide Wissenschaftler mit einer abgeschwächten Cholerakultur, die ihnen von Georg Gaffky (1850-1918), Schüler und Mitarbeiter Robert Kochs und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts, übersendet worden war. Die Wirkung, die ausgelöst wurde, war nur gering und nicht lebensbedrohlich, so dass der Versuch als Gegenbeweis keine Bedeutung hatte.<sup>660</sup>

## 5 Resümee

Ab den 1830er Jahren wurde auch Europa von der Cholera heimgesucht. Die verheerende Seuche, die sich in sechsmaligen pandemischen Zügen wiederholte, forderte Hunderttausende von Todesopfern. Von den deutschen Staaten war besonders Preußen betroffen, das allein während der Epidemiejahre 1848 bis 1850, 1855 und 1866 einen Bevölkerungsverlust von 225.500 Menschen hinnehmen musste. Gegen die Cholera gab es nur die herkömmlichen Behandlungsmethoden, die sich auf Aderlass, Schröpfen, Abführen und verschiedene Opium- und Quecksilbermittel, Salben und Suppen beschränkten. Ihr rätselhafter ambivalenter Übertragungsmechanismus, der auch von topographischen und klimatischen Eigenheiten abhängig schien, aktivierte Wissenschaftler verschiedenster Fachrichtungen, nach Erklärungen zu suchen. Als Ergebnis formten sich hauptsächlich die Miasmatheorie und die Kontagientheorie aus. Die beiden Lehren, die von gegensätzlichen Entstehungs- und Verbreitungskriterien der Cholera ausgingen, wurde jahrzehntelanger kontrovers diskutierter Forschungsmittelpunkt von zwei herausragenden Naturwissenschaftlern. Letztendlich bestätigte sich die von dem Bakteriologen Robert Koch vertretene Kontagientheorie und setzte sich gegenüber der Miasmatheorie des Hygienikers Max von Pettenkofer durch. Allerdings musste dazu ein sechzig Jahre dauernder Kampf bis zur Lösung des Problems ausgefochten werden.

Eine der größten Anstrengungen nahm Preußen auf sich, das an seiner stark gefährdeten östlichen Grenze die Seuche bei ihrem ersten Auftauchen in Europa aufzuhalten versuchte. Nach frühen Beobachtungen der von Hinterindien langsam nach Westen vordringenden Cholera stellte man sich – wie auch Russland, Österreich und England – auf verschärfende Grenzbestimmungen ein. Frühzeitig – die Seuche war im November 1830 in Moskau angekommen - wurde eine Cholera-Kommission gebildet, die aus erfahrenen Militär-, Regierungs-

---

<sup>660</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 209; Genschorek/ Gläser, Robert Koch, 117; Vasold, Pest, 226-236.

und Ministerialräten bestand. Sie arbeitete ein Abwehrprogramm, die „Instruktion“, nach kriegs- und handelsstrategischen Prinzipien aus und stützte sich dabei auf die Kontagientheorie. Dementsprechend waren die Maßnahmen ausgerichtet: ein militärisch bewachter Sperrgürtel mit dreifachen Sicherheitslinien und Quarantäne-Anstalten sowie strikten Richtlinien für Reisende und Grenzbewohner. Dennoch brach im Mai 1831 in Danzig, erstmalig auf deutschem Boden, die Cholera aus und erreichte bereits im August Berlin. Dort wurden nach den Erfahrungen von Danzig und Königsberg, wo die strengen Vorschriften zum finanziellen Ruin dieser Städte und zu lebensbedrohlichen Versorgungsschwierigkeiten sowie tumultartigen Unruhen geführt hatten, modifiziert und vor allem die Sperrmaßnahmen der „Instruktion“, die sich als unwirksam erwiesen hatten, aufgehoben. Wie immer bei Seuchenausbrüchen, musste die ärmere Bevölkerung, die durch Erwerbslosigkeit in beklagenswerter unhygienischer Situation lebte, die größten Opfer bringen. Neben ihrem alltäglichen Lebenskampf waren sie nun außerdem den weiterbestehenden rigorosen behördlichen Kontrollen und der rücksichtslosen Vorgehensweise bei Lazaretteinweisungen zur Isolierung oder dem pietätlosen Umgang ihrer durch die Cholera getöteten Angehörigen ausgesetzt.

Die Verluste in Berlin, das mehrfach von der Cholera heimgesucht wurde, waren sehr hoch. Bis 1873 starben insgesamt 17.432 Menschen.

Das wiederholte Auftreten von Seuchen, wie Cholera oder Typhus, wurde Mitte des 19. Jahrhunderts durch Beobachtungen zunehmend in Zusammenhang mit den sanitären Missständen der europäischen Großstädte gebracht. Da auch die strengsten Abspermaßnahmen nach der Kontagienlehre keinen verlässlichen Schutz geboten hatten, konzentrierte sich die Ursachenforschung auf hygienische Bedingungen. Ab 1854 verfolgte der Naturwissenschaftler Max von Pettenkofer die Theorie, dass die Verbreitung der Cholera von einer bestimmten miasmatischen Infektion begünstigt würde, die von bestimmten Boden- und Grundwasserverhältnissen sowie von zeitlichen und individuellen Eigenschaften abhängig sei. Auf umfangreiche Bodenuntersuchungen gestützt, suchte er durch Desinfektionsmaßnahmen den Gärungs- und Fäulnisprozessen entgegenzuwirken, besonders aber eine Verbesserung der Bodenverhältnisse herbeizuführen. Unermüdlich und erfolgreich plädierte er für die unschätzbare Einführung der Städtereinigung und erreichte damit den nachweislichen Rückgang von Typhusepidemien. Als besonderes Verdienst Pettenkofers ist die Begründung der wissenschaftlichen Hygiene, die grundlegende Disziplin zur Gesundheitsprävention, zu werten.

Die Cholerainfektion aufzuklären, war dagegen dem Bakteriologen Robert Koch bestimmt. Koch, der sich seit 1866 mit der Cholera beschäftigte, verlegte sich auf die mikrobiologische Erforschung krankheitsauslösender Bakterien. Seine für den Erregernachweis erfundenen

denen festen Nährböden sowie Einfärbe- und Fixiermethoden ermöglichten ihm, nach dem Milzbranderreger (1873) und dem Tuberkelbazillus (1882) auch das Cholerabakterium (1882) zu identifizieren - Entdeckungen, die weltweites Aufsehen erregten. Die Durchsetzung seiner Ansteckungslehre und die damit verbundenen strengen, finanziell aufwendigen und unbequemen Maßnahmen verlief allerdings zäh; zu fest verhaftet waren die über Jahrzehnte praktizierten und sehr viel kostengünstigeren Desinfektionsregelungen nach der Miasmatheorie Pettenkofers. Erst 1884 erlangte die Koch'sche Kontagientheorie einen gesetzlichen Durchbruch und erhielt während der Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 endgültige Anerkennung.

Vermeehrt auftretende Epidemien von Cholera und anderen Infektionskrankheiten, verursacht durch die fortschreitende Industrialisierung und ihrer drastischen Auswirkungen vor allem auf die hygienischen Verhältnisse der Städte, bewirkten Massenerkrankungen und großes Elend in wachsendem Ausmaß. Grundlegende Veränderungen sowohl für die Bevölkerung als auch die betreuenden Ärzte durch eine umfassende staatliche Medizinalreform herbeizuführen, war das Ziel der Medizinalreformbewegung, die Thema des nächsten Kapitels ist.

## VI Die Medizinalreformbewegung

### 1 Entstehungsmotive und Ausgangssituation

Die Medizinalreformbewegung entwickelte sich aus zwei Sachverhalten, die ab den 1830er Jahren das Leben in den Städten drastisch veränderten und erschwerten. Zum einen konnte die infolge der Industrialisierung massenhaft verarmte und erkrankte Arbeiterschicht von den wenigen zur Armenversorgung verpflichteten Ärzten, wenn überhaupt, doch keinesfalls ausreichend versorgt werden. Zum anderen kämpfte die Ärzteschaft, die strengen staatlichen Reglements unterlag, nur ein geringes Entgelt für die Armenbehandlung erhielt und im Konkurrenzkampf untereinander stand, um ihre materielle und gesellschaftliche Besserstellung. Deshalb wurde eine Lösung, die der unterversorgten Bevölkerungsschicht eine angemessene Krankenbehandlung sicherte und gleichzeitig eine angemessene Existenzgrundlage für die Ärzte in Aussicht stellte, in der Reform des Medizialwesens gesehen.<sup>661</sup>

Während der rasanten Neu- und Weiterentwicklung vieler verschiedener Industriezweige im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts kam es zu einem drastischen Wandel der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den deutschen Staaten. Zur Steinkohleförderung für die Dampfschiffahrt und den Eisenbahnbau, zur Verarbeitung von Eisen und Stahl, zur Erweiterung des Handels, der Errichtung und Betreibung von Maschinen- und Papierfabriken, von Spinnereien und der chemischen und textilen Produktion wurden mehr und mehr Arbeitskräfte gebraucht. Zahllose Arbeitssuchende strömten in die Bergbau-, Fabrik- und Handelsgebiete, so dass sich Ballungszentren und stetig wachsende Industriestädte bildeten.<sup>662</sup> In den Städten, die dem raschen Zustrom nicht gewachsen waren, kam es zu Versorgungsschwierigkeiten bei Nahrungsmitteln und Wohnraum und infolgedessen zu ständig steigenden Preisen und unerschwinglichen Lebenshaltungskosten. Die arbeitende Bevölkerung war durch niedrige Löhne, das Trucksystem und überlange Arbeitszeiten zwangsläufig der Verarmung, Unterernährung und Erschöpfung bei immer beengteren und schlechteren Wohnverhältnissen ausgesetzt. Die auszehrende Lebensweise, unter denen hauptsächlich Frauen und Kinder zu leiden hatten, wirkte sich immer deutlicher mit zunehmender Krankheitsanfälligkeit aus, die sich in einer ansteigenden Verbreitung, Heftigkeit und Dauer von Infektionskrankheiten äußerte.<sup>663</sup>

<sup>661</sup> Eckart, Medizinalreform (im Erscheinen).

<sup>662</sup> Ackerknecht, Erwin: Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848. In: Sudhoff's Archiv, 25 (1932), 61-109 und 113-183, hier 62-63.

<sup>663</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 203; 228-229; Rosen, Die Entwicklung der sozialen Medizin, 108-109.

Mit der sichtbar zunehmenden Not, dem unsäglichen Leiden und qualvollen Sterben in menschenunwürdigen Behausungen wurden die praktizierenden Ärzte, meist Armenärzte, täglich konfrontiert, ohne wirksame Behandlungsmethoden oder Vorbeugungsmaßnahmen anbieten zu können.<sup>664</sup> Erste Bestrebungen zur Besserung dieser katastrophalen Zustände gingen deshalb von Ärzten aus. In ihren Vereinen, die ab den 1830er Jahren vermehrt gegründet wurden, diskutierten sie vor allem die Zusammenhänge zwischen Armut und der Häufung von Erkrankungen und suchten nach Lösungen. Besonders die in stetig wachsendem Maß um sich greifende Tuberkulose, das permanente Auftreten von Diphtherie, Grippe, Ruhr, Typhus und die ständige Gefahr der unberechenbaren Cholera sensibilisierte allmählich auch die wohlhabenderen Schichten und machte ihnen ihre eigene Gefährdung bewusst. Alarmierend wirkten die äußeren Zeichen des gesamten Spektrums der Missstände und ihrer Folgen: die Massenarmut und Massenkrankheiten der städtischen und auch ländlichen Bevölkerung und die davon ausgehende hohe Ansteckungsgefahr und Seuchenverbreitung, der deutlich wahrnehmbare Verlust von Arbeitskräften, die von körperlicher und geistiger Unfähigkeit zur Untauglichkeit gezeichneten Jugendlichen für den Militärdienst – im preußischen Rheinland lag die Untauglichkeitsziffer in den 1830er Jahren bei 12,3% -, und nicht zuletzt die latente Angst vor Unruhen und Aufständen.<sup>665</sup> Die sich ständig verstärkende Unsicherheit, Krankheiten und Ansteckungen ungeschützt ausgeliefert zu sein, führte allmählich zur Einsicht, dass gezielte präventive gesundheitspolitische Maßnahmen von höchster Notwendigkeit waren.

## **2 Rudolf Virchow (1821-1902) und „Die Medizinische Reform“**

Einer der Vorkämpfer, der die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens als Lösung des sozialen Problems in einen politischen Zusammenhang brachte, war der Mediziner, Sozialpolitiker und Anthropologe Rudolf Virchow.

Seit März 1848 herrschten in Berlin tumultartige Unruhen mit Barrikadenkämpfen, die aus sozialen Konflikten zwischen Fabrikbesitzern und der Überforderung der arbeitenden unteren Klassen erwachsen waren. Von seinem Aufenthalt in Oberschlesien geprägt, veranlassten Rudolf Virchow die unhaltbaren Zustände in Berlin - Wohnraumnot, unzulängliche Nahrungsversorgung, Arbeitsüberlastung und Krankheit -, an den revolutionären Ereignissen

---

<sup>664</sup> Ackerknecht, Beiträge, 87.

<sup>665</sup> Frevert, Krankheit, 125-127.

aktiv teilzunehmen. In Oberschlesien hatte er die Ursachen und Folgen der dort seit einigen Monaten grassierenden Flecktyphus-Epidemie studiert. Seinem Erfahrungs- und Rechenschaftsbericht ist zu entnehmen, dass die erbärmliche Situation der Menschen nicht allein der Seuche zugeschrieben werden konnte. Da „eine furchtbare Hungersnot gleichzeitig unter einer armen, unwissenden und stumpfsinnigen Bevölkerung“, herrschte, kam er zu dem Schluss, dass es sich um eine künstliche Seuche - im Gegensatz zu einer natürlichen -, handeln müsse, deren Ursachen „vielmehr Attribute der Gesellschaft, Produkte der falschen oder nicht auf alle Klassen verbreiteten Cultur“ seien, die durch „Mängel, welche durch die staatliche und gesellschaftliche Gestaltung erzeugt werden“ vorzugsweise die ärmeren Klassen trafen.<sup>666</sup>

„Nur der liberale Geist kann Einblick in die Natur der Medizin gewinnen“, war die These, die Rudolf Ludwig Karl Virchow 1843 anlässlich seiner Promotion verteidigte und damit sein Medizinstudium abschloss. Am 13. Oktober 1821 in Schivelbein (Pommern) als Sohn eines Landwirts und Stadtkämmerers geboren, hatte er seit 1839 an der militärärztlichen Akademie (Pépinière) auf Staatskosten Medizin studiert. Schon 1843 erhielt er eine Assistentenstelle an der Charité und wurde 1847, nachdem er sich habilitiert hatte, Leiter der Prosektur. Im gleichen Jahr gründete er mit seinem Freund Benno Reinhard (1819-1852) die Zeitschrift „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin“ (später „Virchows Archiv“), die er bis zu seinem Tode 1902 in 169 Bänden herausgab.

Geleitet von seinen Erfahrungen in Oberschlesien und der unsäglichen Not der Berliner Bevölkerung sah er während der 1848er Auseinandersetzungen eine Möglichkeit zur Veränderung und engagierte sich in demokratischen Vereinigungen und Arbeitsgemeinschaften. Seine besondere Unterstützung galt der Medizinalreformbewegung, der sich unter den neuen politischen Ereignissen zahlreiche reformwillige Mediziner anschlossen, weil sie sich - wie ihnen Virchow nahe legte - als „natürliche Anwälte der Armen“ sahen.<sup>667</sup> Am 28. Juli 1848 gründete Virchow in enger Zusammenarbeit mit Salomon Neumann (1819-1908) und Rudolf Leubuscher (1822-1861) „Die medizinische Reform“. Als Sprachrohr der stetig anwachsenden Medizinalreformbewegung formulierte Virchow darin ein Jahr lang in wöchentlichen Ausgaben (bis die Zeitschrift im Zuge der Reaktion im Juli 1849 wieder eingestellt werden musste) seine Ideen zur Lösung der sozialen Frage: „Die somatischen Krankheiten fangen an, ein Gegenstand der hohen Politik zu werden“ und nur eine „Medica publica, eine öffentliche

---

<sup>666</sup> Virchow, Einheitsbestrebungen, 47; Mitteilungen: 185-186, 190, 195.

<sup>667</sup> Virchow, Rudolf: Öffentliche Gesundheitspflege und Medicinalreform, Die Medicinische Reform, In: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der Öffentlichen Medizin und Seuchenlehre, Bd. 1. Berlin 1879, 3-77, hier 1, 2.

Gesundheitspflege“ bewirke bei den heutigen „abnormen Lebensbedingungen“ eine tiefgreifende Bekämpfung der psychischen, vor allem der epidemischen „Volkskrankheiten“. Nach den Grundsätzen, dass das Volk eine gesunde Entwicklung nehmen könne und zur Selbsthilfe fähig sei, wenn man ihm die „volle und uneingeschränkte Demokratie“ und „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“ zugestehe, wurden längst fällige Gesundheitsreformen formuliert: In der Hauptsache eine einheitliche Medizinalgesetzgebung für ganz Deutschland, eine Akademie der Medizin, ein Gesundheitsrat, eine radikale Reform des gesamten Gesundheitswesens und ein Reichsministerium für die öffentliche Gesundheitspflege. „Die Bedingungen des Wohlseins sind aber Gesundheit und Bildung, und die Aufgabe des Staats ist es daher, die Mittel zur Erhaltung und Vermehrung der Gesundheit und Bildung in möglich größtem Umfange durch die Herstellung öffentlicher Gesundheitspflege und öffentlichen Unterrichts zu gewähren.“<sup>668</sup> Die von Virchow und Leubuscher angestrebten weitergehenden Reformversuche wie ärztliche Versorgung für Bedürftige, prophylaktische Maßnahmen, das Recht des Bürgers auf Arbeit zur Sicherung des Lebensunterhaltes, Schutz des Industriearbeiters innerhalb Fabriken und Bergwerken, gesetzliche Regelungen von standardisierten gesunden Arbeitsbedingungen - Arbeitszeitregelung, Arbeitsverbot für Kinder unter 14 Jahren, Schutz für Schwangere -, weiterhin Gefängnisreform sowie Städtesanierung und Schulhygiene.

Doch diese Forderungen, die ebenfalls für die Ärzteschaft von existenzieller Wichtigkeit waren, mussten aufgegeben werden „im Hinblick auf die politische Lage unseres Volks und die dadurch bedingte Unmöglichkeit einer vernünftigen Reorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege, des medicinischen Unterrichts und der ärztlichen Verhältnisse“, wie Virchow resigniert in seiner letzten Ausgabe der „Reform“ feststellte.<sup>669</sup>

Virchows politischen Aktivitäten folgten nach dem Scheitern der Revolution persönliche Restriktionen. Deshalb verließ er Berlin und nahm wenige Monate später den Ruf auf den ersten deutschen Lehrstuhl für Pathologie in Würzburg an. Im Jahre 1856 wurde er als Ordinarius an das neu gegründete Pathologische Institut der Universität nach Berlin berufen. Dort hielt er ab 1858 insbesondere Vorlesungen über die Cellularpathologie. Am Pathologischen Institut, das

---

<sup>668</sup> Schipperges, Rudolf Virchow, 17-20.

Virchow, Die Medicinische Reform 5, 15; 51, 270.

<sup>669</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 2, 75.

Jütte, Robert (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997, hier 29-33.

Rosen, Die Entwicklung der sozialen Medizin, 102.

er ab 1893 als Rektor leitete, wirkte er 46 Jahre lang. Am 5. September 1902 starb Virchow an den Folgen eines Straßenbahnunfalls.

Als Politiker wurde Virchow 1859 Mitglied des Berliner Stadtverordneten-Collegiums, 1861 Abgeordneter im preußischen Abgeordnetenhaus und Mitbegründer der linksliberalen-antiklerikalen Deutschen Fortschrittspartei. Ab 1867 leitete er die Kommission für die Planung der Berliner Stadtentwässerung. Der Akademie der Wissenschaften gehörte er ab 1873 an, 1886 war er Vorsitzender der 59. Versammlung der GDNÄ in Berlin und von 1880 bis 1893 Mitglied des Deutschen Reichstags.

Virchows komplexes Werk, das ihn als bedeutenden Wissenschaftler und Politiker, als Wegbereiter in der Sozialpolitik, Anthropologie und Medizin auszeichnet, spiegelt sich in unzähligen Veröffentlichungen zur Pathologie, in politischen Aufsätzen, populären Vorträgen und seinem lebenslangen sozialpolitischen Engagement wider.<sup>670</sup>

### 3 Die Entwicklung der Hygienebewegung

Das zunehmende sozialpolitische, eng mit der Seuchenbekämpfung verknüpfte Problem wurde in Deutschland bereits um 1800 von Ärzten kritisch beleuchtet. So etwa forderte der Heidelberger Sozialhygieniker und Hebammenlehrer Franz Anton May (1742-1813) den Ausbau des Gesundheitsrechts und die Erziehung zur Gesundheitspflicht, um die heranwachsenden Jugendlichen zu schützen. Insbesondere ermahnte er die Gewerbetreibenden und Handwerker, ihre Lehrlinge gesund zu ernähren und sie vor schädigenden Arbeiten zu bewahren.<sup>671</sup> Auch Christian Wilhelm Hufeland versuchte, mit seiner 1797 veröffentlichten und vielfach rezipierten Schrift „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“, in der breiten Bevölkerung hygienisches Verhalten zu wecken und zu fördern.<sup>672</sup>

<sup>670</sup> Eckart/ Gradmann, Ärztelexikon, 365-366; Schipperges, Rudolf Virchow, 7-20, 139; DBE 10 (1999), 213-214: Virchow veröffentlichte u.a. „Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie“ (1848), „Die Not im Spessart“ (1852), „Die Cellularpathologie“ (1858). Von 1847 bis 1902 gab er das „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“ heraus. 1893 folgte er einer Einladung als Redner vor der Royal Society. Interessiert an Altertumsforschung, unternahm er zusammen mit Heinrich Schliemann Reisen nach Troja (1879) und Alexandria (1888).

<sup>671</sup> Buess, Heinrich: Über den Beitrag deutscher Ärzte zur Arbeitsmedizin des 19. Jahrhunderts. In: Artelt, Walter; Ruegg, Walter (Hg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, 1, Stuttgart 1967, 166-177, hier 168-170. Fischer, Geschichte Gesundheitswesen, 292.

<sup>672</sup> Nadav, Daniel S.: Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland. Gerlingen 1985, hier 27.

Schärfer denn je rückte ab Ende 1860 die Seuchenproblematik in den Vordergrund des allgemeinen Interesses und führte zu verstärkten öffentlichen Diskussionen. Konnten früher die meisten Bürger ihr Brauch- und Trinkwasser aus fließenden Gewässern beziehen – zum Beispiel aus der Spree in Berlin, der Isar in München oder aus Alster, Elbe und den Fleeten in Hamburg –, waren diese inzwischen durch die Übervölkerung mit Fäkalien, Haus- und Schlachtabfällen und deren Entsorgungsschwierigkeiten hochgradig verschmutzt. Industrieabwässer verunreinigten die Wasserquellen zusätzlich, so dass die Versorgung mit sauberem Trinkwasser nicht mehr gewährleistet war.<sup>673</sup> Dass ein Zusammenhang zwischen unhygienischen Lebensverhältnissen und Erkrankungen bestand, bestätigten ausführliche Untersuchungen, die zuerst in England durchgeführt worden waren. Das besorgniserregende Ergebnis führte dort zur Einrichtung einer zentralen Gesundheitsbehörde, die in den 1840er Jahren – zunächst in den Großstädten – den Bau von Kanalisationssystemen und die Bereitstellung sauberen Trinkwassers veranlasste.

Auch in Deutschland entwickelte sich als Reaktion auf die wiederkehrenden Massenerkrankungen und Seuchenepidemien eine Hygienebewegung, die sich die Verbesserung der sanitären Zustände als Ziel gesetzt hatte.<sup>674</sup>

#### **4 Johann Georg Varrentrapp (1809-1886): Sozialpolitiker und Begründer der praktischen Hygiene**

Johann Georg Varrentrapp gilt als einer der Bahnbrecher für hygienische Verbesserungen in nahezu allen sozialen Bereichen. Insbesondere jedoch widmete er sich der Wasserversorgung und der geordneten Abwasserbeseitigung der Städte.

Varrentrapp wurde am 20. März 1809 in Frankfurt am Main geboren und studierte von 1827 bis 1831 in Heidelberg, Straßburg und Würzburg Medizin. Nach Abschluss seines Studiums mit der Promotion 1831 arbeitete er als Assistenzarzt seines Vaters am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt, wo er später selbst, von 1842 bis 1872, als Chefarzt tätig wurde. Zur Verbesserung des Krankenhauswesens suchte er zahlreiche europäische Hospitäler auf, etwa in Belgien, Holland und England, und informierte sich über die Verwaltung und technischen Einrichtungen, wie Belüftungs-, Heizungs- und Küchenanlagen. Ab 1834 wandte er sich den neueren amerikanischen und belgischen Reformbestrebungen zu, die sich um Neu-

---

<sup>673</sup> Hardy, *Ärzte*, 91-98.

<sup>674</sup> Eckart, *Geschichte der Medizin*, 203: In der englischen Hygienebewegung zeichneten sich besonders Edwin Chadwick (1800-1890), Thomas Southwood Smith (1788-1861) und John Simon (1816-1904) aus.

gestaltungen zur Verbesserung der Lage der Gefangenen und Geisteskranken in Gefängnissen und Irrenanstalten bemühten. Als Mitherausgeber der „Jahrbücher für Gefängniskunde und Besserungsanstalten“ (von 1842 bis 1849) unterstützte er die neuen Ideen und organisierte 1846 in Frankfurt die erste internationale wissenschaftliche Versammlung für Gefängnisreform.

Soziales Engagement, beispielsweise 1834 als Mitbegründer der Frankfurter Armenklinik oder 1878 als Initiator der Ferienkolonien, gehörte zu Varrentrapps selbstverständlicher Lebenseinstellung genauso wie politische Aktivitäten: Die frühe Zugehörigkeit zum Frankfurter Stadtrat (ab 1842), seine Schriftführertätigkeit im Vorparlament als Nationalliberaler (ab 1848), seine Beteiligung an Gründungen des Bürgervereins (1848), des Nationalvereins (1859) und der Mitherausgabe der „Zeit“, der späteren „Süddeutschen Zeitung“ (ab 1861).

Sein dauerhaftes Interesse für die praktische Hygiene wurde auf dem ersten internationalen Hygienekongress 1852 in Brüssel gefestigt, wo er die im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege diskutierten sozialen Programme, wie den Bau von Arbeiterwohnungen, Schulen, öffentlichen Badeanstalten, Kanalisationen und Trinkwasseranlagen der Städte kennen lernte. Danach widmete er sich dem zähen und aufreibenden Prozess, im Rahmen der Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege eine gesetzliche Grundlage zur Verbesserung der sanitären Zustände in den Städten zu schaffen. Als Seuchenprophylaxe sollte sie den zunehmenden hygienischen Problemen und ihren Gefahren auf breiterer Basis entgegenwirken.<sup>675</sup>

Eine Städteassanierung, die der Theorie seines Freundes und Vorbildes Max von Pettenkofer entsprach, war ein schwieriges komplexes facettenreiches Unternehmen medizinischer, moralischer, finanzieller, technischer und politischer Natur. Eingedenk dieser Tatsache verfolgte Varrentrapp hartnäckig sein Ziel, wohlwissend, dass die praktische Umsetzung von einer geschickten Strategie und Gestaltung abhängig war.

#### **4.1 Die Gründung der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege (1867)**

Bis in die 1860er Jahre waren für eine „medizinische Reform“ oder ein staatliches Gesundheitssystem gemäß den Forderungen von 1848 keine grundlegenden Änderungen in der Medi-

---

<sup>675</sup> Hardy, Ärzte, 157-163; Arnswaldt, Familie Varrentrapp, 82-94, bes. 88, 97: In seiner Geburtsstadt Frankfurt beispielsweise beschleunigte Varrentrapp dank seines Einflusses auf die Kommunalpolitik den schwierigen Entwicklungsgang, den die ab 1842 in der Diskussion stehende Stadtreinigung verursachte. Mit dem Beschluss des Senats wurde 1865 ein Kanalbau-Ingenieur berufen und nach Abwägung aller technischen Möglichkeiten konnte das kostspielige Projekt 1871 abgeschlossen werden.

zinalgesetzgebung getroffen worden. Eine erneute heftige Cholera-Epidemie in den Jahren 1865 und 1866 aktualisierte das Thema und den dringenden Bedarf nach besseren hygienischen Verhältnissen. Als vorrangigste Maßnahme bot sich die Städteassanierung an, nachdem die seit 1854 von Pettenkofer entwickelte Bodentheorie den Zusammenhang zwischen Schmutz, Unrat, Fäulnis und Krankheit wissenschaftlich erhärtet hatte. Eine zentrale Wasser- ver- und -entsorgung, die einer Verbreitung von Epidemien Einhalt gebieten konnte, bedurfte jedoch hoher technischer Leistungen und der Bereitschaft der betreffenden Stadtverwaltungen, immense finanzielle Mittel aufzubringen und bereitzustellen. Varrentrapp sah deshalb eine reelle Chance zur Verwirklichung dieser Konzepte nur in der Zusammenarbeit aller an einem solchen großtechnischen Projekt beteiligten Gruppen. Ein Bündnis von Ärzten mit Ingenieuren und technisch ausgebildeten Angestellten der Kommunen bot vielseitige zweckdienliche Vorteile: Wünsche und Interessen konnten innerhalb der städtischen Verwaltungsorgane oder Architekten- und Landwirtschaftsverbände mit Hausbesitzern und Händlern diskutiert und berücksichtigt werden. Die Ärzte hatten Gelegenheit, sich zu profilieren, wenn sie den Gemeindeverwaltungen mit ihren zunehmenden hygienischen Problemen als Berater auf dem Sektor der öffentlichen Gesundheitspflege zur Seite standen. Und - ein organisierter öffentlich auftretender Interessenverband mit derart breit gefächerter fachlicher Kompetenz und dem Anspruch, den wirtschaftlichen Wert der Gesundheit für das Gemeinwesen zu heben, hatte beste Chancen, sich auf politischer Ebene Gehör zu verschaffen.<sup>676</sup>

Erster entscheidender Schritt für sein Vorhaben war die Gründung der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege. Diese arrangierte Varrentrapp anlässlich der Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte (GDNÄ) im September 1867 in Frankfurt zusammen mit Gustav Adolph Spiess, der in diesem Jahr Geschäftsführer dieser renommierten Gesellschaft war. Die beiden Ärzte konnten die erfahrenen Bauingenieure Eduard Wiebe (1804-1892)<sup>677</sup> aus Berlin, und James Hobrecht<sup>678</sup> aus Stettin als Gründungsmitglieder gewinnen, die

---

<sup>676</sup> Hardy, *Ärzte*, 20-23, 47.

Herold-Schmidt, Hedwig: *Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914*. In: Jütte, Robert (Hg.): *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*. Köln 1997, 43-95, hier 46, 76.

Jütte, *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*, 39-42; Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, 247.

<sup>677</sup> Hahn, Hermann; Langbein, Fritz (Hg.): *Fünzig Jahre Berliner Stadtentwässerung 1878-1928*. Berlin 1928, hier 3: Friedrich Eduard Salomon Wiebe, am 12. Oktober 1804 in Marienburg geboren, studierte an der Bauakademie und gleichzeitig an der Universität Berlin Mathematik und Physik. Nach seinem Abschluss als Baumeister 1836 führten ihn Studienreisen nach Belgien, Frankreich und England. Maßgeblich wirkte er am Eisenbahnbau in Düsseldorf-Elberfeld (1838-1842) und Berlin (ab 1849) mit, später an den Entwässerungsplanungen der Städte Danzig, Berlin, Breslau, Königsberg, Basel und Triest. Wiebe starb 1892 in Berlin. Veröffentlichungen: „Über die Reinigung und Entwässerung der Stadt Berlin“, 2 Bde. (1861).

<sup>678</sup> Hahn/ Langbein, *Fünzig Jahre Berliner Stadtentwässerung*, 3-4: James Friedrich Ludolf Hobrecht, am 31. Dezember 1825 in Memel geboren, studierte ab 1847 an der Bauakademie in Berlin, legte 1849 das Baufüh-

sich ebenso uneingeschränkt dem Gründungsmotiv verpflichtet fühlten, „die äußeren Ursachen der Krankheiten zu ergründen und diese selbst zu verhüten, als ihr Wesen zu erkennen und sie zu heilen“.<sup>679</sup> Unterstützt wurden sie von Max von Pettenkofer, der in seinem Eröffnungsvortrag den Zusammenhang der Hygiene mit der übrigen Medizin erläuterte. Als dringende Notwendigkeit empfahl Pettenkofer, dieses neue Fach an den medizinischen Fakultäten aufzunehmen.

Zur Verbreitung fachlicher, die Städteassanierung betreffende Informationen für interessierte Ärzte, Techniker und Verwaltungsbeamte diente die von Varrentrapp, Spiess, Hobrecht und Wasserfuhr<sup>680</sup> ab 1869 herausgegebene überregionale „Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“.<sup>681</sup>

#### 4.2 Die Gründung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege (1873)

Ein weiteres Verdienst Varrentrapps war die Gründung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am 15. September 1873 in Frankfurt. Die Bedeutung dieses Vereins lag in der Zusammenführung der Interessen der Hygieniker auf Reichsebene, weil er die von der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege in der GDNÄ aufgestellten gesundheitspolitischen Forderungen vertrat: die Reform des Medizinalwesens und die Einrichtung eines Reichsgesundheitsamts. Dem Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege gehörten 230 Mit-

---

rer-Examen ab und wurde in den Architektenverein aufgenommen, dem auch Schinkel (1781-1841) und Semper (1803-1879) angehörten. Nach Weiterbildung wurde ihm die Bebauungsplanung der Berliner Umgebung übertragen (1858-1859). Inspektionsreisen nach Hamburg, Paris und London brachten ihn auf den neuesten Entwicklungsstand für Kanalisations- und Entwässerungssysteme. In Stettin z.B. plante und baute er ein Trinkwassernetz und Kanalisationssystem (1861 bzw. 1870). Zur Bekämpfung der Cholera übte Hobrecht mit seiner 1868 erschienenen Publikation: „Über öffentliche Gesundheitspflege und die Bildung eines Central-Amtes für öffentliche Gesundheitspflege im Staate“ Kritik an der mangelhaften Bauordnung, über Bauspekulation und die katastrophalen Wohnverhältnisse in Berlin. Als Chefingenieur berufen, leitete er ab 1872 die Berliner Kanalisationsarbeiten (Veröffentlichung: „Die Canalisation von Berlin“, 1884). Ab 1885 war er für Berlin als Stadtbaurat für Straßen- und Brückenbau tätig. Seinen fachlichen Rat nahmen 30 Städte in Deutschland in Anspruch. Weltweit bekannt, erhielt er Aufträge für Kanalisationsentwürfe für Moskau (1880), Tokio (1887) und Kairo (1892). Der bereits 1848 während der Märzrevolution in der studentischen Bürgerwache in Berlin organisierte Hobrecht engagierte sich später als Mitbegründer der „Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege“ (1867), der „Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ (1869) und der „Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege“ (1872). Seine Verdienste für die Hygienebewegung wurden mit einer Vielzahl von Auszeichnungen gewürdigt. Hobrecht starb 1903 in Berlin.

<sup>679</sup> Varrentrapp, Zur Frage der Rätlichkeit, 4.

<sup>680</sup> Augustus Hermann Wasserfuhr studierte Medizin in Halle, Bonn und Berlin, wo er 1845 promovierte. Nachdem er in Prag und Wien seine Fachausbildung fortgesetzt hatte, ließ er sich in Stettin als praktischer Arzt nieder. 1858 wurde er königlicher Kreiswundarzt. Während der Cholera-Epidemie von 1866 war er leitender Arzt des städtischen Choleralazarets. 1871 erhielt er einen Ruf nach Straßburg zur Organisation des Medizinalwesens in Elsaß-Lothringen. 1872 wurde er kaiserlicher Regierungs- und Medizinalrat, 1879 Ministerialrat in Elsaß-Lothringen. 1885 kehrte er nach Berlin zurück und wurde 1886 Stadtrat und Dezernent für medizinische Angelegenheiten. DBE 10 (1999), 342.

<sup>681</sup> Hardy, Ärzte, 23-24, 171-181.

glieder an, die sich zumeist aus höheren Beamten, Chemikern und Ingenieuren, auch fast allen Autoritäten der deutschen Hygieniker sowie den Bürgermeistern der größeren Städte zusammensetzten, die sich alle zur Pionierarbeit in der Städtehygiene bereit erklärten.<sup>682</sup>

Die fortschrittliche Verordnung des Großherzogs von Baden von 1864, nach der Vereinsbildungen ausdrücklich wieder erlaubt wurden,<sup>683</sup> ermöglichte ab etwa 1867 die Gründung auch regionaler Vereine für öffentliche Gesundheitspflege. Für die Bedeutung dieser Vereine und den Inhalt ihrer Organisation spricht der zugehörige Personenkreis, der sich aus Persönlichkeiten zusammensetzte, wie etwa James Hobrecht und Eduard Wiebe aus Berlin, die Reichstagsabgeordneten Dr. Robert Wilhelm von Bunsen (1811-1899) und Graf Georg Herbert zu Münster (1820-1902) oder der Physiker Werner von Siemens (1816-1892). Eine Mitgliedschaft wurde aber auch besonders für Ärzte interessant, und zwar insofern, als sie sich neben einer reinen Interessenvertretung zukünftig ein einflussreicheres öffentliches Wirken auf die beabsichtigten gesundheitsfördernden Maßnahmen erhofften.

Die Vereinsarbeit bestand meist in der Erörterung aktueller hygienischer Fragen und in einer breiten Diskussion über die Aufzeichnung von Sterblichkeits- und Erkrankungsdaten, die als wichtigste Aufgabe die Grundlage der Seuchenbekämpfung bildete. Dem gleichen Zweck diente beispielsweise die Ausarbeitung von Leitlinien zur Bauhygiene und zur Trinkwasserqualität oder die Festlegung der Grenzwerte von Abwässereinleitungen in Flüssen. Große Bedeutung gewannen übrigens die Forderungen des Vereins bei der Ausarbeitung des Nahrungsmittelgesetzes von 1879.<sup>684</sup>

## **5 Das ärztliche Vereinswesen und Hermann Eberhard Richter (1808-1876)**

### **5.1 Motive zur Entwicklung**

Das Bemühen um eine Verbesserung der hygienischen und sozialen Situation ging in erster Linie von Ärzten aus, die großenteils vom Kampf um die eigene Anerkennung und aus wirtschaftlichen Interessen motiviert waren. Sicherlich handelte eine Reihe von Ärzten uneigennützig aus tiefer Überzeugung und moralischer Verpflichtung und ließ sich auf das riskante politische Engagement ein. Das bedeutete Anfang des 19. Jahrhunderts in den meisten Fällen,

---

<sup>682</sup> Hardy, *Ärzte*, 169: Mitglieder des Vereins waren unter anderen der Oberbürgermeister von Berlin, Arthur Hobrecht (Bruder des Baurats James Hobrecht), der die Anregung zur Vereinsbildung gegeben hatte, 20 weitere Oberbürgermeister aus anderen Städten, 113 Ärzte, 15 Kommunalbeamte, 12 Chemiker und Apotheker, 31 Architekten und Ingenieure sowie 10 Fabrikanten, Kaufleute und Journalisten.

<sup>683</sup> Jütte, *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*, 38-39.

<sup>684</sup> Hardy, *Ärzte*, 209, 212-214; Arnswaldt, *Familie Varrentrapp*, 93.

dass sie dafür ihre berufliche Karriere ganz aufs Spiel setzten oder mit Einschränkungen zu rechnen hatten, wie bekannte Beispiele zeigen. Gravierende Nachteile wegen politischer Beteiligung zog bereits die Mitgliedschaft in der Burschenschaftsbewegung nach sich. So musste etwa Lorenz Oken, Begründer der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte (GDNÄ), wegen seiner Teilnahme am Wartburgfest 1817 seine Professorenstelle in Jena aufgeben.<sup>685</sup> Das gleiche Los erwartete die späteren Aktiven der revolutionären Auseinandersetzungen von 1848: Rudolf Virchow verließ Berlin wegen persönlicher Einschränkung aufgrund der Mitwirkung in politischen Organisationen, besonders am Demokratenkongress im Oktober 1848 in Berlin. Friedrich Wilhelm Löwe, abgeordnetes Mitglied der „linken“ Liberalen in der Frankfurter Nationalversammlung und späterer Präsident des „Rumpfparlaments“, musste sich vor der strafrechtlichen Verfolgung als „Hochverräter“ in die Schweiz in Sicherheit bringen und konnte erst 1861, nach der Amnestie der „1848er“, aus seiner späteren Emigration in die USA zurückkehren.<sup>686</sup> In Baden hatte sich die beachtenswerte Zahl von 300 Ärzten an demokratischen Aktivitäten beteiligt, von denen etwa 40 wegen steckbrieflicher Verfolgung ins Ausland fliehen mussten. Das gleiche Schicksal teilte eine Vielzahl „fortschrittlicher“ Ärzte in Sachsen. Sie gehörten vorwiegend den medizinischen Vereinen Dresdens und Leipzigs an, unter ihnen Hermann Eberhard Richter. Als einer der herausragenden Vertreter demokratischer Einstellung und Verfechter von bildungs- und gesundheitsfördernden Reformen wurde ihm die Teilnahme am Dresdner Mai-Aufstand 1848 zur Last gelegt und ein Hochverratsprozess gegen ihn geführt. Trotz Freispruchs verlor er als 44-Jähriger seine Professorenstellung.<sup>687</sup>

Gerade Richter konnte die sozialen Probleme der unteren Klassen nachempfinden. Richter, am 14. Mai 1808 in Leipzig als Sohn eines Kaufmanns geboren, nahm 1826 ein Medizinstudium in Leipzig auf. Zunächst von seinen Eltern gefördert, musste er nach dem Vermögensverlust des Vaters für seinen Lebensunterhalt selbst sorgen, den er neben seinem Studium größtenteils mit Repetitorien über pharmazeutische Botanik und Pharmazie und der Mitarbeit in einer Armenarztpraxis bestritt. Ab 1831 ermöglichte ihm eine Assistentenstelle unter der Leitung des Hof- und Leibarztes H. L. Francke (1789-1853) in Dresden, seine praktischen Erfahrungen in der akademischen Lehre zu vertiefen und seine Kenntnisse in der Behandlung von Patienten zu erweitern. Nachdem er sein Studium mit dem Examen (1833) und der Promotion (1834) abgeschlossen hatte, ließ er sich als praktischer Arzt in Dresden nieder.

<sup>685</sup> Ackerknecht, Beiträge, 76-77; Gizycki/ Pfetsch, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher, 106-109.

<sup>686</sup> Ackerknecht, Beiträge, 80-82.

Weiß, Barbara: Das Stuttgarter Rumpfparlament 1849. Stuttgart 1999, hier 66-77.

<sup>687</sup> Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, 245.

Daneben führte er seine bereits als Student begonnenen botanischen und zoologischen Studien weiter und überarbeitete beispielsweise verschiedene Ausgaben der „Systema naturae“ von Carl von Linné (1707-1777). Diverse Auslandsaufenthalte 1834 in Paris, Wien, London und Berlin gaben den Anstoß für die Gründung einer poliklinischen Kinderheilanstalt. Die zusammen mit drei befreundeten Kollegen als private Stiftung konzipierte Poliklinik führte kostenlose ambulante Behandlungen von Kindern durch und wurde ab 1840 auch mit stationären Betten ausgestattet.

Die neuesten Erkenntnisse und Entwicklungen auf medizinischem Gebiet eignete sich Richter über Neuerscheinungen an und rezensierte diese für Schmidt's „Jahrbücher der gesamten in- und ausländischen Medicin“. Sein lange gehegter Wunsch nach einer akademischen Laufbahn erfüllte sich am 6. September 1837. Er erhielt den Ruf auf die Professur für Theoretische Heilkunde und die Direktion der Poliklinischen Anstalt in Dresden.

Als sich in den 1830er und verstärkt in den 1840er Jahren die Gründung ärztlicher Vereine vollzog, folgte Richter diesem Trend und schloss sich 1842 mit fünf Kollegen zum „Ärztlichen Verein“ in Dresden zusammen. Zunächst als Treffen zum Austausch fachlicher und privater Fragen in kollegialem und freundschaftlichen Einvernehmen gedacht, rückten bald sozialhygienische Probleme und die aufkommenden Bestrebungen nach einer Medizinalreform in den Blickpunkt ihres Interesses. Ein Aufenthalt Richters in Schweden und Dänemark im Auftrag des Vereins zum Studium der dortigen fortschrittlichen Medizinalverfassungen führte 1845 zur Herausgabe der Broschüre „Zur Reform der Medicinalverfassung Sachsens“. Richters Anteil bestand in der Forderung nach einer Medizinal- und Gymnasialreform, in der er vor allem eine profunde Vorbildung in Gymnasien und Realschulen und ein umfassendes Medizinstudium verankert wissen wollte. Er hoffte, dass eine Studienreform für die zukünftige Ausbildung einen hohen empirischen Anteil vorsah, ärztliche Prüfungen in Deutsch statt in Latein abgehalten und Prüfungsgebühren abgeschafft würden. Leider verliefen die Diskussionen dieser Reformpläne im sächsischen Landtag erfolglos. Lediglich die geforderte Trennung des Bader- und Barbiergewerbes von der Chirurgie wurde 1846 vom sächsischen Innenministerium vollzogen.

Neben seinen Reformversuchen auf Regierungsebene leistete Richter als Mitglied im Turn- und Gymnasialverein, im Ärztlichen und Städtischen Verein umfassende Öffentlichkeitsarbeit. Er hielt populärwissenschaftliche Vorträge und veröffentlichte schriftliche Anleitungen für praktische vorbeugende Maßnahmen, wie etwa für die medizinische Gymnastik, die er in Schweden kennen gelernt hatte.<sup>688</sup>

---

<sup>688</sup> Richter, Hermann Eberhard Richter, 2-12.

Der erste Versuch, eine eigenständige mitspracheberechtigte ärztliche Landesvertretung zu etablieren, wurde mit der Einberufung des ersten sächsischen Ärztetags am 20. August 1848 in Leipzig unternommen. Die während dieses Kongresses gebildete Kommission blieb jedoch ohne Anerkennung von der Regierung. Weitere Pläne scheiterten ein Jahr später an der einsetzenden Reaktion. Die Verwirklichung der angestrebten Reformen rückten erst 1865 mit der Wiederzulassung ärztlicher und pharmazeutischer Kreisvereine näher. Vor allem die Einrichtung eines Landes-Medizinal-Kollegiums, in das Richter als Abgeordneter des Dresdner Kreisvereins berufen wurde und dem er bis zu seinem Lebensende angehörte, ermöglichte wichtige Umgestaltungen und Funktionen. Dazu gehörten die Ausbildung von Ärzten ausschließlich an der Landesuniversität Leipzig, die beratende Mitgestaltung von Medizinalgesetzen und Prüfungsangelegenheiten und die Aufsicht über staatliche Krankenanstalten durch Mitglieder ärztlicher Kreisvereine.<sup>689</sup>

Richters weitblickendstes und hartnäckig verfolgtes Ziel sollte er mit der Vereinigung aller deutschen Ärztevereine erreichen. In der Vereinheitlichung des Ärztestandes sah er die einzige Möglichkeit, auf höchster Ebene Einfluss auf standespolitische Forderungen zur Verbesserung ihrer kritischen Lage im Zuge der Umwälzung der Medizinalstrukturen ausüben zu können. In vielerlei Hinsicht sahen sich die Ärzte in ihrer Existenz und ihrem Ansehen gefährdet: Der Konkurrenzkampf untereinander, wie beispielsweise die wissenschaftlich gebildeten Ärzte mit den auf Militärschulen ausgebildeten Wundärzten I. und II. Klasse oder den Handwerkschirurgen; die Abhängigkeit durch staatliche Regelungs- und Kontrollmechanismen, wie die Bindung an Berichtspflichten, den Diensteid für Gehorsam gegenüber der Obrigkeit und Ausübung des Berufs; die festgelegten zu niedrigen Taxen oder die durch den Kurierzwang vom Staat auferlegte unentgeltliche bzw. nur dürftig bezahlte Versorgung für Arme.

In Denkschriften und Entwürfen für Medizinalordnungen ging es deshalb neben dem Wunsch nach einer einheitlichen deutschen Medizinalverfassung, die die nationale Zersplitterung durch die unterschiedlichen partikularstaatlichen Regelungen aufhob, auch um eine Reform des Unterrichts- und Prüfungswesens mit Lehr- und Lernfreiheit und ein breiteres verbessertes Angebot naturwissenschaftlichen Unterrichts an den Universitäten. Die Niederlassungsfreiheit zur gerechteren Verteilung der Ärzte in Stadt und Land, die staatliche vollbeamtete Anstellung von Ärzten mit standesgemäßer Besoldung waren weitere Forderungen, ebenso die Aufhebung der problematischen degradierenden Stellung der meisten Militärärzte. Die

---

<sup>689</sup> Richter, Hermann Eberhard Richter, 48-56.

Bekämpfung der Kurpfuscherei und die Einrichtung einer Witwen- und Waisenkasse ergänzten den Forderungskatalog.<sup>690</sup>

## **5.2 Die Gründung der Sektion für Medizinalreform (1865) und des deutschen Ärztevereinsbundes (1873)**

Die Versammlung der GDNÄ 1865 in Hannover bot Richter Gelegenheit, mit Kollegen aus anderen deutschen Staaten seinen vorbereiteten „Entwurf über die Organisation des ärztlichen Standes“ zu erörtern, der als Vier-Punkte-Programm konzipiert war: „1. Es ist wünschenswerth, dass der ärztliche Stand eine vom Staate anerkannte Körperschaft bilde, 2. dass diese Körperschaft das Recht besitze, ihre Berufsangelegenheiten selbständig zu berathen und zu verwalten, 3. desgleichen an der öffentlichen Gesundheitspflege Theil zu nehmen, 4. desgleichen mittels selbstgewählter Abgeordneten bei den Staatsregierungen vertreten zu sein“.<sup>691</sup>

Die Bereitschaft anderer Kollegen, an diesem für Ärzte essenziellen Konzept mitzuwirken, bestätigte sich mit der Bildung einer sechsköpfigen Kommission für Medizinalreform, die sich auf der 41. Versammlung der GDNÄ 1867 in Frankfurt erstmals als eigenständige Sektion für Medizinalreform präsentierte. Auf der GDNÄ-Tagung 1868 in Dresden erfolgte die Wahl einer ständigen Kommission, die sich 1869 in Eisenach traf, um die nächsten Zusammenkünfte vorzubereiten und vor allem die Thesen der geplanten Petition an den Norddeutschen Reichstag zur Bildung einer Zentralbehörde für Gesundheitspflege auszuarbeiten. Auf der 44. GDNÄ-Versammlung 1871 in Rostock wurde Richter zum Vorsitzenden der Sektion für Medizinalreform gewählt.<sup>692</sup>

Der Auftakt für die Zusammenführung aller partikularstaatlichen Vereine zu einem Dachverband fand statt, als Richter im Juli 1872 eine Ärztevereinsversammlung in Leipzig einberufen hatte, auf der er an seine Kollegen appellierte: „Nachdem nunmehr fast in ganz Deutschland festorganisirte und zum Theil auch schon staatlich als Vertreter des ärztlichen Standes anerkannte ärztliche Vereine (Kreis-, Bezirks-, Zweig-Vereine, Ärztekammern, ärztliche Wahlkammern, ärztliche Ausschüsse oder Delegirten-Versammlungen ec.) bestehen, nachdem die neue Reichsgesetzgebung besonders durch die Freigebung des Krankenkurirens es immer nothwendiger macht, dass sich die eigentlichen, wissenschaftlich gebildeten und

---

<sup>690</sup> Eckart, Medizinalreform (im Erscheinen); Ackerknecht, Beiträge, 91, 100, 120; Huerkamp, The History, 242-244.

<sup>691</sup> Richter, Hermann Eberhard Richter, 57-58.

<sup>692</sup> Ebd., 58-59.

staatlich geprüften Ärzte Deutschlands fester als bisher aneinander schliessen: so ersucht man hierdurch die sämtlichen ärztlichen Vereine Deutschlands Einen oder Mehre[re] ihrer Mitglieder [...] nach Leipzig zu entsenden, um daselbst unter sich zu berathen: in welcher Weise ein gemeinsamer Verband oder Mittelpunkt für sämtliche ärztliche Vereine Deutschlands eingerichtet werden könne [...].“<sup>693</sup>

Ein anlässlich dieser Zusammenkunft gewählter Geschäftsausschuss traf alle erforderlichen Vorbereitungen, so dass am 17. September 1873 in Wiesbaden der Deutsche Ärztevereinsbund gegründet werden konnte. Richter als Schrift- und Geschäftsführer - den Vorsitz hatte E. Graf (1829-1895) übernommen - widmete sich mit aller Energie der Aufgabe, die Förderung der wissenschaftlichen Belange und Standesinteressen und die fakultative Teilnahme des Ärztstandes an der öffentlichen Gesundheitspflege durchzusetzen. Auf eigene Kosten gab Richter seit 1872 das „Ärztliche Vereinsblatt“ (seit 1929 „Deutsches Ärzteblatt“) heraus, das ab 1873 mit dem Untertitel „Organ des Deutschen Ärztevereinsbundes“ versehen wurde.<sup>694</sup> In seinen Aufsätzen ermunterte er unermüdlich seine Kollegen, keine staatlichen Sonderverpflichtungen unentgeltlich zu übernehmen, wie etwa die Meldepflicht von bestimmten Krankheiten, oder Angaben für eine Medizinalstatistik, die ohne den guten Willen aller Ärzte nicht erstellt werden könne. Gegen Gesetzvorlagen, die die Aufbürdung unerfüllbarer und belastender „Spitzfindigkeiten“ enthielten und sie zu einem „Kanzlisten oder Rechtsknecht“ herabwürdigten, rief er auf: „Also, Ihr Kollegen im gesammten Deutschen Reich, rührt Euch wehrt Euch!“<sup>695</sup>

Nur schrittweise gelangten die Ärzte zur Verwirklichung ihrer Vorstellungen. Erst mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1883 wurden sie durch den zunehmenden Patientenanteil (10% der Reichsbevölkerung war versichert) in eine stabilere und vorteilhaftere finanzielle Lage und auch gesellschaftliche Stellung versetzt. Die Unabhängigkeit von den zuteilenden Krankenkassen und weitere wirtschaftliche Verbesserungen erzielten sie mit dem im Jahre 1900 gegründeten Leipziger Verband, der als Gesamtverbund der Ärzte ihre Forderungen durchzusetzen vermochte. Mit der Einrichtung von Ärztekammern in den einzelnen Staaten, in Preußen beispielsweise 1887, gewannen sie die Möglichkeit, an der staatlichen Gesundheitspolitik mitzuwirken. Die geforderte naturwissenschaftlich ausgerichtete Ausbil-

<sup>693</sup> Ärztliches Vereinsblatt (1872), 1, 2.

<sup>694</sup> Ebd., (1873), 11, 94.

<sup>695</sup> Ebd., (1875), 33, 2-5.

derung entwickelte sich ab den 1870er Jahren gemäß der Einführung der Fächer Chemie, Physik und Physiologie an den Universitäten.<sup>696</sup>

## 6 Resümee

Die am Beginn des 19. Jahrhunderts einsetzende Industrialisierung veranlasste viele Arbeitssuchende, sich ihren Lebensunterhalt in den Städten zu verdienen. In den schnell zu Ballungszentren anwachsenden Metropolen, die weder genügend Wohnraum, noch Nahrungsmittel zur Verfügung stellen konnten, kam es durch Verteuerungen zunehmend zur Verarmung der arbeitenden Bevölkerung. Schwächung, Verelendung, hohe Krankheitsanfälligkeit und die von den unhygienischen Verhältnissen der überbelegten Armenbehausungen ausgehende Seuchengefahr waren die Folgen. Die besser gestellten bürgerlichen Schichten diskutierten diese Missstände mit Sorge um ihre eigene Gefährdung. Eine öffentliche Diskussion begannen in erster Linie Ärzte in ihren Vereinen, deren Gründung ab den 1830er Jahren regen Zuspruch fand. Sie riefen, nicht uneigennützig, zu einer Reform des Gesundheitswesens auf, von der sie sich eine Verbesserung ihrer eigenen finanziellen und gesellschaftlichen Situation versprachen, die aber auch die Versorgung der kranken Armen sicherte. Mit zunehmender Aneignung demokratischen Gedankenguts des Vormärz entwickelte sich eine politisch orientierte Medizinalreformbewegung, die ihren Höhepunkt in der 1848er Revolution fand. Rudolf Virchow, führende Persönlichkeit, rief seine mitstreitenden Kollegen auf, als „natürliche Anwälte der Armen“ für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege und für demokratische Rechte einzustehen. Von der Überzeugung ausgehend, dass die meisten Volkskrankheiten von den „abnormen“ Lebensbedingungen abhingen, forderte er in seiner Zeitschrift „Die Medizinische Reform“ für die Arbeiter Bildung, gesunde und existenzsichernde Arbeitsbedingungen und eine ausreichende ärztliche Versorgung. Für die Ärzte sollte eine Neuordnung der Medizinalgesetzgebung, die einen ärztlichen Einheitsstand vorsah, als Grundlage materieller und gesellschaftlicher Besserstellung dienen. Dazu gehörte, die Ärzte von den strengen staatlichen Regelungen, unter anderen von der Pflicht zur unentgeltlichen Hilfeleistung zu befreien. Auch sollte der medizinische Unterricht verbessert, den Ärzten eine eigenständige Selbstverwaltung und Mitbestimmung in der öffentlichen Gesundheitspflege erlaubt und Berufungs- und Bewerbungsverfahren durch öffentliche Ausschreibungen geregelt werden. Daneben wurde die Einrichtung einer Witwen- und Waisenrente angestrebt. Nach dem Scheitern

---

<sup>696</sup> Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, 304-309.

der Revolution im Juni 1849 wurden diese Forderungen erst wieder Mitte der 1860er Jahre mit der Erlaubnis für Vereinsgründungen aufgenommen. Die Initiative ging von dem Dresdner Arzt Eberhard Richter aus, der sich schon 1848 um Reformversuche bemüht hatte. Nach seinem Konzept der „Organisation des ärztlichen Standes“ betrieb er ab 1865 eine systematische Vereinigungsstrategie: Die Bildung einer eigenständigen Sektion für Medizinalreform innerhalb der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte und 1873 die Gründung des Deutschen Ärztevereinsbunds, der als Dachverband aller ärztlichen Zweigvereine die Standesinteressen wahrnehmen und durchsetzen sollte. Als Sprachrohr diente das von Richter ins Leben gerufene und finanzierte „Ärztliche Vereinsblatt“, das spätere „Deutsche Ärzteblatt“.

Die angesichts des wachsenden Seuchenproblems dringend erforderliche öffentliche Gesundheitspflege bedingte eine Reform des Medizinalwesens. Trotz einer erneut aufgetretenen Cholera-Epidemie in den Jahren 1865 und 1866 waren keine gesetzgeberischen prophylaktischen Maßnahmen getroffen worden, obwohl die Verschmutzung der Gewässer und die Unratbelastung durch Industrie und Übervölkerung in den Städten unaufhaltsam zunahm. Längst war der Zusammenhang zwischen Schmutz und Krankheit durch die Pettenkofer'sche Bodentheorie gefestigt und eine Lösung in der Versorgung guten Trinkwassers und dem Bau von Kanalisationen anerkannt worden. Allerdings bedeutete eine Städtesanierung einen gewaltigen finanziellen Aufwand und eine immense technische Herausforderung. Initiative für dieses umwälzende präventive Gesundheitskonzept ergriff der Frankfurter Arzt, Sozialpolitiker und Hygieniker Georg Varrentrapp. Er mobilisierte neben Ärzten auch Ingenieure, Chemiker und leitende Kommunalbeamte und gründete 1867 mit Unterstützung namhafter Persönlichkeiten wie Max von Pettenkofer oder dem GDNÄ-Geschäftsführer Gustav Adolph Spiess die „Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege“ als neuen Fachbereich. Mit der zusätzlichen Gründung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ 1874 vereinigte er die Interessen aller deutschen Hygieniker. Damit schuf Varrentrapp einen organisierten öffentlichen Interessenverband der Hygienebewegung, von dem erwartet wurde, dass er den nötigen Druck auf den Gesetzgeber auszuüben imstande war. Als Ziele wurden die Reform des Medizinalwesens und die Einrichtung eines Reichsgesundheitsamts verfolgt, die die Grundlage für eine prophylaktische Seuchenbekämpfung und Verbesserung des Gesundheitswesens bildeten.

## 7 Exkurs: Die Geschichte der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte (GDNÄ)

Die GDNÄ zeichnete sich als Forum wissenschaftlicher Weiterbildung und Auseinandersetzung in Deutschland aus. Ein kurzer Überblick soll über die Entstehung und Entwicklung dieser renommierten Gesellschaft informieren.

Die Gründung der GDNÄ vereinigte 1822 erstmals alle auf naturwissenschaftlichem und medizinischen Gebiet forschenden Wissenschaftler des deutschsprachigen Raums (ausgenommen der deutschsprachigen Schweiz).

Die in den verschiedenen deutschen Staaten bereits seit Jahrzehnten bestehenden wissenschaftlichen Akademien waren Institutionen, die unter strenger Regelung meist nur anerkannte Wissenschaftler aufnahmen. Sie standen unter dem Schutz des jeweiligen Landesherrn, aber auch in seiner politischen Abhängigkeit. Lorenz Oken (1779-1851), Naturforscher und Naturphilosoph, sah darin eine Behinderung der fortschreitenden naturwissenschaftlichen Entwicklungen, wie auch in der konservativen Haltung der Akademien selbst, die er in der seit dreihundert Jahren bestehenden Kaiserlichen Leopoldinisch-Carolinischen Akademie besonders ausgeprägt empfand. Oken wollte deshalb seine Idee von national einheitlichen Zusammenkünften wissenschaftlich tätiger Naturforscher und Ärzte in freien ungezwungenen, vor allem ortsungebundenen wandernden Versammlungen verwirklichen. Vorbild dafür boten entsprechende Gesellschaften in Frankreich und England, besonders aber die 1815 gegründete „Allgemeine Schweizerische Gesellschaft für die gesamten Naturwissenschaften“. Oken, der 1817 an einer Tagung dieser Gesellschaft teilgenommen hatte, berichtete darüber in der ersten Ausgabe seines neu gegründeten Referateorgans für naturwissenschaftliche Beiträge „Isis“. Doch die politische Einstellung und entsprechende Färbung seiner Zeitschrift brachten dem Professor für Physiologie derartige Unstimmigkeiten mit dem zuständigen Minister Johann Wolfgang Goethe (1749-1832) und dem Großherzog Karl August (reg. 1758-1775) ein, dass er 1819 Jena verlassen musste.

Okens politisches Engagement für Einheit und Freiheit hatte einige Jahre nach seinem Studium in Freiburg (1800-1804) mit der Teilnahme an Burschenschaftler-Demonstrationen 1813 und am Wartburgfest 1817 begonnen. Wegen seiner demokratischen Überzeugung kam es auch zu Differenzen mit König Ludwig I. (reg. 1825-1848), so dass er den 1827 angenommenen Lehrstuhl für Physiologie in München aufgeben musste. Statt die vorgeschlagene Ver-

setzung nach Erlangen anzunehmen, folgte er 1832 lieber einem Ruf auf den Lehrstuhl für Naturgeschichte in Zürich, wo er bis zu seinem Tod blieb.<sup>697</sup>

Die Vorstellung von einer Versammlung von Naturforschern, die durch persönlichen Kontakt Forschungsergebnisse in gelöster vertraulicher Atmosphäre austauschten, realisierte Oken 1821 mit dem Aufruf zu einer ersten Zusammenkunft. Den Auftakt gab die am 8. September 1822 in Leipzig anberaumte Versammlung, die er zusammen mit dem in Halle (Saale) tätigen Schweizer Physiker Johann Salomon Schweigger (1779-1857) leitete und an der 13 registrierte Naturforscher und Ärzte aus ganz Deutschland teilnahmen.<sup>698</sup> Diese sowie auch die folgenden Versammlungen in Halle (1823), Würzburg (1824), Frankfurt am Main (1825), Dresden (1826) und München (1827) wurden von den jeweiligen ortsansässigen naturforschenden oder medizinischen Vereinigungen organisiert. Welcher Stellenwert diesen Zusammenkünften beigemessen wurde, lässt sich aus der Teilnahme von Mitgliedern der Königshäuser in Dresden und München sowie 1828 auch in Berlin erschließen.<sup>699</sup>

In Berlin bekundeten bereits um die 460 Wissenschaftler ihr Interesse an der Jahresversammlung, ein Erfolg, der den großzügig gehaltenen Statuten der GDNÄ zuzuschreiben war: „Der Hauptzweck der Gesellschaft ist, den Naturforschern und Ärzten Deutschlands Gelegenheit zu verschaffen, sich persönlich kennen zu lernen.“<sup>700</sup> Die Möglichkeit konnten alle, die sich wissenschaftlich mit Naturkunde und Medizin beschäftigten (§6), promoviert und sich „schriftstellerisch“ betätigten (§3), - ohne Vortragsverpflichtung - nützen. Für die jährlichen den Ort wechselnden Versammlungen, die jedes Mal am 18. September (§9) beginnen und einige Tage dauern sollten, wurde jeweils ein neuer Geschäftsführer gewählt, der den nächsten Ort der Zusammenkunft bestimmte (§12).<sup>701</sup>

Für die Berliner Versammlung von 1828 hatten Alexander von Humboldt (1769-1859) und der Zoologe Hinrich Lichtenstein (1780-1857) die Organisation übernommen. Die überraschend hohe Zahl von Teilnehmern stellte die Veranstalter vor die unumgängliche Aufgabe, „sectionsweise ausführlichere Vorträge“ zu organisieren, eine Einrichtung, die sich nachhaltig auf die Struktur der Naturforschergesellschaft auswirkte.<sup>702</sup> Die von Oken durch allgemeine Sitzungen angestrebte Einheit der Wissenschaften, wie er sie aus der Naturphilosophie ablei-

<sup>697</sup> Gizycki/ Pfetsch, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher, 106-109.

<sup>698</sup> Pfannenstiel, Max: Kleines Quellenbuch zur Geschichte der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte. Gedächtnisschrift für die hundertste Tagung der Gesellschaft. Berlin, Heidelberg 1968, hier 38-39.

<sup>699</sup> Jahn, Ilse: Gründung und Spezialisierung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte im 19. Jahrhundert – eine Neubesinnung. In: Engelhardt, Dietrich von (Hg.): Zwei Jahrhunderte Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Entwicklungen – Perspektiven. Stuttgart 1998, 101-122, hier 107.

<sup>700</sup> Gizycki/ Pfetsch, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher, 150.

<sup>701</sup> Ebd., 151: Auszug aus: „Die Statuten der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte (1822) und Geschäftsordnung (1893)“.

<sup>702</sup> Pfannenstiel, Kleines Quellenbuch, 65-70: Abdruck der „Festrede, gehalten bei der Eröffnung der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Berlin am 18. September 1828 von Alexander von Humboldt.“

tete, musste nun aufgegeben werden zugunsten einer Gliederung nach Fächern, ohne die die stetig wachsende Mitgliederzahl nicht zu bewältigen war. Die Aufspaltung in Fachsektionen bzw. Fachabteilungen förderte jedoch die intensivere Diskussion innerhalb eines kleineren Kreises von Fachwissenschaftlern, wie sie in einem größeren Umfeld kaum möglich war, und entsprach der fortschreitenden Spezialisierung in Fachgebiete nach der Auffassung Humboldts und Lichtensteins.

Auf der Berliner Versammlung wurden sieben Sektionen eingerichtet, fünf für den naturwissenschaftlichen und zwei für den medizinischen Bereich. Mit jährlich steigender Teilnehmerzahl erhöhte sich auch die Zahl spezieller Fachgebiete: von 1856 bis 1867 lag die durchschnittliche Zahl bei 11, von 1868 bis 1885 bei 25; in Berlin 1886 gab es schon 30 und 1894 in Wien bereits 41 Fachabteilungen. Die Zunahme der Fachabteilungen ergab sich aus der Fülle von Spezialwissen neuer Forschungsrichtungen. Diese hatten sich an den Universitäten durch zusätzlich geschaffene Planstellen für neue Fachgebiete ausgeprägt, die jungen Wissenschaftlern Anreize boten, sich mehr und mehr zu spezialisieren. Als ab den 1870er Jahren führende Wissenschaftler, unter ihnen Rudolf Virchow, vor der Zersplitterung der Wissenschaften warnten, suchte man durch die Einführung hierarchischer Strukturen an den Universitäten eine weitere Differenzierung zu unterbinden. Auch eine Reform, mit der Virchow in der Gesellschaft ab 1865 weitere Neubildungen von Sektionen verhindern wollte, blieb ein vergeblicher Versuch. Ebenso löste die seit 1842 noch zu Lebzeiten Okens diskutierte Änderung der Statuten das Spezialisierungsproblem nicht.<sup>703</sup> Erst 1886, als Virchow die 59. Versammlung in Berlin organisierte und die Ausarbeitung neuer Richtlinien einer eigens dafür gebildeten Kommission übertrug, kamen neue angepasste Statuten in Sicht, auch wenn die Entwürfe erst nach fünfjähriger Diskussion 1891 angenommen und ein Jahr später offiziell wurden. Darin war unter § 10 festgelegt worden: „Die Zahl und Art der Abteilungen (Sektionen) sind veränderlich. Sie werden je nach den Bedürfnissen der Zeit und des Ortes sowie nach der jeweiligen Beteiligung der Mitglieder an den Arbeiten der betreffenden Jahresversammlung von den Geschäftsführern, in Uebereinstimmung mit dem ersten Vorsitzenden der Gesellschaft, gebildet.“<sup>704</sup>

Zu diesem Zeitpunkt war die Gesellschaft auf eine feste Mitgliederzahl von rund 6000 angewachsen und unterhielt einen ständigen Vorstand und Geschäftsführer.<sup>705</sup> Die Höchstzahl

<sup>703</sup> Jahn, Gründung und Spezialisierung, 113-115; Gizycki (1975), 110-116.

<sup>704</sup> Gizycki/ Pfetsch, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher, 152-153: Auszug aus der „Geschäftsordnung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, berathen von dem nach §22 der Statuten in Halle niedergesetzten Ausschüsse (1893)“.

<sup>705</sup> Jahn, Gründung und Spezialisierung, 115.

von 10.000 Teilnehmern wurde übrigens auf der 89. Versammlung 1926 in Düsseldorf erreicht.<sup>706</sup>

Seit 1847 gingen aus der GDNÄ eine Reihe deutscher Fachgesellschaften hervor, die sich zum größten Teil aus den Fachsektionen der GDNÄ abspalteten. Die Verselbstständigung lag teilweise am Anwachsen der Forschungsergebnisse, die in dem zeitlich gedrängten Rahmen der Sektionssitzungen nur in ungenügender Weise vorgetragen und diskutiert werden konnten. Teilweise wollte man sich aber auch durch eine unabhängige homogenere Gesellschaft höhere Anerkennung für das eigene Fach und als Standesvertretung verschaffen. Ebenso spielten wissenschaftsspezifische Gründe für die Abtrennung eine Rolle, da die gewählten Tagungsorte der wandernden GDNÄ nicht für alle Teilnehmer gleichzeitig adäquate Voraussetzungen bieten konnten. So war etwa für Astronomen ein Observatorium wichtig oder Chemiker und Physiker erwarteten gut ausgestattete Universitätslaboratorien und technische Einrichtungen. Nur einige wenige Städte mit Wissenschaftszentren, wie etwa Berlin, wiesen sich als ideale Tagungsorte aus, wofür die hohe Teilnehmerzahl spricht.

Als Hauptmotiv für die abgespaltenen Gesellschaften, die als „Interessengruppen“ mit einer festen Organisation auftraten (im Gegensatz zur statutenunabhängigen Fachabteilung innerhalb der GDNÄ), darf die Durchsetzung universitärer oder politischer Interessen gelten. So beabsichtigte die Versammlung der Irrenärzte mit ihrer Gründung 1860, baldmöglichst psychiatrische Lehrstühle und Kliniken einzurichten und die Psychiatrie als Lehrfach an allen deutschen Universitäten durchzusetzen.<sup>707</sup> Die Hygiene als neues Fach in den Kanon des Medizinunterrichts einzuführen, strebte auch die 1867 gegründete Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege an. Außerdem war für sie die politische Einflussnahme von größter Wichtigkeit, die sie allerdings erst auf Umwegen erreichen konnte: Für die geplante Petition an den Reichstag des Norddeutschen Bundes zur Neuorganisation des Gesundheitswesens und Einrichtung eines Reichsgesundheitsamts bedurfte es einer Resolution. Beschlüsse zu fassen jedoch standen dem ursprünglichen Anliegen der GDNÄ, das sich an einem Wissenschaftsverständnis ohne Nützlichkeitsdenken orientierte, entgegen, so dass eine Reihe von Mitgliedern dagegen protestierte. Erst im Verbund mit der 1867 gegründeten Sektion für Medizinalreform

---

<sup>706</sup> Bochall, Richard: Die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte als Spiegelbild der Entwicklung der Naturwissenschaften und der Medizin. In: Frickhinger, H. W. (Hg.): Naturwissenschaftliche Rundschau, Jg. 1, 1 (1948), 275-278, hier 278.

<sup>707</sup> Gizycki/ Pfetsch, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher, 124, 130-134.

kam eine Abstimmung über die Petition zustande, ein Präzedenzfall, der zur einzigen Statutenänderung bis 1890 führte.<sup>708</sup>

Neben der Anregung zur Gründung zahlreicher lokaler ärztlicher und naturwissenschaftlicher Vereinigungen auf nationaler Ebene wurde die GDNÄ auch zum Vorbild für ähnliche Gesellschaften im Ausland, beispielsweise in England 1831 für die „British Association for the Advancement of Science“, in Frankreich 1833 den „Congrès Scientifiques“ oder in Italien 1839 die „Riunioni degli Scienziati Italiani“.<sup>709</sup>

Namhafte Wissenschaftler prägten seit 1822 die Versammlungen der GDNÄ mit ihren neuen Forschungsergebnissen auf den Gebieten der Naturwissenschaften und Medizin, die sie einer großen Anzahl ihrer Kollegen vortrugen. Dazu gehörten unter anderen der Gynäkologe, Naturphilosoph und Maler Carl Gustav Carus (1789-1869) genauso wie der Naturforscher und Geograph Alexander von Humboldt (1769-1859), der Physiker und Physiologe Hermann von Helmholtz (1821-1894), die Pathologen Rudolf Virchow und Georg Eduard von Rindfleisch (1836-1908), der Elektrotechniker Werner von Siemens (1816-1892), der Hygieniker Max von Pettenkofer, der Paläontologe Georg Friedrich von Jäger (1785-1886), der Zoologe und Naturphilosoph Ernst Haeckel (1834-1919), die Physiker Albert Einstein (1879-1955), Philipp Lenard (1862-1947), Werner Heisenberg (1901-1976) und Max Planck (1858-1947), oder der Philosoph Karl Jaspers (1883-1969).<sup>710</sup>

Die GDNÄ, deren jährliche Versammlungen seit 1822 nur mit Unterbrechungen während der beiden Weltkriege stattfinden, feiert alle 25 Jahre ihr Bestehen mit einem Jubiläumssymposium, das sich inhaltlich mit der Gründungsgeschichte und Entwicklung der Gesellschaft beschäftigt, sich aber auch mit zeitnahen Problemen auseinandersetzt. Das letzte Jubiläumssymposium fand anlässlich des 175jährigen Bestehens am 19. und 20. September 1997 in Lübeck unter dem Motto „Zwei Jahrhunderte Wissenschaft und Forschung in Deutschland, Entwicklungen – Perspektiven“ statt. Von Wissenschaftlern und Vertretern aus Politik, Wirtschaft, den wissenschaftlichen Gesellschaften und Förder- und Hochschulverbänden wurde in verschiedenen Kolloquien zu wissenschaftshistorischen Themen, wie „Entstehung, Entwicklung

---

<sup>708</sup> Gizycki/ Pfetsch, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher, 138-139: Wortlaut der 1871 aufgenommenen Statutenänderung: „Eine Fassung von Resolutionen über wissenschaftliche Fragen findet in den allgemeinen sowohl, als in den Sektionssitzungen nicht statt [...].“

<sup>709</sup> Engelhardt, Dietrich von: Die Geschichte der GDNÄ: <http://www.gdnae./werist/geschi.html> vom 24. 07. 2007, hier 1-4.

<sup>710</sup> Ebd., 5-6.

und Bedeutung der GDNÄ“ oder über aktuelle Probleme, wie „Medizinischer Fortschritt und gesellschaftliche Rahmenbedingungen“, „Hochschulreform – Wege der internationalen Wettbewerbsfähigkeit“ oder „Deutschland – ein moderner Wissenschaftsstandort“ diskutiert.<sup>711</sup>

Inhalt des nächsten Kapitels ist die an den Reichstag des Norddeutschen Bundes gerichtete Petition, die führende Hygieniker und Ärzte nach ihrer gezielten Zusammenschlusspolitik als ersten Vorstoß zur angestrebten Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege einreichten. Ein Zusatzantrag, der die kritische Situation der Pockenschutzimpfung aufklären sollte, initiierte die reichseinheitliche Impfregelung.

---

<sup>711</sup> Engelhardt, Dietrich von (Hg.): Zwei Jahrhunderte Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Entwicklungen – Perspektiven. Stuttgart 1998, hier 101f, 132f, 218f, 246f.

## VII Seuchenbekämpfung auf dem Wege zur staatlichen Vereinheitlichung der öffentlichen Gesundheitspflege

### 1 Die Petitionen zur Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bund vom Februar und März 1870

#### 1.1 Die Grundlage der Petitionen

Das gesundheitspolitische Engagement der Hygieniker der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege war auf sofortiges praktisches Eingreifen ausgelegt. Es handelte sich um ein Programm, das weit über eine reine Interessenvertretung der ärztlichen Profession hinausging und sich von der inhaltlichen Auffassung der Zusammenkünfte der GDNÄ, die sich nach ihrer Ideologie auf Standesvertretung und Wissenschaftstheorie bezog, distanzierte. Diesen Gegensatz, der sich in den Leitgedanken „anders in Betreff des Zweckes und Zieles, anders in Bezug auf die Mitwirkung, anders in Bezug auf Form“ widerspiegelte,<sup>712</sup> verdeutlichte Varrentrapp auf der konstituierenden Sitzung vom 19. September 1868: Neben „der persönlichen Bekanntschaft dient die hygienische Sektion nicht nur [...] zu u n s e r e r theoretischen Belehrung“,<sup>713</sup> sondern die Erfahrungen aller Zweige der Naturwissenschaften - der Ärzte, Chemiker, Botaniker, Ingenieure – sowie der Verwaltungsbeamten und Statistiker sollten für das öffentliche Leben zum Nutzen der Gesundheit Aller ihre Anwendung finden“.<sup>714</sup> Den Staats- und Ortsbehörden müsse klar dargelegt werden, was die öffentliche Gesundheitspflege erfordere. Deshalb müssten gezielte Fragen „einer consisen Verhandlung und Beschlussfassung unterworfen werden“.<sup>715</sup>

Eine Beschlussfassung, mit der Varrentrapp eine zeitnahe Verwirklichung der drängenden Probleme erreichen wollte, widersprach jedoch den bisherigen Gepflogenheiten der GDNÄ und führte zu Konflikten mit den anderen Sektionen. Es wurde vor allem erörtert, ob Richtlinien für die öffentliche Gesundheitspflege in Bereichen entworfen werden sollten, die wissenschaftlich noch umstritten waren, wie dies bei den projektierten mit technischen Problemen behaftete Kanalisierung der Fall war. Die erwartete Unterstützung für eine Resolution wurde deshalb von verschiedenen Ärzten am 24. September 1868 strikt abgelehnt: Es scheine „nach der Art der Zusammensetzung dieser Versammlung [...] durchaus ungeeignet [...], wissenschaftliche Ansichten aufgrund von Majoritätsbeschlüssen durch Resolutionen auszuspre-

<sup>712</sup> Varrentrapp, Zur Frage der Rätlichkeit, 8, 12.

<sup>713</sup> Ebd., 12.

<sup>714</sup> Ebd., 19.

<sup>715</sup> Ebd., 15.

chen“.<sup>716</sup> Wenn man Einfluss auf das öffentliche Leben gewinnen wolle, „müsse vorausgesetzt werden, dass die Versammelten hierzu competent seien“, was zu bestreiten sei.<sup>717</sup>

Erst der kluge Schachzug von 1869, nämlich die Vereinigung mit der Sektion für Medizinalreform, in der Resolutionen erlaubt waren,<sup>718</sup> führte zum Erfolg. Die Sektion für Medizinalreform war von dem engagiertesten reform- und standesbewussten Ärztevertreter Eberhard Richter anlässlich der Versammlung der GDNÄ 1865 in Hannover gegründet worden. Richter hatte bereits 1848 die Geschlossenheit der Ärzteschaft propagiert und Ärztekammern gefordert. Nun strebte er ein Netzwerk von Vereinen in allen deutschen Staaten an, nicht nur, um als Gesamtkörperschaft staatliche Anerkennung zu erlangen, sondern auch als Standesvertretung Berufsangelegenheiten eigenständig zu regeln und durch selbstgewählte Abgeordnete in Staatsbehörden ärztliche Interessen zu wahren, vor allem aber auch, die öffentliche Gesundheitspflege umzustrukturieren und selbst daran teilzunehmen.<sup>719</sup> Diese Ziele fielen mit den inhaltlichen Interessen der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege zusammen, so dass für die 43. Versammlung der GDNÄ in Innsbruck 1869 eine gemeinsame Tagung der beiden Sektionen festgelegt wurde. Im Verbund wurde der wesentliche Aspekt - eine Resolution - erreicht, mit der Varrentrapp und seine Mitstreiter eine Petition an den Reichstag des Norddeutschen Bundes untermauern konnten. Damit nahm die Eingabe das Anliegen der Medizinalreform von 1848 wieder auf: eine staatliche Organisation des Gesundheitswesens und insbesondere die Einrichtung eines Reichsgesundheitsamts.<sup>720</sup>

## 1.2 Die Initiatoren, Motive und Inhalte der Petitionen

Die in der von den vereinigten Fachabteilungen, der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege und der Sektion für Medizinalreform, in Innsbruck 1869 einstimmig gefasste Resolution hatte mehrere Petitionen ausgelöst, die im Februar und März 1870 mit nahezu gleicher Zielsetzung an den Reichstag des Norddeutschen Bundes gerichtet wurden.<sup>721</sup>

---

<sup>716</sup> Varrentrapp, Zur Frage der Rätlichkeit, 17.

<sup>717</sup> Ebd., 18.

<sup>718</sup> Hardy, Ärzte, 169, 183.

<sup>719</sup> Herold-Schmidt, Ärztliche Interessenvertretung, 46; Jütte, Geschichte der deutschen Ärzteschaft, 40-41.

<sup>720</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 687-698, bes. 698.

<sup>721</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1870), 1-2 (Nr. 89), 6, 11: Pet.Nr. 8 vom 12./13. Febr., Nr. 67 vom 21. Febr. und 2. März, Nr. 120 vom 11./12. März, Nr. 149 vom 19. März 1870.

Die maßgeblichen Initiatoren der Eingaben waren die Ärzte Augustus Hermann Wasserfuhr aus Stettin, Hermann Eberhard Richter aus Dresden, Gustav Adolph Spiess und Johann Georg Varrentrapp aus Frankfurt sowie der Stadtbaurat James Hobrecht aus Berlin.

Über 5000 Unterschriften von Ärzten und höheren Kommunalbeamten aus fast allen Staaten des Norddeutschen Bundes unterstützten die Petitionen: etwa 1000 Ärzte und Medizinalbeamte, darunter 35 Professoren der Medizin, 80 Oberbürgermeister und Bürgermeister, über 150 Stadträte, Senatoren und Ratsherren, 500 Stadtverordnete, Bürgervorsteher und Gemeindevertreter, namentlich Magistrat und Stadtverordneten-Versammlung der Städte Königsberg, Berlin und Potsdam. Außerdem schlossen sich der 1308 Mitglieder zählende Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege Düsseldorf und der ärztliche Zweigverein Leipzig diesen Gesuchen an.

In den Anträgen wurde der Reichstag um „die Vorlage eines Gesetzes, betreffend die Verwaltungs-Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde“ gebeten. Für die Vorarbeiten dieses Gesetzes sollten die in der Resolution bestimmten organisatorischen Voraussetzungen zugrundegelegt werden: Bildung von Gesundheitsausschüssen, Beaufsichtigung der örtlichen Gesundheitspflege, eine aus Verwaltungsbeamten, Ärzten und Technikern bestehende Zentralbehörde für statistische Erhebungen über Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse, Vorbereitung von Gesetzen und Verordnungen, Bereitstellung und Ausbildung von Gesundheitsbeamten.

Die Begründung der Petitionen wurde mit der Erklärung eingeleitet, dass als wichtigstes Ergebnis der wissenschaftlichen Entwicklung nicht mehr nur die Heilung, sondern die Verhütung von Krankheiten im Mittelpunkt des Interesses nahezu der gesamten wissenschaftlichen Ärzteschaft Deutschlands stehe. Die derzeit bestehenden einzelnen medizinal-polizeilichen Anordnungen seien „von der Wissenschaft längst überholt und von allen Sachverständigen als unbrauchbar erkannt“ worden. Als unumgänglich erachte man dem neuesten Kenntnisstand angepasste gesetzliche Regelungen, zumal bei Cholera- und Typhusepidemien in England „glänzende Resultate [nachgewiesen werden konnten], welche durch die eifrige gesetzgeberische Tätigkeit des Parlaments in Bezug auf die Minderung der Sterblichkeit“ bewirkt worden waren.<sup>722</sup> Insbesondere müssten die sanitären Zustände in den Städten verbessert werden, wofür sich auch eine breite nicht-ärztliche Öffentlichkeit interessiere. Beweise dafür seien die enormen Anstrengungen von verschiedenen Städte- und Gemeindeverwaltungen hinsichtlich

---

<sup>722</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 89, 4-5.

des Wasserleitungs- und Kanalisierungsbaus, wie Beispiele aus Hamburg<sup>723</sup>, Berlin<sup>724</sup>, Danzig<sup>725</sup>, Frankfurt<sup>726</sup> oder München<sup>727</sup> zeigten.<sup>728</sup> Aber auch das große Leserinteresse an populären diätetischen und hygienischen Schriften sowie die Bildung von Vereinen für Gesundheitspflege bestätigte die Aktualität dieses Problems. Doch „wirksame Einrichtungen für Erhaltung der Volksgesundheit und für Verhütung von epidemischen und anderen Krankheiten zu treffen, [...] vermöge nur ein großes Staatswesen.“<sup>729</sup> Im Hinblick auf die geographische Lage der Norddeutschen Länder und ihrer Grenzsituationen sei ein einheitliches Vorgehen „nach gleichmäßigen Grundsätzen“ unerlässlich, denn in den meisten deutschen Staaten seien die Leistungen in der öffentlichen Gesundheitspflege „weit zurückgeblieben“. In Preußen, das als besonders rückständig galt, bilde ein „bereits vor 34 Jahren erlassenes ‘Regulativ’ noch heute die gesetzliche Grundlage für das Verhalten der Behörden und Bevölkerung gegenüber epidemischen und ansteckenden Krankheiten“. Außerdem unterstehe die öffentliche Gesundheitspflege nicht einem eigenständigen kompetenten Staatsministerium, sondern sei „unnatürlicherweise“ dem Kultusministerium angegliedert und „über hygieinische Gegenstände

<sup>723</sup> Hardy, *Ärzte*, 105-106; Evans, *Tod in Hamburg*, 182, 202: Hamburg erhielt als erste deutsche Stadt die damals modernste Anlage der Welt nach dem Entwurf des englischen Bauingenieurs William Lindley (1808-1900). Da nach einem Brand 1842 etwa ein Viertel des Hamburger Stadtgebietes zerstört worden war, bestand dringender Handlungsbedarf. 1848 ging ein Teil der Wasserversorgung in Betrieb, 1852 war der erste elf Kilometer lange Bauabschnitt des Kanalnetzes fertiggestellt. Die als dringend notwendig empfohlene Sandfiltrationsanlage für das Trinkwasser wurde jedoch aufgeschoben, so dass die Folgen des Versäumnisses erst anlässlich der schweren Cholera-Epidemie von 1892 in vollem Ausmaß erkannt wurden.

<sup>724</sup> Hardy, *Ärzte*, 144-145; Dettke, *Die asiatische Hydra*, 322-323.

Wiebe, Eduard: *Über die Reinigung und Entwässerung der Stadt Berlin*, 2 Bde. Berlin 1861, hier 1f.

Hobrecht, James: *Über Reinigung und landwirtschaftliche Nutzbarmachung des Kanalwassers*. In: *Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliches Gesundheitswesen* 1 (1869), 65-85, hier 65f. In Berlin wurde für eine Kanalisation in den 1860er Jahren von Eduard Wiebe der erste und 1869 ein technisch verbesserter Vorschlag von James Hobrecht, der auch die landwirtschaftliche Nutzung des Kanalwassers vorsah, vorgelegt. Die ersten Anschlüsse erfolgten 1870. Die weiträumige Kanalisation, die wegen hoher Baukosten, Anschaffungs- und Betriebskosten durch Gegner immer wieder verzögert wurde, konnte erst 1892 weitgehend abgeschlossen werden.

<sup>725</sup> Dettke, *Die asiatische Hydra*, 323.

Die Kanalisation in der Stadtgemeinde Danzig. In: *Sammelwerk der gesundheitlichen Fürsorgeeinrichtungen im Gebiet der Freien Stadt Danzig*, hg. von der Gesundheitsverwaltung der Freien Stadt Danzig. Danzig 1928, 28-31, hier 28-31: In Danzig wurde der Bau der Kanalisation 1869 aufgenommen, und 1887 in Betrieb gesetzt.

<sup>726</sup> Hardy, *Ärzte*, 157-163: In Frankfurt stand der Kanalbau seit 1842 in der Diskussion. Nachdem 1865 der Senat entschieden hatte, einen Kanalbau-Ingenieur zu berufen, wurde das teure Projekt nach Abwägung aller technischen Möglichkeiten 1871 aufgenommen, und danach anlässlich von Stadterweiterungen ständig weiter vervollständigt.

<sup>727</sup> Ebd., 154: Obwohl ab 1854 Pettenkofer aufgrund seiner Bodentheorie umfassende Untersuchungen über Münchens Bodenverhältnisse durchgeführt hatte, erfolgte die erste Teilkanalisation erst in den 1860er Jahren in der Max- und Ludwigvorstadt und ab 1874 eine umfassende Sanierung des Stadtgebietes.

<sup>728</sup> Ebd., 136, 141: Einflussreiche bürgerliche Gruppen, außer Ärzten im Wesentlichen Hausbesitzer und Geschäftsleute, unterstützten aus eigenem Interesse die Initiative von Bürgermeistern für den Bau der kostspieligen Kanalisationssysteme. Denn nicht nur schmutzige, überschwemmte Straßen, feuchte Fundamente oder übelriechende Kanalrohre, die ekelerregend waren und als gesundheitsschädlich empfunden wurden, spielten dabei eine wichtige Rolle, sondern auch andere Aspekte, etwa das touristische Ansehen der Stadt oder ihr Ruf als Handels- und Gewerbezentrum.

<sup>729</sup> *Sten.Ber. NB Anl. 2* (1870), 4 (Nr. 89).

[werde] nur selten die „wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen“ befragt. Die „bestehenden Einrichtungen und Gesetze [bedürften] einer baldigen durchgreifenden Reform“. Zweckmäßigerweise sollte ein Netzwerk von örtlichen Gesundheitsausschüssen gebildet und von einer Zentralbehörde, der Verwaltungsbeamte, Ärzte und Techniker angehören, überwacht werden. Dieses zentrale Amt sei auch für die „Erhebung einer fortlaufenden Statistik der Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse“ verantwortlich, da die bisherigen statistischen Erhebungen unzulänglich und aufgrund der unterschiedlichen Zusammentragung der Materialien in den Einzelstaaten „ungleichartig“ seien.<sup>730</sup>

Die wohl kompetenteste Beurteilung für eine einheitliche Statistik und der dazu gehörigen Voraussetzungen kam von Mitgliedern des „Zentral-Büreaus des Deutschen Vereins für medizinische Statistik“,<sup>731</sup> die am 19. März 1870 eine weitere Petition einreichten und um „die Errichtung eines Central-Instituts für medizinische Statistik in Berlin, die Einführung einer möglichst allgemeinen Todtenschau und die Einrichtung von Civilstands-Registern im Gebiete des Norddeutschen Bundes“ nachsuchten.<sup>732</sup>

## 2 Die Debatte vom April 1870: „Zentralbehörde“ und „Medizinalstatistik“

Während der ausführlichen Diskussion, die am 6. April 1870 zur Petition „Die Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde“ geführt wurde, kristallisierten sich aus der Vielzahl der angesprochenen Mängel zwei Kernpunkte heraus, die von allen Rednern als erstrangig und zwingend notwendig eingestuft wurden. Der Berichterstatter der Petitionskommission stellte in seinen eröffnenden Darlegungen fest, dass als entscheidende Voraussetzung für alle sonstigen Maßnahmen „an einer Centralstelle eine Statistik hergestellt wird über den öffentlichen Gesundheitszustand im Norddeutschen Bunde“.<sup>733</sup> Welche Bedeutung neuen gesetzlichen Regelungen in der öffentlichen Gesundheitspflege beizumessen seien, könne man allein aus der Tatsache ableiten, „dass hier Petitionen aus allen Theilen des Bundesgebiets vorliegen, unterschrieben von sachverständigen Personen auf die-

<sup>730</sup> Sten.Ber. NB Anl. 2 (1870), 4-5 (Nr. 89).

<sup>731</sup> Hardy, Ärzte, 186: Der Deutsche Verein für medizinische Statistik, der im Juni 1869 von Zuelzer gegründet worden war, gab das „Wochenblatt für medizinische Statistik und Epidemiologie“ heraus. Darin wurden statistische Erhebungen einzelner Forscher veröffentlicht, z.B. Daten über die Geburten und Todesfälle in etwa zwei Dutzend größeren Städten. Ein Vergleich war allerdings wegen fehlender einheitlicher Richtlinien kaum möglich.

<sup>732</sup> Sten.Ber. NB Anl. 2 (1870), 2 (Nr. 89); 11-12 (Nr. 149): Dr. med. Zuelzer, Privatdozent an der Königlichen Universität, Berlin, hatte diese Petition zusammen mit vier weiteren Mitgliedern des Zentralbüros des Deutschen Vereins für medizinische Statistik eingereicht.

<sup>733</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 687-698, und Sten.Ber. NB Anl. 2 (1870), 2-5 (Nr. 89).

sem Gebiete, von Aerzten und Gemeinde-Beamten“. In eine solche Gesetzgebung der Landesregierungen müsse der Stand der Wissenschaft und die Erfahrung der letzten Jahrzehnte einfließen. Der Staat habe „die allgemeinen Ursachen, die Dispositionen zu Krankheitserscheinungen thunlichst zu beseitigen und zu vermeiden“ und solle für Vorbeugung sorgen. Alle Gemeinden hätten - mit entsprechender Unterstützung – die Verpflichtung, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu übernehmen. Dabei dürfe man „vom Standpunkte des allgemeinen Wohles“ durchaus in die Privatsphäre des Einzelnen eingreifen.<sup>734</sup> Als „unzweifelhaft“ ging auch der Abgeordnete Graf zu Münster von einer „mächtigen Centralstelle“ aus, die jedoch keinesfalls bürokratischen und polizeilichen Charakter annehmen solle. Zu gesetzlichen Regelungen äußerte er sich zuversichtlich: Man habe bereits über ein Viehseuchengesetz verhandelt und werde „doch die Menschen nicht schlechter stellen wollen als das Rindvieh“, zumal es sich „anscheinend um sehr einfache Dinge“ handle, nämlich den Menschen reine Luft, reinen Boden, reines Wasser [...] zu bieten“.<sup>735</sup> Zu diesem Zweck hielt er eine medizinische Statistik als die vorrangigste Voraussetzung, weil mit wenigen Ausnahmen dafür "bisher sehr wenig geleistet“ worden sei.<sup>736</sup> Verwertbare statistische Ergebnisse zu erhalten, erfordere eine „so überaus weitschichtige Organisation“ und bedürfe eines längeren Zeitraums von fünf bis sechs Jahren, gab der Abgeordnete von Bunsen zu bedenken.<sup>737</sup> Mit größter Sorgfalt müsse die „Menge“ statistischen Materials über Epidemien aufgearbeitet werden, das, wie der Abgeordnete Löwe vermutete, „in dem Ministerium des Innern den Schlaf des Gerechten“ schlummere. Auf jeden Fall sollten für detaillierte Erhebungen die Zivilstandsregister von den Kirchen- auf die Gemeindeverwaltungen übertragen werden. Die Verantwortung läge eindeutig beim Bund, denn dieser „hat ein gebieterisches Interesse, eine wirkliche Statistik einzuführen“. Die Unentbehrlichkeit einer medizinischen Statistik demonstrierte der Abgeordnete Wehrenpfennig (1829-1900)<sup>738</sup> am – deprimierenden - Beispiel Berlins: Die Königliche Preussische Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, die höchste Medizinalbehörde

<sup>734</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 688.

<sup>735</sup> Ebd., 689: Das Viehseuchengesetz trat am 23. Juni 1880 in Kraft, 20 Jahre früher als das Reichsseuchengesetz.

<sup>736</sup> Als Ausnahme zog der Abgeordnete Graf zu Münster die Initiative des Dr. Zuelzer heran, der den Deutschen Verein für medizinische Statistik gegründet und ebenfalls eine Petition eingereicht hatte.

<sup>737</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 691.

<sup>738</sup> Wilhelm Wehrenpfennig, geb. am 25. März 1829, studierte in Jena und Berlin Theologie, war danach Lehrer am Joachimsthaler und Friedrichs-Gymnasium in Berlin und von 1859 bis 1862 Direktor des literarischen Büros im Staatsministerium. Von 1863 bis 1883 redigierte er die „Preussischen Jahrbücher“ und von 1872 bis 1873 die „Spener'sche Zeitung“. 1877 wurde er Geheimer Regierungsrat und vortragender Rat im Handelsministerium für die technischen Lehranstalten und 1879 Oberregierungsrat im Kultusministerium. Von 1868 bis 1879 gehörte er dem Abgeordnetenhaus an, ab 1869 dem Norddeutschen und von 1871 bis 1881 dem Deutschen Reichstag. Anonym veröffentlichte er: „Geschichte der deutschen Politik unter dem Einfluß des italienischen Krieges“ (1860) und „Die Gesetzgebung der letzten sechs Jahre im Reich und in Preußen“ (1877). Meyers Konversationslexikon (1885-1892), 16, 474.

in Preußen, hatte für die Prüfung des Entwässerungskonzepts des Oberbaurats Wiebe vom 1. Juli 1865 lange 2 ¼ Jahre gebraucht, um schließlich eine Stellungnahme zu entscheidenden Fragen abzulehnen. Als Begründung wurden die fehlenden, aber notwendigen Vorarbeiten angeführt, z. B. eine Ortsstatistik der Gesundheits- und Sterblichkeitverhältnisse und der geologischen und hydrologischen Grundlagen sowie zuverlässige Bewertungskriterien für den Einfluss eines Kanalisations- bzw. Abfuhrsystems auf die Ausbreitung von epidemischen Krankheiten. Weiter stellte das Gutachten vom Oktober 1867 fest, dass seit 1858 in Berlin 18.000 Menschen an der Cholera gestorben seien. Über die Sterblichkeit an Typhus könne man sich wegen der ungenügenden Einrichtung von Mortalitätslisten nur auf die Aussage beschränken, dass „in manchen Jahren die erwähnten Krankheiten in großer Zahl vorkommen“. Diesem „wissenschaftlichen Resultat“ fügte Wehrenpfennig ein Zitat Rudolf Virchows an, der als Mitglied der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen am Gutachten mitgewirkt hatte: „Woher kommt die Schwerfälligkeit in der geistigen Entwicklung bei uns, sobald es sich um große öffentliche Fragen, wie die der Gesundheitspflege, handelt?“ [...] „Nirgends ist ein positiver Anfang zu sehen, wir schrecken schon vor dem Versuch zurück [...]“. Wehrenpfennig schloss: „Ich bitte Sie, dass Sie uns in Preußen aus dem heutigen Zustand der Hilflosigkeit befreien, indem Sie die Petition zur Berücksichtigung überweisen und den Bund veranlassen zu einer neuen Organisation zu schreiten.“<sup>739</sup>

Themen aus dem sozialen Bereich, die seit langem einer elementaren Reform bedurften, wie die Wohnungs-, Arbeits-, Schul- und Lebensmittelhygiene und die Aus- und Fortbildung von Ärzten und Lehrern standen genauso zur Diskussion wie Fragen zur Organisation von Kontrollgremien, z.B. Gesundheitsämtern mit Verbesserung der finanziellen Stellung der Staatsärzte oder zur Zusammensetzung von Sachverständigenkommissionen aus Ärzten, Verwaltungsbeamten, Juristen, Politikern, Ingenieuren, Architekten, Chemikern und Landwirten.<sup>740</sup>

Einen breiteren Raum nahm die Erörterung über die Kompetenzen ein, die dem Bund zugeschrieben oder den Einzelstaaten auferlegt werden sollten. Dabei vertrat der Abgeordnete Löwe die Auffassung, dass „der eigensten Natur nach de[n] Gemeindeverwaltung[en]“ die

<sup>739</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 696-697. Hahn/ Langbein, Fünfzig Jahre Berliner Stadtentwässerung, 29-31, 547: Erst 1873 wurde zwischen dem Berliner Magistrat und dem Baurat Hobrecht ein Vertrag über einen Kanalisationsbau zur Entwässerung und Reinigung der Stadt geschlossen.

<sup>740</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 89, 4: Gefordert wurden etwa ausreichender und wirksamer Schutz „gegen gesundheitsschädliche bauliche Anlagen von Straßen, Häusern, Höfen, Wohnungen, Fabrik-Anlagen und Schlächtereien und von Schuleinrichtungen, Anordnungen zum Schutz der Fabrikarbeiter gegen die Schädlichkeiten ihrer Beschäftigungen“, Einrichtung von ordentlichen Lehrstühlen für die öffentliche Gesundheitspflege an den Universitäten und von Lehrer-Seminaren für naturwissenschaftlichen Unterricht.

geforderten Sanierungen zuzuordnen und die Vorteile trotz der Schwierigkeiten und hohen Investitionen nicht zu unterschätzen seien: Bestehe eine bessere Gesundheitspflege, verringerten sich auch die Kosten für die Armen-, Waisen-, und Armenkrankenpflege. Die Verlängerung des Lebens bzw. Verminderung der Sterblichkeit erzielte eine „kleinere Zahl der Krankheitstage [, die] ganz abgesehen von der Summe der Lebensfreude eben so viel Gewinn für die Arbeitskraft“ und für das Gemeinwesen erbringe.<sup>741</sup> Ebenso plausibel wie schlagend argumentierte er mit der „Solidarität der Interessen“, indem er den bemerkenswerten Umdenkungsprozess, der sich seit den 30er Jahren bei der Allgemeinheit vollzogen hatte, nützte, der nun empfindlich den Nerv aller im Reichstag Anwesenden treffen musste: „Wir sehen, dass die Krankheit sich nicht bloß auf die ärmere Klasse beschränkt, sondern dass, wenn der Pilz einmal entstanden ist, er an der Wasserleitung des Geheimen Raths ebenso gut in die Höhe geht, als an den Wänden der Kellerwohnung des ärmsten Arbeiters.“<sup>742</sup> Der von der Gesundheitspflege ausgehende Gemeinschaftssinn beinhalte auch „die sehr delikate Einmischung in die Verhältnisse zwischen Arbeiter und Arbeitgeber“. Krankheiten, die bei Arbeitern wegen mangelhafter Nahrung und Überarbeitung auftreten, könnten auch auf die eigenen Kinder übertragen werden. Deshalb sei der Staat verpflichtet, „die Angelegenheit der Krankenkassen, Arbeitszeit und andere Arbeitsverhältnisse gesetzlich zu ordnen“.<sup>743</sup>

Eindeutiges Ergebnis der Debatte waren die „unzureichenden der jetzt in den Staaten des Norddeutschen Bundes in Bezug auf die Verhütung epidemischer und anderer Krankheiten bestehenden Einrichtungen und Gesetze“,<sup>744</sup> die keine Gewährleistung für eine umfassende Seuchenvorsorge boten. Mit dieser Überzeugung für eine bundesgesetzliche Regelung stimmte, dem Antrag der Petitionskommission folgend, „die sehr große Majorität des Hauses“ zu, „die Petitionen Nr. 8, 67 und 120 dem Herrn Bundeskanzler zur Berücksichtigung und mit dem Ersuchen zu überweisen, auf Grund des Artikels 4, 15 der Bundesverfassung<sup>745</sup> dem Reichstage einen Gesetzentwurf, betreffend die Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde vorzulegen“.<sup>746</sup>

---

<sup>741</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 691.

<sup>742</sup> Dorrman, Das asiatische Ungeheuer, 207-208, 223; Dettke, Die asiatische Hydra, 291-292: Während der Cholera-Epidemie 1830 in Berlin häuften sich die Erkrankungsfälle in den Armenvierteln, weshalb man vermutete, dass die Krankheit durch Schmutz und Armut hervorgerufen würde. Der bakterielle Übertragungsmechanismus der Cholera wurde erst 1882 durch Robert Koch aufgeklärt.

<sup>743</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 692-693.

<sup>744</sup> Sten.Ber. NB Anl. 2 (1870), 2-3 (Nr. 89).

<sup>745</sup> Reichsgesetzblatt 64, Art. 4,15 der Bundesverfassung: Der Bundesgesetzgebung unterliegen Maßregeln der Medicinal- und Veterinärpolizei.

<sup>746</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 698.

### 3 Der Zusatzantrag vom 12. März 1870: Trennung der Wege zum Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 und zum Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900

Die Erörterung einer gesetzlichen Regelung der Pockenschutzimpfung war eingebettet in die umfassende Diskussion über die bundeseinheitliche Regelung der öffentlichen Gesundheitspflege, mit der sich der Reichstag des Norddeutschen Bundes am 6. April 1870 befasste.<sup>747</sup> Behandelt wurden die im Februar und März 1870 eingereichten Petitionen, unter denen sich das Gesuch des ärztlichen Zweigvereins Leipzig vom 11. März befand. Dazu hatte der Leipziger Arzt Dr. Ferdinand Götz (1826-1915)<sup>748</sup> einen Zusatzantrag gestellt, der im Plenum besondere Beachtung und mehrheitliche Zustimmung fand. Diesem Zusatzantrag war die Beschlussfassung vorausgegangen, den Reichstag zu veranlassen „einen Gesetzentwurf, betreffend die Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde vorzulegen“. Die anschließende Resolution für den Antrag von Götz lautete: „Der Reichstag wolle beschließen: den Herrn Bundeskanzler zu veranlassen, schon vor der Einsetzung einer medicinischen Centralbehörde für den Norddeutschen Bund baldigst eine statistische Erhebung über den Einfluss der einmaligen und wiederholten Einimpfung der Schutzpocken auf die Verbreitung und Gefährlichkeit der Menschenblattern sowie auf die Gesundheit der Geimpften innerhalb der Staaten des Norddeutschen Bundes und thunlichst auch der übrigen deutschen Staaten ins Werk zu setzen.“<sup>749</sup>

Götz hatte die Gründe, die ihn zur Eingabe seines Zusatzantrages bewogen hatten, überzeugend ausgeführt: „[...] weil ich ganz entschieden die Gefahr, der ich durch meinen Antrag entgegenarbeiten möchte, [...] der Wiederverbreitung der Menschenpocken recht nahe vor den Thoren finde“. Man habe, erklärte er weiter, die verheerenden Folgen dieser Krankheit vergessen. Noch im letzten Jahrhundert seien 10% der Bevölkerung an Pocken gestorben und weitere 10% mit Blindheit und Entstellungen dauerhaft geschädigt worden. Die allgemeine Einführung der Pockenschutzimpfung seit Beginn des 18. Jahrhunderts habe einen Rückgang der Erkrankungen bewirkt, der „im Großen und Ganzen die Massen dazu gebracht hat, überhaupt an eine Gefahr der Pocken nicht mehr zu glauben“. Die Annahme, dass der Impfschutz

<sup>747</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 687-698.

<sup>748</sup> Götz studierte seit 1846 Medizin und ließ sich 1851 als praktischer Arzt in Geithain, später in Leipzig-Lindenau, nieder, wo er 1866 aktiv an der Cholerabekämpfung teilnahm. Ab 1858 redigierte er die „Deutsche Turnzeitung“. Über 10 Jahre war er in leitender Funktion in der Deutschen Turnerschaft und Initiator der 1863 gegründeten „Jahnstiftung“, eine Pensionskasse für Turnlehrer und ihrer Familien. Mitherausgeber des „Handbuchs der Deutschen Turnerschaft“ war er ab 1884; ab 1887 gehörte er als nationalliberaler Abgeordneter dem Deutschen Reichstag an. DBE 4 (1996), 69.

<sup>749</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 687-698 (Nr.122 II) und Sten.Ber. NB Anl. 2 (1870), 6-7 (Pet. Nr.120).

gegen eine scheinbar nicht mehr drohende Krankheit überflüssig sei, habe eine zunehmende Opposition gegen das Impfen hervorgerufen. Gerade diese Sachlage führe zu der bedenklichen Nachlässigkeit in der Bevölkerung. Besonders in Stuttgart und Leipzig sei, von so genannten Aufklärungsschriften beeinflusst, eine verstärkte Impf-Opposition aufgetreten, die die Impfwilligkeit auf die Hälfte, mancherorts sogar auf ein Viertel reduziert habe.<sup>750</sup> Allerdings müsse man sich trotz aller Pockengefahr eingestehen, „dass der Staat [nicht] unbedingt dazu berechtigt sei, den Einzelnen zu zwingen, eine Impfung der Seinigen vornehmen zu lassen [...], weil eben die Wissenschaft selbst gestehen muss, dass die Frage über den Nutzen des Impfens noch eine offene ist“. Auch bedeutende ärztliche Autoritäten hätten sich dahingehend geäußert. Zweifel beständen im Besonderen über den Einfluss des Impfens, weil bisher nirgends eine hinreichende Erhebung stattgefunden habe. Deshalb bedürfe es wegen der sehr nahe liegenden großen Gefahren einer statistischen Erhebung über die Nützlichkeit der Impfung, die sich möglichst über zwölf Monate erstrecken und in den deutschen Staaten mit Beteiligung aller Ärzte durchgeführt werden sollte.<sup>751</sup>

Die Argumente von Götz ließen sich leicht nachvollziehen. Aufgrund der Impflücken, die durch die allgemeine Impfnachlässigkeit der letzten fünf bis zehn Jahre entstanden waren, mussten sich genügend ansteckungsgefährdete nachgeborene Ungeimpfte in der Bevölkerung befinden. Das bewiesen die immer wieder auftretenden ausgedehnten Pockenepidemien der letzten Jahre, wie etwa 1864 in Berlin, Bayern und Württemberg oder 1869 in Chemnitz.<sup>752</sup> Darin bestätigte sich die von Götz geforderte statistische Erhebung als zweifellos dringende Notwendigkeit, leider aber auch seine Prognose. Nur wenige Monate später begann das Desaster in Preußen. Im September brachen dort die Pocken aus, die sich bis 1874 in alle deutschen Staaten und ganz Europa verbreiteten und hohe Erkrankungs- und Todesraten verursachten.

Während der von Götz eingebrachte Zusatzantrag der erste Schritt zur Einführung der reichseinheitlichen gesetzlichen Impfpflicht bedeutete, wurde die Petition bezüglich der Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege mit der Begründung, dass es unangemessen sei, diese

---

<sup>750</sup> Die Impfgegnerschaft hatte ihren Ursprung in Württemberg, wo der Stuttgarter Arzt Carl Georg Gottlob Nittinger (1807-1874) der erste und entschiedenste Impfgegner war, der mit zahlreichen Schriften und Vorträgen über die Impfung die Bevölkerung - auch außerhalb seines Umkreises - erheblich verunsicherte. Von 1856 bis 1858 übte er in Stuttgart einen derartigen Einfluss aus, dass „hundert von Familienvätern eine Geldbuße in Kauf [nahmen], um ihre Kinder nicht impfen zu lassen“. Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 14; Humm, Geschichte, 56, 89; Maehle, Präventivmedizin, 127.

<sup>751</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 694.

<sup>752</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 34-45.

Angelegenheit zur Reichssache zu machen und damit die Autonomie der Kommunen zu beschränken, verschleppt und schließlich abgelehnt.<sup>753</sup>

#### 4 Resümee

Eine für legislative Maßnahmen nachdrückliche Resolution, die durch den Zusammenschluss der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege mit der Sektion für Medizinalreform zustande kam, ermöglichte den führenden Hygienikern und Ärzten eine Petition an den Reichstag des Norddeutschen Bundes. Etwa 5000 Unterschriften von Ärzten, Chemikern, Botanikern, Ingenieuren, Verwaltungsbeamten und Statistikern unterstützte die Eingabe, in der eine Reform der Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege gefordert wurde. Einheitliche Richtlinien, nach neuesten sachverständigen und wissenschaftlichen Erkenntnissen erarbeitet, sollten veraltete Verordnungen ablösen und neben der Heilung, die Verhütung von Krankheiten in den Mittelpunkt stellen. Die im April 1870 im Reichstag des Norddeutschen Bundes geführte Debatte konzentrierte sich neben sozial- und bildungsorientierten Belangen deshalb hauptsächlich auf zwei miteinander verknüpfte grundlegende Voraussetzungen für eine Umgestaltung: die Schaffung einer Zentralbehörde und die Erstellung einer Medizinalstatistik.

In erster Linie sollten vorsorgende Maßnahmen gegen die in zunehmendem Maß beobachteten Pockenepidemien getroffen werden. Um der erneuten Gefahr baldmöglichst vorbeugen zu können, erhielt ein Zusatzantrag besondere Zustimmung. Mit Mehrheitsbeschluss wurde eine Überweisung an den Reichskanzler erlangt mit der Bitte, die bisherigen Ergebnisse bei der Pockenschutzimpfung und deren mögliche gesundheitsschädigende Wirkung zu ermitteln.

---

<sup>753</sup> Sten.Ber. 1 (1871), 556.

## 5 Exkurs: Statistik und öffentliche Gesundheitspflege

Aufgrund der engen Verbindung zwischen statistischen Erhebungen und öffentlicher Gesundheitspflege und der ab 1870 dringend geforderten Zentralbehörde zur Erstellung einer Medizinalstatistik folgt ein Überblick über die Geschichte der demographischen Untersuchungen.

Die ersten Erhebungen über Einwohnerzahlen sind seit dem 14. Jahrhundert bekannt, z. B. aus Hamburg 1311, Breslau 1348, Zürich 1357, Danzig 1380, Frankfurt 1387, Freiburg 1444, Nürnberg 1449, Nördlingen 1459 und Straßburg 1473.<sup>754</sup> Das Registrieren von Taufen, Trauungen und Todesfällen in Kirchenbüchern wurde Pfarrern zunehmend von ihren Landesherren vorgeschrieben und ab Mitte des 16. Jahrhundert bei beiden Konfessionen allgemein.<sup>755</sup>

Erste statistische Auswertungen stammen von dem Breslauer Pastor Caspar Neumann (1648-1715), der den Zusammenhang von Geburts- und Todeshäufigkeit herauszufinden suchte. Dem zunehmenden Interesse an Gesundheitsproblemen im 17. Jahrhundert diente die von Gottfried Wilhelm Leibniz 1678 vorgeschlagene Erarbeitung einer „politischen Topographie oder eine Beschreibung des jetzigen Zustands des Landes“.<sup>756</sup> Listen wurden angelegt mit Angaben der Zahl der gebärfähigen Frauen, der waffenfähigen Männer, zum jahreszeitlichen Auftreten und der geographischen Verteilung von Krankheiten, Todesursachen, akuten und chronischen Krankheiten oder zum Verhältnis von Geburten zu Todesfällen. So ließ der Große Kurfürst von Brandenburg-Preußen Friedrich Wilhelm (reg. 1640-1688) erstmals auf der Basis von Pfarrregistern Volkszählungen durchführen, die ihm als Grundlage für eine Neu- oder Umgestaltung des Heeres und der Rekrutierung, der Agrarwirtschaft und Vorratshaltung und besonders für die Bewertung des Steueraufkommens diente. Auf die Empfehlung des brandenburgischen Regimentspredigers Johann Peter Süßmilch (1707-1767)<sup>757</sup> ließ ab 1748 Friedrich II., der Große (reg. 1740-1786), jährliche Volkszählungen durchführen. Diesem Beispiel folgten auch andere deutsche Staaten, nachdem sich die neue Kameral- bzw. Polizeiwissenschaft an den Universitäten im 18. Jahrhundert als Lehrfach verbreitete.<sup>758</sup> Ziel war eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Vergrößerung der Bevölkerungs-

<sup>754</sup> Fischer, Geschichte Gesundheitswesens, 63-64.

<sup>755</sup> Brockhaus Enzyklopädie (2006), 15, 51.

<sup>756</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 141-142; Rosen, Die Entwicklung der sozialen Medizin, 81-82.

<sup>757</sup> Süßmilch hatte in seinem 1741 veröffentlichten Werk „Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts, aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen“ das gesamte methodische und materielle bevölkerungstatistische Wissen seiner Zeit zusammengefasst und ergänzt. Brockhaus Enzyklopädie (2006), 26, 691.

<sup>758</sup> Hardy, Ärzte, 41: Friedrich II. gründete ab 1727 zwei Lehrstühle für Kameralistik, die auf wirtschaftlichen Wohlstand, gesicherte Rechtslage und Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtet waren.

zahl nach dem Konzept der „medizinischen Polizey“, das durch Johannes Gottlob von Justi 1756 eingeführt wurde. Darin gab es nicht nur Vorschläge für die Regierungen, durch verbesserte sanitäre Maßnahmen das Leben der Menschen zu verlängern, sondern auch das Heiratsverbot für erblich Kranke und die Bestrafung von Lastern und Ausschweifungen, die Unfruchtbarkeit auslösen konnten.<sup>759</sup>

Frühe statistische Erhebungen aus England wurden durch den Astronom Edmund Halley (1656-1742) bekannt, der vor allem Untersuchungen zur Risikoeinschätzung für Versicherungsgesellschaften durchführte. In Italien war es Bernardino Ramazzini (1633-1714), dessen jährliche Gesundheitsbeschreibungen der Stadt Modena im späteren 18. Jahrhundert eine Reihe medizinisch-hygienischer Topographien auslöste.<sup>760</sup> Die 1834 in London gegründete Statistical Society beschäftigte sich erstmals mit der Erfassung persönlicher Daten der Bevölkerung und mit dem General Register Office begann die Erfassung von Sterblichkeitsdaten. Spätere vervollständigte Aufzeichnungen dienten der Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Wohlstands der Bevölkerung und zeigten Probleme der öffentlichen Gesundheitspflege auf.

In Deutschland erhielt das 1850 neu gegründete „statistische Bureau“ im Innenministerium des Königreichs Sachsens durch den Statistiker Ernst Engel (1821-1896) eine deutliche Prägung. Nach leitenden Stellungen bei der Sächsischen Hypotheken- und Versicherungsgesellschaft (ab 1858) und dem preußischen Statistischen Bureau (1860) gründete er eine „Preußische statistische Zentralkommission“ mit dem Ziel, die statistischen Erhebungen aller Verwaltungszweige zusammenzuführen. Als Mitglied des Internationalen Statistischen Instituts setzte er sich für die Gründung eines Internationalen statistischen Kongresses ein. Den Mangel einheitlicher statistischer Grundlagen im medizinischen Bereich wollte man 1869 mit der auf der Innsbrucker Naturforscherversammlung gegründeten Sektion für „Medizinische Statistik“ aufholen. Eine Zusammenlegung mit den Sektionen für Medizinalreform und öffentliche Gesundheitspflege erfolgte zwei Jahre später. Zum gleichen Zeitpunkt hatte der Arzt Dr. Zülzer von der Berliner Charité das „Centralbureau des deutschen Vereins für medicinische Statistik“ gegründet, das seit 1868 wöchentliche Übersichten der Geburten und Todesfälle aus den größeren Städten Deutschlands herausgab. Im Jahre 1871 reichte Zülzer gleichzeitig mit Hermann Wasserfuhr eine Petition ein, und forderte die Gründung eines Zentralinstituts für medizinische Statistik. Darauf bestand jedoch zunächst wenig Hoffnung, denn es existierte bereits

<sup>759</sup> Rosen, Die Entwicklung der sozialen Medizin, 83.

<sup>760</sup> Eckart, Geschichte der Medizin, 142.

das Statistische Bureau unter Engel, das auch eine medizinische Statistik übernehmen konnte.<sup>761</sup>

Im folgenden Kapitel wird der vollständige parlamentarische Weg des Reichsimpfgesetzes nachgezeichnet, der am 12. März 1870 begonnen und am 14. März 1874 abgeschlossen wurde. Impulse empfing der Gesetzgebungsprozess von der verlustreichen Pockenepidemie der Jahre 1870 bis 1872, den vergeblichen Bemühungen der einzelnen Bundesstaaten um eine effektive Pockenvorsorge und besonders vom Anliegen, nach Reichseinigung eine wirksame flächendeckende Pockenprophylaxe durch ein Impfgesetz mit einheitlichen Impfbestimmungen zu gewährleisten.

---

<sup>761</sup> Hardy, Ärzte, 186-188.

## VIII Der parlamentarische Weg zum Impfgesetz vom 8. April 1874

### 1 Motive und Vorarbeiten

#### 1.1 Die Petition und der Entwurf eines Impfgesetzes vom 15. März 1872

Die verheerende Pockenepidemie während des Deutsch-Französischen Krieges 1870/71, die ihren Höhepunkt im Sommer 1871 erreicht hatte und nur sehr langsam zurückging,<sup>762</sup> verlieh der gefürchteten Seuche und der Pockenschutzimpfung neue Aufmerksamkeit. Das Interesse verdeutlichen sieben Petitionen zur Impffrage, die im Frühjahr 1872 an den Reichstag gerichtet wurden und die immerhin zwei Jahre zurückliegende Diskussion um eine nun reichseinheitliche gesetzliche Regelung aktivierten.<sup>763</sup>

Ursprünglich war im Reichstag des Norddeutschen Bundes mit Beschluss am 6. April 1870 um eine statistische Erhebung über die Pockenschutzimpfung, ihre Verbreitung und ihren Einfluss auf die Gesundheit, gebeten worden. Erneute Anträge vom September und November 1871 erbrachten keine konkreten Ergebnisse. Inzwischen hatte am 18. Januar 1871 die Reichsgründung stattgefunden. Nun wurde die Impffrage nach den gleichen (erweiterten) Verfassungsgrundlagen im Deutschen Reichstag weitergeführt.

Am 6. Mai 1872 erschien der schriftliche Bericht der Petitionskommission, der die Inhalte der verschiedenen Eingaben zur Pockenschutzimpfung enthielt. Einleitend wurde auf die jahrzehntelangen Bemühungen um die Verbreitung der Pockenschutzimpfungen in den verschiedenen deutschen Staaten hingewiesen, aber auch auf ihre unterschiedliche Impfsituation: Die Regelungen in den einzelnen Ländern seien sehr verschieden. Preußen übte lediglich einen indirekten Impfwang nach einer Verordnung vom 8. August 1835 aus. Darin würde die Einimpfung der Schutzpocken zwar als sicherstes Schutzmittel bezeichnet und dennoch nur eine Empfehlung zur Impfung ausgesprochen. Lediglich Personen, die staatliche Anstalten besuchen wollten oder Stipendien und sonstige staatliche Benefizien beantragten, sowie Soldaten, müssten sich einer Impfung und Wiederimpfung unterziehen. In Süddeutschland dagegen bestünde allgemeiner gesetzlicher Impfwang. Gegen diesen Impfwang richteten sich vier der gegenwärtig eingereichten Petitionen von Impfgegnern. Sie baten um gänzliche Aufhe-

---

<sup>762</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 66-68.

<sup>763</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1872), 213-218 (Nr. 56).

bung jeglichen Impfzwangs und meldeten sich damit wieder stärker zu Wort<sup>764</sup> als Reaktion auf die nun nachhaltigere Forderung der Impfbefürworter nach einem verlässlicheren Schutz gegen Pocken, den nur eine reichseinheitliche gesetzliche Regelung der Pockenschutzimpfung gewährleisten konnte.

Der erste aktive Impuls für eine einheitliche Impfpflicht kam aus den Reihen der Ärzteschaft, deren Vertreter Bohn, Möller und Pincus im Namen und Auftrag des Vereins für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg<sup>765</sup> den Entwurf eines Impfgesetzes im Rahmen einer Petition vom 15. März 1872 beim Deutschen Reichstag eingereicht hatten.<sup>766</sup> Dieses Konzept enthielt als wichtigste Regelungen: Jedes Kind sollte mit Ablauf des dritten Lebensmonats impfpflichtig und vor Ablauf des ersten Lebensjahres der Pockenschutzimpfung unterzogen werden. Mit dem vollendeten 12. Lebensjahr trat die Verpflichtung zur Wiederimpfung ein. Nur auf Vorlage eines Impfscheines durfte später ein Kind in eine öffentliche oder private Schule aufgenommen werden. Eine Bestätigung der Wiederimpfung war vor der Eheschließung, der Ausfertigung eines Gesindedienstbuchs, bei jeder Meldung zu einem Staats- oder Gemeindeamt und bei jedem Wohnortwechsel vorzuweisen. Außerdem enthielt der Entwurf Strafregelungen, falls Eltern und Vormünder die Vorschriften missachteten.

Als Begründung für diese gesetzliche Regelung wurde ausgeführt, dass in den beiden letzten Jahrzehnten die Pocken häufiger und bösartiger aufgetreten seien als während der zwanzig bis dreißig Jahre davor. Die Ursache dafür sei in der nachlassenden Schutzkraft der Impfung zu suchen. Deshalb würde eine Wiederholung der Impfung als dringend notwendig erachtet. Vor allem aber herrsche in der Bevölkerung eine große Gleichgültigkeit, weil wohl die Angst vor der Seuche und ihren schlimmen Folgen aus dem Bewusstsein der Bevölkerung verschwunden seien. Die Gesetzgebung müsse deshalb bei einer so eminent ansteckenden Krankheit wie den Pocken einen vollen Impfzwang und Wiederimpfzwang für jedermann aussprechen - gegen den Widerstand des Einzelnen im Interesse der Gesamtheit.

Entsprechend beantragte die Petitionskommission, den Gesetzentwurf der Königsberger Ärzte dem Reichskanzleramt als Erwägungsmaterial für die künftige Reichsgesetzgebung zu unterbreiten. Außerdem sollte die Entwicklung und Veröffentlichung einer allgemeinen deutschen Impfstatistik angeregt werden, weil die Mehrheit der wissenschaftlichen Autoritäten die Kuhpocken-Impfung als einen erheblichen, wenn auch bedingten Schutz gegen die Menschenblattern betrachte. Bei vorschriftsmäßiger Ausführung der Impfung befürchte man

<sup>764</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1872), 213 (Nr. 56).

<sup>765</sup> Federführend im Königsberger Verein für wissenschaftliche Heilkunde war der Kinderarzt Professor Dr. Heinrich Bohn (1820-1888), der seit 1856 an der Königsberger Medizinischen Poliklinik tätig sowie Mitbegründer und Herausgeber des Jahrbuchs für Kinderheilkunde war. DBE 2 (1995), 250.

<sup>766</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1872), 214 (Nr. 56).

keine gesundheitlichen Nachteile. Die gegen den Impfwang vorgebrachten Gründe der Impfgegner rechtfertigten nicht die Aufhebung des in den verschiedenen deutschen Staaten bestehenden direkten oder indirekten Impfwangs. Zum Ausschluss einer Gesundheitsgefährdung und zur endgültigen Überzeugung der Bevölkerung müsse „eine umfassende streng durchgeführte wissenschaftliche Statistik“ über einen endgültigen Beschluss des Gesetzgebers entscheiden.

Diese Ansichten bezogen sich im Wesentlichen „auf ein umfangreiches statistisches Material sich stütze[n] Gutachten“ der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, das im Auftrag des Reichskanzleramts angefertigt worden war. Zugrunde lag die Fragestellung, inwieweit ein- und mehrmalige Impfungen eine Pockenverbreitung beeinflussen bzw. die Gesundheit der Geimpften gefährden könnten. Dieses Gutachten sollte gleichzeitig die Grundlage für systematische statistische Erhebungen über die Wirkungen der Pockenschutzimpfung im ganzen Reichsgebiet sein. Dazu erwartete man zusätzliche abschließende Angaben.<sup>767</sup>

Ohne Diskussion wurden die schriftlichen Anträge der Petitionskommission am 22. Mai 1872 angenommen und folgende Resolution an den Reichskanzler gerichtet: „[...] den miteingereichten Entwurf eines Impfgesetzes für das Deutsche Reich dem Reichskanzler als Material für die künftige Reichsgesetzgebung zu überweisen [und] die Resultate der angeordneten statistischen Erhebungen über die Erfolge der Schutzpocken-Impfung innerhalb des Deutschen Reiches regelmäßig der Öffentlichkeit zu übergeben.“<sup>768</sup>

## 1.2 Die Forderungen der Versicherungsgesellschaften

Seit der ersten Antragstellung bezüglich statistischer Erhebungen zur Pockenschutzimpfung am 6. April 1870 waren drei Jahre vergangen. Inzwischen häuften sich die Petitionen, die beim Deutschen Reichstag zur Impffrage eingingen. Eine der beachtenswertesten Eingaben stammte vom März 1873 und war vom Ausschuss des Vereins Deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften eingereicht worden. Der Verein, dem sich 21 verschiedene Versicherungsgesellschaften angeschlossen hatten, bat den Reichstag, er „wolle den Herrn Reichskanzler zur Vorlegung eines Gesetzes wegen Einführung des allgemeinen Zwangs zur Vaccination und Revaccination für das Deutsche Reich [...] auffordern“. Als Begründung wurde ausgeführt, dass eine gesetzliche Regelung des Pockenimpfschutzes, und zwar der allgemeine

<sup>767</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1872), 215-216 (Nr. 56).

<sup>768</sup> Ebd., 213-218 und Sten.Ber. 1 (1872), 462.

Zwang zur Impfung und Wiederimpfung, „von einschneidender Bedeutung“ für das Versicherungswesen sei, wie aus der Veröffentlichung „Zustand und Fortschritte der deutschen Lebensversicherungs-Anstalten im Jahre 1871“ hervorging.<sup>769</sup> Diese im Bremer Handelsblatt publizierte Beurteilung der Geschäftslage der Lebensversicherungsgesellschaften nahm auf die besonderen Verhältnisse des Jahres 1871 Bezug. Die Ausgaben für die Sterbefälle, die durch die Einschleppung der Pocken „hauptsächlich durch die Massentransporte von Kriegsgefangenen [aus Frankreich]“ verursacht worden waren, hatten sich „in sehr unvortheilhafter Weise“ auf die Bilanz niedergeschlagen. „Auch die Lebensversicherung wurde selbstverständlich mit betroffen und hatte in Deutschland einen Tribut von mehr als einer halben Million Thaler an den schlimmen Eindringling zu entrichten.“ Danach waren von den 6.277 Personen allein 866 an den Pocken verstorben, die mit 501.158 Talern versichert waren. Das bedeutete, dass „mithin [...] 13,8 % der versichert gewesenen Verstorbenen von den Pocken hingerafft“ worden seien, ein „bis dahin nicht erreichte[r] Prozentsatz einer ungewöhnlich umfangreichen Epidemie“, für den „bei vielen Anstalten die Ausgaben [...] über die Grenze der rechnungsmäßigen Erwartung“ hinausgegangen waren. Dabei sei man durchaus der Geschäftsmaxime gefolgt, dass „solche Personen, welche weder die natürlichen Blattern überstanden hatten, noch deutliche Spuren einer mit Erfolg vorgenommenen Impfung an sich trugen, entweder zur Versicherung gar nicht, oder doch nur unter der Bedingung angenommen wurden, die Impfung noch binnen Jahresfrist an sich vollziehen zu lassen und darüber, bei Vermeidung einer Wiederaufhebung des Vertrags, Nachweis zu liefern“. Nachdem die Ansichten der Ärzte über die einmalige erfolgreiche Impfung wesentlich modifiziert worden seien, habe man auch für die Lebensversicherung „dementsprechend die Frage aufgeworfen [...], ob nicht eine Revaccination, und zwar nach erreichtem 20. Lebensjahr, allgemein zur Bedingung der Versicherung resp. zur Fortsetzung derselben gemacht werden solle“. Allerdings rechnete man mit großen Schwierigkeiten, weil ein Teil des Publikums der Impfung, „besonders wo sie unter irgend welcher Form des Zwanges auftritt, noch immer starke Vorurtheile entgegen[bringe]“. In der Überzeugung, dass Impfung und Wiederimpfung wirksam seien, mussten „vielfach“ Ungeimpfte oder Personen, die eine Wiederimpfung vernachlässigt hatten, „von der Versicherung gänzlich [ausgeschlossen werden], um nicht das Risiko des Pockentodes ohne entsprechende gegenteilige Gewährleistung zu übernehmen“. Jedenfalls müsse festgestellt werden, dass die ergriffenen Maßregeln zur Bekämpfung der Epidemie „unvollkommen“ und die Prinzipien der Vorkehrungen „keineswegs klar und sicher“ waren und „vielfach die erforderliche Einheit und Energie vermissen ließen. Der Mangel einer straffen Centralisa-

---

<sup>769</sup> Bremer Handelsblatt (1871/72), 2.

tion und einer leitenden Hand wurde bei dieser Veranlassung recht augenfällig empfunden“.<sup>770</sup> „[D]ie hohe Sterblichkeit, unter welcher im vorigen Jahre die meisten deutschen Lebensversicherungs-Anstalten zu leiden hatten, [ist] nur durch die Blatternepidemie veranlaßt worden.“ Dabei habe die Pockenepidemie gerade die „mit kleinen Summen versicherten, weniger begüterten Personen in weit stärkerem Grade heimgesucht, als die höher versicherten Reicheren“. Auch diese Beobachtung führe zur Notwendigkeit zwingender gesetzlicher Maßregeln zum Schutze gegen die verheerende Macht der Blattern. Nur die gesetzliche Einführung des allgemeinen Impf- und Revakzinationszwanges könne helfen.<sup>771</sup>

Obwohl man die Dringlichkeit erkannte, wurde diese Petition am 31. März 1873 wegen der schwebenden statistischen Erhebungen zur weiteren Erörterung im Plenum als noch „nicht geeignet“ erachtet. Ein erweiterndes Gutachten von der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen stand noch aus, von dem vor allem die abschließende Klärung der medizinischen Fragen erwartet wurde. Am 23. April 1873 folgte man nach eingehender kontroverser Auseinandersetzung dann doch der Petitionskommission und beschloss: „Die Petition [...] der deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaften dem Herrn Reichskanzler mit dem Ersuchen zu überweisen, für die baldige einheitliche gesetzliche Regelung des Impfwesens für das Deutsche Reich auf Grundlage des Vaccinations- und Revakzinationszwanges Sorge zu tragen.“<sup>772</sup>

Die Versicherungsgesellschaften, die zur Klärung juristischer und verwaltungstechnischer Entscheidungen eine gesetzliche Grundlage forderten, nahmen damit als Vertreter eines breiten öffentlichen Interesses Einfluss auf die weitere Entwicklung der reichsgesetzlichen Pockenschutzimpfung.

## **2 Die vorbereitenden Verhandlungen im Deutschen Reichstag zur reichseinheitlichen gesetzlichen Regelung der Impffrage**

### **2.1 Die Impfkontroverse**

Seit dem 6. April 1870 beschäftigte sich der Norddeutsche Reichstag bzw. der Deutsche Reichstag (Reichsgründung 18. Januar 1871) mit der Frage des gesetzlichen Impfwangs. Die

<sup>770</sup> Bremer Handelsblatt (1872), 4-6.

<sup>771</sup> Sten.Ber. 1 (1873), 281-286 und Sten.Ber.Anl. 3 (1873), 161-162; Bremer Handelsblatt (1872), 17.

<sup>772</sup> Ebd., 286.

Ungleichheit der Impfbestimmungen in den einzelnen deutschen Staaten und die aus Impfschäden entstandene Verunsicherung sowie Impfnachlässigkeit der Bevölkerung hatten zu beträchtlichen Impflücken geführt.<sup>773</sup> Die Quittung dafür kam mit der durch den Deutsch-Französischen Krieg ausgelösten Epidemie von 1870 bis 1872, deren Ausmaß deutlich auf eine einheitliche gesetzliche Regelung der Impfan gelegenheit verwies.

Diese frische Erfahrung der europaweit ausgedehnten Epidemie hatte eine intensive Diskussion auf nationaler und internationaler Ebene in Kreisen überzeugter Impfbefürworter hervorgerufen, die sich mit Empfehlungen für die Einführung der gesetzlichen Impf- und Wiederimpfpflicht an ihre Regierungen im In- und Ausland richteten. So hatten die Ärzte Frankreichs im September 1872 in Lyon beschlossen, ihrer Regierung statt des bestehenden nur indirekten Impfwangs die Einführung der gesetzmäßigen Impfpflicht und die Gründung von Impfinstituten vorzuschlagen. In London plädierte das Royal College of Physicians für eine strenge Handhabung der Impfvorschriften der in England 1836 eingeführten obligatorischen Impfverpflichtung und in Wien erklärte 1873 der Internationale Kongress für Medizinische Wissenschaften mit großer Mehrheit die Impfung als notwendig und empfahl den Regierungen die Einführung der allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht.<sup>774</sup>

Auch in Deutschland hatte die Erörterung der Impffrage zahlreiche Impfbefürworter mobilisiert, die sich in Petitionen mit der Bitte um die Einführung der gesetzlichen Impf- und Wiederimpfpflicht an den Deutschen Reichstag wandten. Aber auch die von Impfgegnern eingereichten Eingaben mehrten sich. Sie richteten sich gegen die Einführung des allgemeinen Impfwangs und verlangten die Aufhebung der in einzelnen Staaten bestehenden Impfpflicht.

Bis etwa 1850 waren nur einzelne Personen als Impfgegner aufgetreten, die regional begrenzt gegen die Impfung agitierten. Zu ihnen gehörten etwa der württembergische Arzt Carl Georg Gottlob Nittinger oder der Leiter der Gynäkologischen Universitäts-Poliklinik in Leipzig, Friedrich Germann (1820-1878). In zahlreichen Schriften versuchten sie, gegen die Impfung und die Impfärzte vorzugehen.<sup>775</sup> Mit der Bildung von ersten Impfgegner-Organisationen ab 1869 in Leipzig und Stuttgart, und dem ersten Anti-Impfverein in Hamburg 1874

<sup>773</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 13, 16.

<sup>774</sup> Ebd., 71-72.

<sup>775</sup> Maehle, Präventivmedizin., 127-128; Trüb, Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, (1873), 73; Humm, Geschichte, 85-101: Nittinger veröffentlichte beispielsweise „Die Impfung ein Mißbrauch“ (1853), oder „Das falsche Dogma von der Impfung und seine Rückwirkung auf Wissenschaft und Staat“ (1857). Von Germann stammt „Ein offenes Wort gegen Impfung und Impfwang, gerichtet an das Königliche Sächsische Landes-Medicinal-Collegium (1873). Andere Impfgegner, wie Carl Boruttau (1837-1873), versuchten mit der Schrift „Der Impfwang und die Naturheilkunde“ (1869), oder Friedrich Becker mit „Impfen oder Nichtimpfen! Beitrag zur Lösung der großen Tagesfrage über den Impfwang und zur Behandlung der Blatternkrankheit“ (1872) die Bevölkerung zu beeinflussen.

wurde, besonders nach Inkraftsetzen des Impfgesetzes eine Bewegung in Gang gesetzt, die sich zu einem in ganz Deutschland verbreiteten Impfstreit entwickelte.<sup>776</sup>

Die ersten Petitionen, die sich gegen die Zwangsimpfung richteten bzw. die Aufhebung der in einigen deutschen Staaten bestehenden Impfpflicht forderten, waren bereits im Frühjahr 1872 in den Reichstag gelangt. Eine Intensivierung impfgegnerischer Propaganda fand besonders 1873 im Vorfeld der Debatten um die reichseinheitliche Impfrege lung und 1874 während der Beratungsphase des Gesetzentwurfs statt, die sich in 26 Petitionen nieder schlug und die Denkweise der Impfgegner dokumentierte. Es handelte sich um Gesuche aus allen deutschen Staaten, wie etwa aus Langensalza, Mannheim, Freiburg (Baden), Elberfeld, Hirschfeld oder Trebnitz, die zum Teil durch zahlreiche Unterschriften von Anhängern bestä tigt worden waren, wie beispielsweise die Eingaben aus Berlin mit 10.800 oder Hannover mit 1000 Unterschriften. Vorwiegend hatten sich nicht-ärztliche Vereine, wie etwa der hydrodiä tische Verein in Magdeburg, der schwedische Heilgymnastikverband in Berlin, der Verein für Naturheilkunde in Chemnitz oder der Verein für naturgemäße Lebensweise in Frankfurt am Main und Berlin gemeldet und in ihren Eingaben die Ablehnung des Impfwangs zum Ausdruck gebracht. Statt einer Impfung schlugen sie als Pockenprophylaxe und Behandlung die von ihnen als einzig richtige propagierte Lebensweise, ihre Heilmittel und Heilverfahren vor.

Die Petitionen enthielten Argumente gegen die Impfung, die nicht einfach zu widerle gen waren. So hieß es etwa, dass es „an einem, von der medicinischen Wissenschaft geliefer ten philosophischen Nachweise“ fehle, ob einem „Eiterprodukt“ bzw. einer „thierische[n] Krankheit“, die in den menschlichen Körper gebracht werde, „eine Heilkraft zugeschrieben werden könne“. Ebenso erbringe das Gutachten der „Medizinaldeputation“ keinen Beweis dafür, dass seit Einführung der Impfung die Sterblichkeit bei der Blatternkrankheit bedeu tend abgenommen habe. Gerade aus der Tatsache, dass die Pocken immer wiederkämen, „sei der Schluß zu ziehen, dass der Schutz des Impfens ein ganz trügerischer sei“. Das Impf dogma, das zunächst von einer einmaligen Schutzimpfung ausgegangen sei, wäre jetzt auf Wiederimpfungen bei wiederholten Pockenausbrüchen erweitert worden. Diese Tatsache be weise, dass die Impfung nichts nütze.<sup>777</sup>

Neben der angezweifelte[n] Wirksamkeit, Sicherheit und Notwendigkeit der Impfung<sup>778</sup> wurde die kritische Frage aufgeworfen, ob gesetzlich ein physischer Zwang zur Impfung auf

<sup>776</sup> Humm, Geschichte, 85-101; Helmstädter, Zur Geschichte, 19-20; Maehle, Präventivmedizin, 127.

<sup>777</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 227.

<sup>778</sup> Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 41.

die Bevölkerung ausgeübt und in die Privatsphäre des einzelnen Bürgers eingegriffen werden dürfe.<sup>779</sup>

In besonderer Weise wurde über Pocken- und Impfstatistiken diskutiert. Wegen der uneinheitlichen und zeitlich unterschiedlichen Erfassung des Datenmaterials boten die reichlich vorliegenden historischen und aktuellen Erhebungen keine ausreichende Grundlage für eine vergleichende oder verlässliche Bewertung. Sämtliche Unterlagen wiesen Lücken bzw. Unzulänglichkeiten auf und waren deshalb anfechtbar. Als fehlerhaft und manipuliert bezeichnet, wurden sie letztlich als unhaltbar abgetan.<sup>780</sup> „[A]uf welchem unsicherem Boden die Statistik im Allgemeinen“ stand, war auch den Reichstagsabgeordneten nur allzu bekannt.<sup>781</sup>

Diese Argumente, die Zweifel aufwarfen und Mängel benannten, wurde den Reichstagsabgeordneten von der im Vergleich zahlenmäßig kleinen, aber lautstark agierenden Impfgegnerschaft vor und während der Debatten vor Augen geführt. In der Verantwortung der Parlamentarier lag es nun, die vorhandenen ernsthaften Bedenken gegen die Vorteile einer Zwangsimpfung abzuwägen und um die bestmögliche Lösung zu kämpfen.

## 2.2 Der Entwurf des Gesetzes über den Impfwang im Reichstag am 5. Februar 1874

Am 5. Februar 1874 hatte der Reichskanzler den „Entwurf eines Gesetzes über den Impfwang, nebst Motiven, wie solcher vom Bundesrathe beschlossen worden, dem Reichstage zur verfassungsmäßigen Beschlußnahme“ vorgelegt. Der Entwurf basierte auf den Vorstellungen vom 15. März 1872.<sup>782</sup> Die Motive gingen auf das Gutachten der Königlich Preussischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und dem daraus resultierenden Beschluss vom 23. April 1873 zurück.<sup>783</sup> In 20 Paragraphen waren die Verpflichtung zu Erst- und Wiederimpfungen, mögliche Befreiungskriterien von dieser gesetzlichen Bindung, Strafen für Eltern bei Missachtung der Anordnungen sowie Richtlinien für Ärzte und Behörden festgelegt worden. Daran schlossen sich die Motive und Erläuterungen dazu an.<sup>784</sup>

---

<sup>779</sup> Kastner, Hermann: Der Impfwang und das Reichs-Impfgesetz vom 8. April 1874. Jena, Diss. med., Univ. Berlin 1909, hier 46-48.

<sup>780</sup> Maehle, Präventivmedizin, 130-135.

<sup>781</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 228.

<sup>782</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1872), 213-218 (Nr. 56).

<sup>783</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1872), 215-216 (Nr. 56).

<sup>784</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 22-26.

Wie nach den Vorberatungen zu erwarten, wurde in den Debatten die widersprüchliche Erörterung der Impffrage fortgesetzt, wobei sich die Auseinandersetzungen auf einige bestimmte Paragraphen konzentrierte. Die für das Gesetz einschlägigen und entscheidenden Klauseln, die bis zum Schluss Gegenstand der kontroversen Diskussion blieben und zum Teil ergänzt, geändert oder sogar verworfen wurden, sind im folgenden auszugsweise aufgeführt.<sup>785</sup> (Endgültige Gesetzesfassung siehe Anhang: Impfgesetz, Reichsgesetzblatt Nr. 996).

„§ 1: Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden:

- 1) jedes Kind, vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugniß [...] die natürlichen Blattern überstanden hat;
- 2) jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule, mit Ausnahme der Sonntags- und Abendschulen, innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das zwölfte Lebensjahr zurückgelegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugniß in den letzten zwei Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder in den letzten fünf Jahren mit Erfolg geimpft worden ist.

§ 14: Bei einem Ausbruche der Blatternkrankheit kann die zuständige Behörde anordnen, daß die Einwohnerschaft jedes von der Krankheit befallenen Ortes oder ein Theil derselben, ohne Rücksicht auf frühere Impfungen, binnen bestimmter Frist der Impfung sich zu unterziehen habe.

§ 15: Wenn ein Impfpflichtiger ohne gesetzlichen Grund der Impfung entzogen geblieben ist, und eine amtliche Aufforderung zu deren Nachholung sich fruchtlos erweist, so kann die Impfung mittelst Zuführung zur Impfstelle erzwungen werden.

§ 16: Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlene ohne gesetzlichen Grund der Impfung oder der ihr folgenden Gestellung [...] entzogen geblieben sind, werden mit Geldstrafe bis zu fünfzig Mark oder mit Haft bis zu drei Tagen bestraft.

§ 19: Ärzte, welche bei Ausführung einer Impfung gegen die Regeln ihrer Kunst handeln, werden mit Geldstrafe bis zu fünfhundert Mark oder mit Gefängnißstrafe bis zu drei Monaten bestraft.<sup>786</sup>

Nicht nur über Paragraphen des Gesetzentwurfs wurde heftig diskutiert, sondern auch über den teilweise strittigen und fragwürdigen Inhalt der dem Gesetzentwurf beigelegten Motive und Erläuterungen. Weil in den Debatten wiederholt darauf Bezug genommen wurde, sind die

<sup>785</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 22-26.

<sup>786</sup> Ebd., 22-23.

vier Aspekte, die als Resultat wissenschaftlicher und praktischer Untersuchungen durch die Königliche Preußische Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in den Jahren 1872 und 1873 formuliert wurden, im folgenden aufgeführt:

- „1. die Sterblichkeit hat bei der Blatternkrankheit seit Einführung der Impfung bedeutend abgenommen;
2. die Impfung gewährt für eine gewisse Reihe von Jahren einen möglichst großen Schutz gegen diese Krankheit;
3. die wiederholte Impfung tilgt ebenso sicher für eine längere Zeit die wiederkehrende Empfänglichkeit für die Krankheit und gewährt einen immer größeren Schutz gegen deren tödtlichen Ausgang;
4. es liegt keine verbürgte Thatsache vor, welche für einen nachtheiligen Einfluß der Impfung auf die Gesundheit der Menschen spricht.“<sup>787</sup>

Die kritische Lesart offenbart die behutsame Formulierung der Resultate der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Einerseits lieferten diese nicht präzisen Aussagen der Opposition Ansatzpunkte zur Kritik und Gelegenheit zur Verbreitung von Unsicherheit. Andererseits boten aber gerade diese Angriffe den Impfbefürwortern die Möglichkeit für eine umfassende Aufklärung.

### **3 Die Debatten im Deutschen Reichstag: Vom Entwurf „Gesetz über den Impfwang“ zum „Impfgesetz“**

#### **3.1 Die kontroverse Debatte und ihre Kontrahenten**

Mit dem Gesetzentwurf waren die vier Jahre dauernden Vorarbeiten abgeschlossen. Nun lag die Verantwortung für die Impfrege lung beim Plenum des Reichstags. Die entscheidende Phase für die gesetzliche Regelung der Pockenschutzimpfung begann am 18. Februar 1874. In drei Beratungen wurde der Gesetzentwurf über den Impfwang im Deutschen Reichstag verhandelt. An den Reichstagsdebatten über das Impfgesetz nahmen etwa 75 Prozent der Abge-

---

<sup>787</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 24.

ordneten teil.<sup>788</sup> Die Regierung wurde vertreten vom Bevollmächtigten zum Bundesrat für das Königreich Bayern, Ministerialrat Emil Freiherr von Riedel (1832-1906), und vom Bundeskommissarius, dem kaiserlichen Regierungsrat Rudolf Arnold Nieberding (1838-1912). Am 16. März 1874 kam es zur definitiven Beschlussfassung des Impfgesetzes, das am 1. April 1875 in Kraft gesetzt wurde.<sup>789</sup>

Zur Entscheidungsfindung jedes einzelnen Abgeordneten war eine umfassende Berichterstattung und Aufklärung im Plenum unabdingbar, weil ein Gesetz mit weittragender Bedeutung für die gesamte Bevölkerung des Reiches ausgearbeitet werden sollte. Diesen Part übernahmen die an der Reichstagsdebatte aktiv teilnehmenden zwanzig Abgeordneten mit ihren Diskussionsbeiträgen. Getragen jedoch wurde die Diskussion in erster Linie von vier Abgeordneten, die sich des Impfproblems in besonderer Weise angenommen hatten. Engagiert und überzeugt traten sie im Reichstag auf, um Ihre Für und Wider zur zwangsweisen Impfung vor dem Parlament darzustellen.

Als eifrigste Befürworter des Impfwangs brachten die Ärzte Wilhelm Löwe und August Zinn den größten Einsatz. Für sie galt es, die Mehrheit der Abgeordneten vom Nutzen der Impfung und der Notwendigkeit des Impf- und Wiederimpfwangs zu überzeugen.

Als Impfwanggegner traten der Jurist August Reichensperger und der SPD-Funktionär Otto Reimer auf. Diese beiden Abgeordneten hatten sich mit der Impfproblematik intensiv auseinandergesetzt, da sie den statistischen Angaben grundsätzlich misstrauten. Deshalb warnten sie eindringlich vor allen ungeklärten Impfkomplicationen, wie Nebenwirkungen, Krankheitsübertragungen und unbefriedigenden Impferfolgen. Nach ihrer Meinung würde die Bevölkerung nicht nur diesen Impfrisiken und einer hohen Gewissensbelastung ausgesetzt, sondern auch der persönlichen Freiheit beraubt, weshalb sie versuchten, den Impfwang abzuwenden bzw. die Impfbestimmungen und Strafregelungen auf ein Mindestmaß an Belastung einzugrenzen.

Das gemeinsame Ziel für Befürworter und Gegner musste dennoch schließlich sein, für alle annehmbare einheitliche Impfbestimmungen auszuhandeln, die den bestmöglichen Impfschutz bei geringster Beeinträchtigung der Bevölkerung garantierten.

---

<sup>788</sup> Mommsen, Wilhelm: Deutsche Parteiprogramme. München 1964, hier 824: 1874 gehörten 397 Abgeordnete dem Reichstag an. Beim Vergleich mit den namentlichen Abstimmungen, die zu einzelnen Paragraphen durchgeführt wurden, ergaben sich etwa 75 %.

<sup>789</sup> Sten.Ber. I (1874), 102-110; 226-252; 255-273; 336-362, besonders 362.

Die Verteidigung ihrer gegensätzlichen Positionen, der sich diese vier Abgeordneten in der kontroversen Impfdebatte überzeugend stellten und damit dem Impfgesetz eine maßgebliche Prägung verliehen, warf zu ihren Persönlichkeiten und zum Hintergrund ihres Handelns einige Fragen auf: Von welchen Beweggründen wurden diese „Hauptakteure“ geleitet, dass sie während der parlamentarischen Diskussion eine Führungsrolle übernahmen und sich in so hohem Maß zur Umsetzung ihrer Ziele engagierten? Sahen sie in der Debatte um das Impfgesetz Forum und Chance für die Durchsetzung von Parteidoktrinen? Ging es ihnen um Geltung und Ansehen? Lag ihrem Handeln reine persönliche Überzeugung und/oder die Verantwortung als Wählerbeauftragte zugrunde?

Zum Aufschluss dieser Fragen wurde von den hoch motivierten Impfwangbefürwortern Wilhelm Löwe und August Zinn und ihren ebenso engagierten Widersachern, den Impfwanggegnern August Reichensperger und Otto Reimer, das private und berufliche Umfeld sowie ihr parteilicher Werdegang untersucht und die in harter Auseinandersetzung um das Impfproblem vorgetragenen Inhalte und Argumente ihrer Reden näher beleuchtet und analysiert. Daraus ergab sich beim Vergleich ihrer Standpunkte eine bemerkenswerte Übereinstimmung sowohl mit den Werten und Wesenszügen ihres beruflichen und sozialen Umfelds, als auch mit der Programmatik ihrer Parteien, von der sie seit früher Jugend geformt worden waren.

### **3.1.1 Die Befürworter des Impfwangs**

#### **3.1.1.1 Wilhelm Löwe (1814-1886)**

Wilhelm Löwe als der ehrgeizigste und überzeugteste Verteidiger der Pockenschutzimpfung war maßgeblich an den Vorarbeiten beteiligt und übernahm bereits im April 1870 die Rolle des Wortführers. Mit einer beeindruckenden Stellungnahme im Reichstag hatte er damals bereits erreicht, dass die Abgeordneten für „den Antrag des Herrn Kollegen Götz, die Pockenimpfung betreffend“ stimmten.<sup>790</sup> Dank seines Einsatzes waren die schleppenden Vorarbeiten vorangetrieben worden. In der Debatte vermochte der „Sachverständige“ auch den nicht medizinisch gebildeten Parlamentariern die Vorteile der Pockenschutzimpfung und des Impfwangs zu vermitteln. Dabei halfen ihm seine Erfahrungen als Arzt und als versierter Politi-

---

<sup>790</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 687-698, besonders 693f, und Sten.Ber.NB Anl. 2 (1870), 1-12 (Nr. 89).

ker, so dass er schließlich die Mehrheit der Reichstagsabgeordneten von der Notwendigkeit einer gesetzlichen Verpflichtung zur Vakzination und Revakzination überzeugen konnte.

Wilhelm Löwe wurde am 14. November 1814 als Sohn eines Küsters und Kantors in Olvenstedt bei Magdeburg geboren und wuchs in einer kinderreichen Familie auf. Er hatte sich entschlossen, Arzt zu werden, so dass er nach Beendigung seiner Gymnasialzeit im Domgymnasium in Magdeburg die medizinische Lehranstalt besuchte. Im Alter von 20 Jahren legte er die staatliche Prüfung als Wundarzt ab und diente drei Jahre als Kompanie-Chirurg. Anschließend studierte er in Halle Medizin, promovierte und praktizierte von 1840 bis 1849 in Calbe. Während dieser Zeit erlebte er die Wirtschaftskrise 1846 und deren Auswirkungen auf die Bevölkerung. Viele Calber Familien, die wegen besserer Lebensaussichten zur Emigration nach Amerika gezwungen waren, kannte er persönlich aus seiner ärztlichen Praxis. Diese Erfahrungen veranlassten ihn, politisch aktiv zu werden mit dem Ziel, an der Verbesserung der Lebenslage der arbeitenden Bevölkerung mitzuwirken. Er engagierte sich in „Disputierklubs“, gründete in Calbe einen als Bibliotheksverein getarnten verbotenen politischen Verein und organisierte Vorträge demokratischen Inhalts. In erster Linie wurde die soziale Lage der Fabrikarbeiter kritisch beleuchtet sowie die Einheit Deutschlands und bürgerliche Freiheiten gefordert. Im Jahre 1848 wurde Löwe als Abgeordneter der Wahlkreise Calbe und Jerichow I in die Frankfurter Nationalversammlung delegiert. Er gehörte den „Linken“ Liberalen an, die, wie die Mehrheit der deutschen Liberalen, den „kleindeutschen“ Weg und eine konstitutionelle Monarchie mit preußischer Spitze unterstützten.<sup>791</sup> Nachdem der preußische König Friedrich Wilhelm IV. die Kaiserkrone abgelehnt hatte, verließ die Mehrzahl der 600 Abgeordneten auf Abruf ihrer Landesregierungen die Frankfurter Nationalversammlung. Löwe war weiterhin von der Durchsetzung der Reichsverfassung überzeugt und gehörte zu den etwa 130 übriggebliebenen Abgeordneten, die ihren Sitz als „Rumpfparlament“ nach Stuttgart verlegten. Dort wurde er am 6. Juni 1849 zum ersten Präsidenten gewählt. Das Rumpfparlament war

---

<sup>791</sup> Weiß, Das Stuttgarter Rumpfparlament 1849, 106-107.

Schmidt, Walter; Becker, Gerhard: Illustrierte Geschichte der deutschen Revolution 1848/49. Berlin 1973, hier 134-137.

magdeburg-jk.de: aus: Magdeburger General-Anzeiger Am Sonntag, 11. Februar 2001, 2:

Die Frankfurter Nationalversammlung bestand aus etwa 600 Abgeordneten. Parteien mussten sich erst formieren. Es bildeten sich drei Hauptrichtungen heraus mit verschiedenen Fraktionen, die den Namen ihres Tagungsortes übernahmen: 1) Eine halbfeudale Fraktion, „Milani“, die kaum Einfluss gewann. 2) Eine starke Mitte mit den Fraktionen „Casino“ und „Württembergischer Hof“, die aus einer konstitutionell-liberalen, kompromisslerischen Mehrheit bestand und sich gegen eine demokratische Republik und revolutionäre Volksbewegung aussprach und ein Zusammenwirken von Monarchie und deutschen Bundesstaaten anstrebte. 3) Innerhalb dieser „Mitte“ befanden sich etwa 100 bürgerliche Demokraten, die sich in den Fraktionen „Deutscher Hof“ und „Donnersberg“ zusammenschlossen. Letzterer Fraktion gehörte Löwe an. Diese Abgeordneten vertraten eine gemäßigte, parlamentarisch orientierte Richtung mit dem Ziel, einen deutschen Nationalstaat unter der Führung Preußens zu bilden.

jedoch durch die wieder erstarkende Reaktion nur kurzlebig und wurde bereits am 18. Juni 1849 von der württembergischen Regierung unter Einsatz von Militär aufgelöst.<sup>792</sup> Obwohl die Haltung des „Rumpfparlaments“ linksliberal war und „starke republikanische Tendenzen“ zeigte, waren die Abgeordneten nicht über die Forderung der Reichsverfassung hinausgegangen, eine konstitutionelle Monarchie zu verwirklichen. Trotzdem wurden 87 der 116 Mitglieder strafrechtlich verfolgt, darunter auch Löwe.<sup>793</sup> Um der Verhaftung zu entkommen, floh er zunächst in die Schweiz und emigrierte danach in die USA. Im Jahre 1861, nach der Amnestie der „1848er“, kehrte er nach Calbe zurück und wurde 1863 wieder politisch aktiv, nun in der Fortschrittspartei. Er gehörte von 1873 bis 1876 dem Preußischen Abgeordnetenhaus an. Ab 1871 bis 1881 war er Mitglied des Deutschen Reichstags, von 1873 bis 1875 Vizepräsident.<sup>794</sup>

Bei der ersten Beratung zum Gesetzentwurf des Impfgesetzes am 18. Februar 1874 würdigte Löwe den Entwurf als solchen und erläuterte die darin enthaltenen Prinzipien. Dabei bezog er sich auf die Grundsätze, dass „der Staat die Pflicht hat, seine Einwohner zu schützen gegen eine schwere Seuche, [...] viele Leben zu erhalten [...], eine Masse von dauerndem Siechthum, eine Masse von Verlusten der Sinnesorgane zu verhüten, die dieser Krankheit folgen und die die Arbeitsfähigkeit derjenigen, die derselben unterworfen sind, auf das Schwerste beeinträchtigen. [...] Es handelt sich [...] um die Erhaltung einer unabsehbaren Reihe von Arbeitskräften und Arbeitstagen, welche den Einzelnen zum erhöhten Lebensgenuß helfen und der Gesellschaft wie dem Staate zu ihrer weiteren Entwicklung von höchstem Werth sind. [...] Das ist der Rechtsstandpunkt [...] und diesem gegenüber sind die Einwendungen, die gegen das Gesetz vom Standpunkt der persönlichen Freiheit gemacht werden, hinfällig, denn der Staat hat die Pflicht, die Freiheit des Einzelnen soweit einzuschränken, als es das wohl erkannte Interesse der Gesammtheit verlangt.“<sup>795</sup>

Die Ausführungen Löwes entsprachen seiner Lebensanschauung und politischen Denkweise: Als Mitglied der Fortschrittspartei, deren Vorsitzender übrigens Rudolf Virchow

---

<sup>792</sup> Weiß, Das Stuttgarter Rumpfparlament 1849, 66-77.

<sup>793</sup> Weiß, Das Stuttgarter Rumpfparlament 1849, 89-92: Das Strafmaß in den einzelnen Bundesstaaten war unterschiedlich für die Beteiligung am Stuttgarter Parlament. Als häufigster Vorwurf, der als Hochverrat eingestuft wurde, galt, dass der Rückruf aus der Nationalversammlung von seiten der Regierungen nicht beachtet worden war. Etwa 70% der Mitglieder der Fraktion „Donnersberg“ waren betroffen. Etwa die Hälfte flüchtete in die Schweiz. Außer Löwe emigrierten zwölf weitere Mitglieder in die USA.

<sup>794</sup> Aldenhoff, Schulze-Delitzsch, 1311-39 und 147-148: Löwe wurde im Juni 1863 in den neunköpfigen Ausschuss des „Vereins für Wahrung der verfassungsmäßigen Preßfreiheit in Preußen“ gewählt. Schulze-Delitzsch hatte diesen Verein gegründet, nachdem eine Verordnung über das dauernde oder zeitweise Verbot von Zeitungen und Zeitschriften erlassen worden war. 1863 wurde Löwe Mitglied in der unter Mitwirkung von Schulze-Delitzsch neu gegründeten Fortschrittspartei, die er 1874 verließ und sich 1884 den Nationalliberalen anschloss.

<sup>795</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 103.

war, hatte er die Grundsätze verinnerlicht, wie sie ganz besonders der Partei-Mitbegründer Hermann Schulze-Delitzsch<sup>796</sup> im Arbeiterkatechismus 1863 verankert hatte. Der Staat könne, hieß es darin, die Arbeiterfrage nicht lösen, jedoch durch entsprechende Einrichtungen erleichtern. Die Verbesserung der Lage der Arbeiter könne nur durch Belebung und Stärkung auf wirtschaftlichem Gebiet geschehen. Da die Menschen die Träger des wirtschaftlichen Organismus seien, müsse man sich der Aufgabe stellen, jeden Einzelnen in seiner Entwicklung und Ausbildung zu fördern mit dem Ziel, ihn zur Selbsthilfe zu erziehen. Dazu gehörten „die Pflege der geistigen, sittlichen und körperlichen Anlagen“. Mit der Förderung der Arbeiterbildung müssten die „Bildungsbestrebungen“ der Arbeiter unterstützt werden, wobei die „Einwirkung des Staates“ für eine bessere Schulbildung zu beanspruchen sei. Das „Recht auf Erziehung“ als das „erste aller Grundrechte des Menschen“ wurde gefordert und der „Schulzwang und die Obsorge des Staates für die Schule“ verlangt. Denn nur mit „geistigem Gesamtkapital“ könne sich der Arbeiter befreien und sich ohne fremde Mitwirkung selbst helfen und sich am sichersten einen materiellen Besitz ermöglichen.<sup>797</sup>

Der Jurist Schulze, der von 1841 bis 1846 Patrimonialrichter über mehrere Rittergutsbezirke in seiner Heimat war, hatte die Sorgen der Arbeiter und Handwerker kennengelernt. Für ihre Unterstützung initiierte er im August 1849 in Delitzsch eine Kranken- und Sterbekasse. Später gründeten betroffene Handwerker nach seinem Beispiel und Modell und mit seiner Unterstützung Rohstoffgenossenschaften, so dass sich eine breite Genossenschaftsbewegung entwickelte. Die Genossenschaften sollten in einer Art „Selbstregierung“ und „Verwaltung“ für „Gemeinsinn“ und den „Sinn für das öffentliche Wohl“ in Selbsthilfe und Selbstverantwortung sorgen.<sup>798</sup>

Den Sinn für das öffentliche Wohl versuchte Löwe 25 Jahre später in der Impfdebatte bei den Abgeordneten des Reichstags zu wecken: „Dieses Gesetz entspricht unseren Sitten, entspricht unseren Bedürfnissen, und so vollziehen Sie nur einen Akt der Gerechtigkeit zum Schutz des wahren Wohles des Volkes, wenn Sie ein solches Gesetz annehmen.“<sup>799</sup>

Während der Debatten bewies Löwe neben seiner medizinischen Kompetenz auch großes politisches Geschick, indem er konkrete verwaltungs- und impftechnische Änderungs- und Verbesserungsvorschläge zur Gesetzesvorlage vorbereitete und damit Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit leistete. Bei der Ausarbeitung und wegen der nicht unerheblichen Un-

<sup>796</sup> Franz Hermann Schulze, geb. am 29. August 1808 in Delitzsch, gest. am 29. April 1883 in Potsdam.

<sup>797</sup> Mommsen, Deutsche Parteiprogramme, 135-141.

<sup>798</sup> Aldenhoff, Schulze-Delitzsch, 80, 97.

<sup>799</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 105.

stimmigkeiten während der Debatten wurde er von einer „freien Kommission“ unterstützt, die die entsprechenden zahlreichen Abänderungsvorschläge als „Amendements Winter und Kollegen“ nach Beratung dem Reichstag erneut vorlegten.<sup>800</sup>

Einem der vorrangigsten Kritikpunkte der Impfgegner, dem Problem des mangelnden Vorrats genügend guter Impflymphe, trat er geschickt entgegen: Weil „das Publikum nicht sicher gegen schlechte Lympe zu sein glaubt, die entweder unwirksam ist, wo also nur eine scheinbare Impfung vollzogen wird, oder mit der sogar Krankheitsstoff übertragen wird“, forderte er die Festschreibung der staatlichen Verpflichtung, die in §9 verankert wurde: „Die Landesregierungen haben [...] dafür zu sorgen, dass eine angemessene Anzahl von Impf-Instituten zur Beschaffung und Erzeugung von Schutzpocken-Lympe eingerichtet werde [...]. Die Impfinstitute geben die Schutzpocken-Lympe an die öffentlichen Impfarzte unentgeltlich ab und haben über Herkunft und Abgabe derselben Listen zu führen.“<sup>801</sup>

Den offenen Vorwürfen gegen nachlässige Ärzte trat er mit dem Anspruch an seine Kollegen entgegen, dass sie mit „sachverständigem Auge“ und „vorsichtigem Impfen“ etwaigen Impffehlern vorbeugten. Auch die wegen der begrenzten Dauer des Impfschutzes zwangsweise Wiederimpfung im 12. Lebensjahr stand für ihn außer Frage.<sup>802</sup> Unmissverständlich äußerte er sich dazu, dass diese zur besseren Kontrolle im schulpflichtigen Alter stattfinden sollte, „wo nicht irgend ein renitenter Vater oder Vormund“ sein Kind vorzeitig ohne Impfung aus der Schule nehmen könnte.<sup>803</sup>

Löwe konnte bereits in der zweiten Beratung erste Erfolge verzeichnen: Mit der Annahme des „Schlüssel“-Paragraphen 1 war die größte Hürde für das Impfgesetz genommen: Mit der beantragten namentlichen Abstimmung wurde §1 mit 183:119 Stimmen angenommen.

"§ 1: Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden:

1) jedes Kind, vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugniß [...] die natürlichen Blattern überstanden hat;

<sup>800</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 241-249 und Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 7, 22-23, 78 und 273: Bei den §§ 2, 3 und 6 des Gesetzentwurfs wurden Zusätze eingebracht, z.B. dass die Beurteilung über den Gesundheitszustand eines Impfpflichtigen (§2) oder über den Erfolg einer Impfung (§3) ein Impfarzt zu entscheiden habe, oder dass bei §6 die einzurichtenden öffentlichen Impfstellen der Kontrolle eines Impfarztes unterliegen, die behördliche Anonymität „Impfstelle“ aufgehoben und die persönliche Verantwortung eines Impfarztes bzw. Arztes festgelegt wurde. Außerdem sollten nur noch Impfarzte und Ärzte zum Impfen befugt sein (§9 des Entwurfs bzw. §8 des Gesetzes).

<sup>801</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 103-105, 252 und Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 7, 23, 242, 273.

<sup>802</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 7, 24 (2) und 3) der Motive).

<sup>803</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 104-105.

2) jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule, mit Ausnahme der Sonntags- und Abendschulen, innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das zwölfte Lebensjahr zurücklegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugniß in den letzten zwei Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder in den letzten fünf Jahren mit Erfolg geimpft worden ist.“<sup>804</sup>

Die Paragraphen 14 und 15, die die allgemeinen Zwangsimpfungen für Erwachsene und die Strafbestimmungen bei Impfverweigerung behandelten, stellten sich als die schwierigsten heraus. Im Laufe der Debatte kam es zunächst zu einschränkenden Strafregelungen des §15, die §14 zugeordnet wurden und §15 überflüssig machten. Nach erneuter ausführlicher Diskussion des kritischen §14 wurde dieser schließlich verworfen, bestehende bundesstaatliche Regelungen jedoch durch eine von Löwe eingebrachte Ergänzung des §18 aufrechterhalten.

Die zur Diskussion stehenden §§ 14 und 15 lauteten:

„§14: Bei einem Ausbruche der Blatternkrankheit kann die zuständige Behörde anordnen, dass die Einwohnerschaft jedes von der Krankheit befallenen Ortes oder ein Theil derselben, ohne Rücksicht auf frühere Impfungen, binnen bestimmter Frist der Impfung sich zu unterziehen habe.

§ 15: Wenn ein Impfpflichtiger ohne gesetzlichen Grund der Impfung entzogen geblieben ist, und eine amtliche Aufforderung zu deren Nachholung sich fruchtlos erweist, so kann die Impfung mittelst Zuführung zur Impfstelle erzwungen werden.“<sup>805</sup>

Trotz seines Enthusiasmus' war Löwe als erfahrener Politiker realistisch genug, um abwägen zu können, wo Grenzen für seine Ziele zu erwarten waren. Das Gesamtkonzept des Impfgesetzes enthielt für die Ausübung des Impfwangs Strafbestimmungen für Impfsäumige und -verweigerer.

Löwe hielt einerseits die Bestimmung in §15 des Entwurfs, wonach bei Erwachsenen „die Impfung mittels Zuführung zur Impfstelle erzwungen werden“ sollte, als überzogen und nicht durchführbar und erklärte, „dass von einer eigentlichen Zwangsimpfung nicht die Rede sein könne“ und niemand von den in seinem Umfeld bekannten Ärzten „zwangsweise die Impfung etwa an einem Gefesselten [...] vollziehen würde.“<sup>806</sup> Andererseits sollten die in mä-

<sup>804</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 239-241 und Sten.Ber. Anl. 3 (1874), 22-23; 182.

<sup>805</sup> Sten.Ber. Anl. 3 (1874), 184.

<sup>806</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 256-264, bes. 256 und Sten.Ber. Anl. 3 (1874), 184.

ßiger Höhe vorgesehenen Strafen als Instrument dienen, um „Leichtsinnigen, Zerstreuten, Nachlässigen, Prinzipienreitern und Renommisten mit absonderlicher Meinung“ entgegenzutreten zu können. Die zähe Diskussion konnte schließlich mit der Annahme des Amendements von Eduard Lasker (1829-1884),<sup>807</sup> beendet werden, nach dessen Auslegung die vorgeschlagenen Strafen „das einzige Mittel [waren], um Erwachsene zu veranlassen, dass sie den Vorschriften [...] Folge geben werden“. Anstelle eines Zwangs erfolgten nun „Strafen“ und von einer „Zwangs“-Impfung konnte nicht mehr die Rede sein.<sup>808</sup> Die Strafbestimmungen wurden §14 zugeordnet und §15 wurde aufgehoben. Der Zusatz zu §14 lautete nun:

„Wer diese Frist ohne gesetzlichen Grund versäumt und eine amtliche Aufforderung zur Nachholung der Impfung nicht befolgt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bis zu 14 Tagen bestraft.“<sup>809</sup>

Offensichtliche Zweifel über den §14 zeigten sich, als eine Abstimmung nach Augenschein unklar blieb und man sich deshalb zu einer namentlichen Abstimmung entschloss. Das Ergebnis fiel mit nur 151 Ja-Stimmen gegenüber 138 Gegenstimmen entsprechend knapp aus.<sup>810</sup>

Paragraph 14 blieb weiterhin umstritten, so dass es in der dritten Lesung zu einer erneuten ausführlichen Diskussion kam. Besonders anmaßend wurde von Impfgegnern empfunden, dass mögliche Wiederholungsimpfungen bei Erwachsenen willkürlich angeordnet werden konnten, und zwar von einer während einer Pockenepidemie möglicherweise überforderten Instanz. Einer solchen Regelung war größtes Misstrauen entgegenzubringen, vor allem aber konnte sie jeden Abgeordneten ganz persönlich treffen. Die Reaktionen darauf blieben nicht

---

<sup>807</sup> Eduard Lasker (1829-1884) stammte aus einer wohlhabenden Fabrikantenfamilie in Posen. Er besuchte als „Jizchak“ Lasker zunächst die Talmudschule, später das Breslauer Gymnasium (Namenswechsel) und schloss von 1846 bis 1850 ein Jurastudium an. Während der Revolution 1848 gab er eine eigene Zeitung („Der Socialist“) heraus. Nach einem mehrjährigen Aufenthalt in London (1853 bis 1856) kehrte er 1857 nach Berlin zurück, betätigte sich als Journalist und schrieb in den „Deutschen Jahrbüchern“ über das Problem „Polizeistaat und Rechtsstaat“. Von 1865 bis 1879 war er Mitglied des preußischen Abgeordnetenhauses, seit 1867 gehörte er als Nationalliberaler dem Reichstag an. Er galt als kompetenter Abgeordneter zu Themen aller Art. An der einheitlichen Neugestaltung der Verfassung und der Gerichtsverfahren war er maßgeblich beteiligt. Als einziger Nationalliberaler stimmte er gegen die „Kulturkampf“-Gesetze. 1873 wurde er Ziel antisemitischer Angriffe, die in der „Kreuzzeitung“ veröffentlicht wurden. Im Reichstag nahm er Einfluss auf die Finanz- und Zollpolitik Bismarcks. 1880, als sich die Nationalliberalen dem Kurs des Kanzlers, dem er oft „die Suppe versalzen“ hatte, anschloss, verließ Lasker seine Fraktion und begann mit der Fortschrittspartei zusammenzuarbeiten. Er veröffentlichte eigene Vorträge über „Wege und Ziele der Culturentwicklung“ (1881). 1883 trat er völlig erschöpft eine Erholungsreise in die USA an und verstarb dort. DBE 6 (1997), 256.

<sup>808</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 255-264.

<sup>809</sup> Ebd., 264.

<sup>810</sup> Ebd., 262.

aus. Bei der erneuten namentlichen Abstimmung kam es zu einem Ergebnis von 141 Nein- gegenüber 140 Ja-Stimmen. Das bedeutete die Verwerfung des §14.<sup>811</sup>

Durch dieses Resultat war eine äußerst heikle Situation entstanden: Auch die bereits in einzelnen Bundesstaaten bestehenden gesetzlichen Zwangsimpfungen, die bei Ausbruch einer Pockenepidemie durchgeführt werden sollten, würden nun wegfallen. Diesen fatalen „Rückschritt“ rettete Löwe, indem er einen Zusatzantrag einbrachte, der nach längerer Diskussion über die Rechtslage durch namentliche Abstimmung mit einem Ergebnis von 160:122 angenommen und dem §18 des Gesetzes angefügt wurde.

Der Zusatzpassus zu §18 lautete:

„Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Bestimmungen über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pockenepidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.“<sup>812</sup>

Löwes außerordentlicher Einsatz darf als ausschlaggebender Beitrag zur Verwirklichung der einheitlichen gesetzlichen Regelung der Impffrage gewertet werden.

### 3.1.1.2 August Zinn (1825-1897)

August Zinn, der sich als zweiter Abgeordneter in herausragender Weise für die einheitliche obligatorische Impfrege lung einsetzte, ist ein wesentlicher Anteil am Zustandekommen dieses Gesetzes zu verdanken.

Zinn ging in seinen Ausführungen während der Debatten besonders auf die Argumente der Impfgegner ein, behandelte diese Punkt für Punkt und gab dazu sachliche Erklärungen und umfängliche Informationen. So sei grundsätzlich unbestreitbar, kommentierte er, dass „im vorigen Jahrhundert ein Zehntel der Menschen an den Pocken starben und ein anderes Zehntel ent stellt wurde, [und] die Mortalität im Ganzen seit Einführung der Kuhpockenimpfung be deutend abgenommen [habe]“.<sup>813</sup> Er erläuterte umfassend statistische Ergebnisse und die Ermittlung von Todesfällen vor und nach der Einführung der Impfung, verglich die Zahl der Erkrankungen bei Geimpften und Ungeimpften und betonte besonders die Impferfolge bei

<sup>811</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 261-264, 341-348, Abstimmung 346-348.

<sup>812</sup> Ebd., 351-357, bes. 351.

<sup>813</sup> Ebd., 109.

Armeen und, aufgrund einer neuen Studie, im Pockenhospital Hannover in der Zeit von 1865 bis 1871.<sup>814</sup> Direkt und deutlich griff er die Impfgegner an, die ohne Grund „überhaupt die Impfung als schädlich betrachteten“. Er bemängelte, dass ihre „Sprache der nüchternen, objektiven Beobachtung“ entbehrte und sie sich von „Gefühlerregungen“ leiten ließen. Gerade wirklichkeitsfremden Äußerungen müssten Ärzte mit Offenheit entgegentreten. Nicht selten lese man in Eingaben: „Der Kinder und Frauen liebliche Rosenfarbe verwandelt sich häufig in die schmutzig grüngelbe graue Farbe des Kuheiters, dass die Schönheit der deutschen Frauen und Mädchen untergraben und ihre Hautfarbe verändert ist [...] Der Todtenhof erzählte [...], dass er in einem Zeitraum von kaum vier Monaten 27 solcher Blumen in seinen kühlen Schoß aufgenommen habe [...]“<sup>815</sup> Es dürfte keinesfalls verleugnet werden, „dass die Möglichkeit vorliegt, gewisse Krankheitsstoffe“ zu übertragen. Man müsste die Bevölkerung aufklären, dass durch gute Impftechnik und ohne Leichtfertigkeit und grober Ungeschicklichkeit der Ärzte die Schäden auf ein Minimum reduziert werden könnten.<sup>816</sup>

Zinn warb um Vertrauen in die Impfung, indem er seine persönliche Situation schilderte: Als Direktor der kurmärkischen Landesirrenanstalt in Neustadt-Eberswalde seien er und seine Familie schon zehnmal wiedergeimpft worden. Die wiederholten Impfungen wären zum Schutz vor der eminenten Gefahr der Ansteckung und Weiterverbreitung notwendig gewesen, der er und seine Familie bei jeder neuen Einlieferung eines Pockenkranken ausgesetzt gewesen seien. Deshalb, betonte Zinn, sei „der Hauptvorteil der Gesetzesvorlage, daß sie diesen Zwang auch für die Revaccination einführen will“.<sup>817</sup> Ausdrücklich betonte er, dass die zahlreichen Wiederimpfungen bei allen Familienmitgliedern ohne jegliche Komplikationen verlaufen seien und sprach damit einen der wichtigsten Gründe an, die von Impfgegnern als Motiv gegen die Impfung verwendet wurden. Nicht selten führte die Angst vor Nebenwirkungen und Übertragung anderer Krankheiten bei Unkundigen zur Impfverweigerung.

Durch unermüdliche Aufklärung suchte August Zinn das Plenum zu überzeugen, um „durch Annahme dieser Gesetzesvorlage dafür zu sorgen, daß auch künftige Generationen in unserem

---

<sup>814</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 235. So führte Zinn an, dass in Kopenhagen von 1751-1800 vor Einführung der Impfung 3.128, nach Einführung von 1807 bis 1850 nur 286 Menschen an Blattern starben. Ausführlicher waren seine Beispiele von Erkrankungsfällen in Österreich, Ostpreußen oder Frankreich. Auch machte er auf andere Kriterien, wie Unvollständigkeit, Unzuverlässigkeit in der Meldepflicht oder Wirkungslosigkeit der vorgenommenen Impfungen aufmerksam, die fehlerhaft in Statistiken eingehen konnten. Maehle, Präventivmedizin, 130-135, Matzel, Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg, 8.

<sup>815</sup> Ebd., 109-110.

<sup>816</sup> Ebd., 237.

<sup>817</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 237 und Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 7, 22-23 (§1, Abs.2 und §14).

deutschen Reiche nichts mehr [von der früheren Blatternnot] erfahren“.<sup>818</sup> Nach seinem Bekenntnis beruhten seine Motivation auf der Erfahrung seiner frühen politischen Aktivitäten, seiner fortdauernden Einstellung als „Fortschrittler“ und seiner tiefen Überzeugung als Arzt in die „medizinische Wissenschaft“:

Der Pfarrerssohn Friedrich Karl August Zinn, geboren am 20. August 1825 in Ilbesheim, war zunächst Forstbeamter, wurde aber wegen seiner Beteiligung als pfälzischer Freischärler am Badisch-Pfälzischen Aufstand im Juni und Juli 1849 verfolgt. Er flüchtete in die Schweiz, die eine liberale Asylpolitik betrieb und annähernd 10.000 politische Flüchtlinge, darunter 900 Pfälzer aufnahm. Nachdem er im Schweizer Asyl eine Zeitlang als Volksschullehrer beschäftigt war, nahm er in Zürich das Medizinstudium auf und schloss dieses 1853 mit der Promotion ab. Danach war er als Assistenzarzt in der Irrenabteilung des Züricher Kantonsspitals tätig. Drei Jahre später ließ er sich in Thalwil bei Zürich als praktischer Arzt nieder. Nach weiteren Studien in Illenau, Wien und Prag nahm er 1864 die Stelle als Direktor der Irrenanstalt St. Pirminsberg des Kantons St. Gallen an. Ein Jahr später, 1865, gründete er den ersten Hilfsverein für entlassene Geisteskranke. Während die meisten verfolgten politischen Flüchtlinge nach der Amnestie der „1848er“ bereits 1862 die Schweiz verlassen hatten, kehrte Zinn erst 1872 nach Deutschland zurück, als er zum Direktor an die kurmärkische Landesirrenanstalt Neustadt-Eberswalde berufen wurde. Im Jahre 1879 wurde er Geheimer Sanitätsrat und 1882 Landes-Medizinalreferent für die Provinz Brandenburg. Von 1872 bis 1884 gehörte er als Vorstandsmitglied dem Verein der deutschen Irrenärzte an. 1884 wurde Zinn in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina gewählt. Er starb am 17. November 1897 in Eberswalde. Zinn gilt als „Reformator des preußischen Irrenwesens“.<sup>819</sup> Als Abgeordneter der Fortschrittspartei gehörte er ab 1874 dem Deutschen Reichstag an.<sup>820</sup>

Zinn verfolgte grundsätzliche Inhalte seiner Fortschrittspartei und sah darin die Lösung für eine aufgeschlosseneren Haltung gegenüber der Impfung: Dass sich ein Teil der Bevölkerung durch unwissenschaftliche und polemisierende Aussagen von Impfgegnern beeinflussen und verunsichern ließe, könne man nur durch eine bessere Bildung beheben. „Das Maß von Ver-

<sup>818</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 237.

<sup>819</sup> 1884 veröffentlichte Zinn „Die öffentliche Irrenpflege in Preussen“.

<sup>820</sup> Paul, Roland: Pfälzische politische Flüchtlinge 1849 in der Schweiz – zwischen Rückkehr und Übersee-Emigration. In: Fenske, Hans; Kermann, Joachim; Scherer, Karl (Hg.): Die Pfalz und die Revolution 1848/49, II. Kaiserslautern 2000, 263-287, hier 282-283.

Kermann, Joachim: Die pfälzische Revolution von 1849 und die Rolle der Polen. In: Rehm, Clemens; Becht, Hans-Peter; Hochstuhl, Kurt (Hg.): Baden 1848/49. Bewältigung und Nachwirkung einer Revolution. Speyer 2002, 95-132, hier 127.

Paul, Pfälzische politische Flüchtlinge, 263-283, bes. 282-283.

ständniß, welches eine Bevölkerung für ärztliche und naturwissenschaftliche Dinge hat, [sei] ein nicht zu unterschätzender Werthmesser für deren Kulturzustand.“ [...] „Wollen wir hier etwas Erhebliches erreichen, so müssen wir [...] den Hebel an die Schule setzen, [...] wir müssen die Schule zu einer konfessionslosen machen, [...] wir müssen den Elementarschul-Unterricht, wir müssen dessen Umfang, seine Lehrmittel, die Methode als Reichssache erklären. [...] dann wird unsere Bevölkerung nicht bloß gesunder, langlebiger und wehrtüchtiger werden, sie wird auch geistig freier, selbständiger und widerstandsfähiger werden und Einflüssen nicht mehr zugänglich sein, denen sie zum Theil in der uns vorliegenden Frage noch unterliegt. [...] Belehren können Sie in diesen Fragen nur eine Bevölkerung, die in der Schule zum Beobachten und Beurtheilen vorbereitet worden ist, und das geschieht zur Zeit bei uns nur in ganz ungenügender Weise.“ Zinn appellierte an die Abgeordneten: „Das Resultat können wir nicht abwarten aus purer Hochachtung für die persönliche Freiheit, die auch ich überall ängstlich gewahrt wissen will. Wo das öffentliche Interesse deren Beschränkung nicht zwingend verlangt – und der Fall liegt hier vor – können wir doch nicht länger einen großen Teil der Bevölkerung an einer Seuche dahinsterven oder durch sie entstellen lassen, gegen welche die Wissenschaft längst ein ebenso einfaches als unschädliches und sicheres Schutzmittel besitzt, das zur Geltung zu bringen der Zweck der Vorlage ist.“<sup>821</sup>

In den Worten Zinns spiegelten sich die Ideen von Rudolf Virchow wider. Für die sozialen Nöte, die in Oberschlesien zu dem weit verbreiteten „Hungertyphus“ geführt hatten, machte er staatliche und kirchliche Versäumnisse verantwortlich. Die Katholische Kirche hätte das Volk „zu einer gewissen geistigen Entwicklung“ bringen können, wenn sie dazu bereit gewesen wäre. Es sei aber im Interesse der Kirche, „die Völker bigott, dumm und unfrei zu erhalten [...]“. Aber Wohlstand, Bildung und Freiheit bedingen sich gegenseitig, und so umgekehrt Hunger, Unwissenheit und Knechtschaft“. Virchow resümierte: „Die Medizin, als eine soziale Wissenschaft, als die Wissenschaft vom Menschen, hat die Pflicht, solche Aufgaben zu stellen und ihre theoretische Lösung zu versuchen; der Staatsmann, der praktische Anthropologe, hat die Mittel zu ihrer Lösung zu finden.“<sup>822</sup>

August Zinn münzte die Gedanken, die Virchow in Bezug auf den schlesischen „Hungertyphus“ veröffentlichte, auf den Impfzwang um: Die Impfergebnisse müsste man nüchtern und objektiv betrachten, wie das für die Mehrheit der Ärzte selbstverständlich sei. Deshalb falle auch den Ärzten die Aufgabe zu, als diejenigen, „die zur Entscheidung berufen sind – dem Staate, seinen Rechtsgelehrten und Gesetzgebern – die medizinische Grundlage zu bie-

<sup>821</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 110.

<sup>822</sup> Schipperges, Rudolf Virchow, 94-95.

ten, damit sie sich ein Urteil bilden können über die politische Zweckmäßigkeit und über die rechtliche Erlaubtheit des Impfwangs“.<sup>823</sup>

August Zinn führte seine Plädoyers mit hoher Kompetenz und uneingeschränkter Offenheit und gewann, sicherlich nicht zuletzt aufgrund der Preisgabe seiner persönlichen Impferfahrungen, das Vertrauen zahlreicher Abgeordneten, das für eine erfolgreiche Abstimmung erforderlich war.

### 3.1.2 Die Gegner des Impfwangs

#### 3.1.2.1 August Reichensperger (1808-1895)

August Reichensperger zeichnete sich als einer der aktivsten Redner während der Debatte zum Impfgesetz aus. Als scharfsinniger Jurist und versierter Politiker trat er überzeugend und erfolgreich gegen den Impfwang auf.

Reichensperger wurde am 22. März 1808 in Koblenz als Sohn eines in französischen Diensten stehenden ranghohen Juristen geboren. Ab 1827 studierte er in Bonn, Heidelberg und Berlin Rechtswissenschaften. Nach dreijährigem preußischen Justizdienst ging er 1835 als Assessor an das Landgericht nach Koblenz. Im Jahre 1841 wurde er Landgerichtsrat in Köln, 1844 in Trier, und von 1849 bis 1878 war er Appellationsgerichtsrat in Köln. Die Verhaftung des Erzbischofs von Köln, Clemens August Freiherr Droste zu Vischering (1773-1845), die die preußische Regierung 1837 veranlasst hatte, war Auslöser für das politische Engagement Reichenspergers. Das „Kölner Ereignis“, das er als eine Verletzung der Rechtsstaatlichkeit empfand und die Ideen, die Joseph von Görres (1776-1848) zu diesem Vorfall in „Athanasius“ entwickelte,<sup>824</sup> beeinflussten den zunächst „religiös indifferenten“ Reichensperger. Er entschloss sich zur Mitarbeit in der katholischen Tippus-Gesellschaft und äußerte sich öffentlich in Leserbriefen zur Freiheit der katholischen Kirche und über die Benachteiligung der Rheinländer durch die Preußen. Mit dieser Einstellung wurde er 1848 Mitglied der Frankfur-

<sup>823</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 235.

<sup>824</sup> Görres behandelte die Verhaftung des Kölner Erzbischofs in seiner Streitschrift „Athanasius“ von 1838, mit der er sich in die Kontroverse über Mischehen katholischer und evangelischer Konfession und der Erziehung interkonfessioneller Kinder einmischte. Erst diese Schrift, von der etwa 10.000 Exemplare verkauft wurden, verlieh dem Ereignis die eigentliche Öffentlichkeitsresonanz. Die Streitschrift, in der Görres die preußische Politik aufs Schärfste angriff und die Abneigung gegen Preußen im katholischen Süden verstärkte, war gleichzeitig Ansatz zum politischen Katholizismus in Deutschland. Brockhaus Enzyklopädie (2006), 11, 191.

ter Nationalversammlung und vertrat dort die großdeutsche Idee, die sich gegen das preußische Erbkaisertum ausgesprochen hatte. Als sich unter Joseph Maria von Radowitz (1797-1853) der „Katholische Club“, eine interfraktionelle Vereinigung katholischer Abgeordneter, konstituierte, wählte man Reichensperger zum Vizepräsidenten. Als Mitglied (seit 1851) des preußischen Abgeordnetenhauses initiierte Reichensperger im Januar 1852 zusammen mit seinem Bruder Peter (1810-1892) und Hermann von Mallinckrodt (1821-1874)<sup>825</sup> die „Katholische Fraktion“, die sich ab August 1859 „Zentrum“ nannte. Die Partei hatte in ihrem Programm vom Juni 1870 in Essen die „Beseitigung der sozialen Mißstände und Förderung aller Interessen des Arbeiterstandes durch eine gesunde christliche Gesetzgebung“ festgelegt.<sup>826</sup>

Reichenspergers Engagement galt nicht nur politischen, sondern auch kulturellen Angelegenheiten. So etwa engagierte er sich ab 1840 für die Vollendung des Kölner Doms. In Koblenz gründete er einen Dombau-Zweigverein mit dem Organ „Kölner Domblatt“, in dem er für Spenden zur Wiederaufnahme der seit 300 Jahren ruhenden Bauarbeiten warb. In seiner Schrift „Die christlich-germanische Baukunst und ihr Verhältnis zur Gegenwart“ (1852) pries er die konstruktiv saubere Architektur der Gotik. Daneben setzte er sich mittels 700 „Mahn“-Artikel auch für die Erhaltung und Wiederherstellung anderer mittelalterlicher Bauwerke ein.<sup>827</sup> Neben der Denkmalpflege bemühte er sich ab 1843 um die Organisation katholischer Vereine, war Mitbegründer des Borromäusvereins in Bonn und förderte später im Rheinland die Organisation von Gesellenvereinen.

Von 1867 bis 1884 gehörte Reichensperger als führender Repräsentant der Zentrumsfraktion dem Deutschen Reichstag an.<sup>828</sup>

„Der in Frage stehende Gegenstand scheint mir von nicht geringer Erheblichkeit zu sein; wir haben soeben gehört, - und es liegt in der Natur der Sache - dass es sich um eine Beschränkung der persönlichen Freiheit handelt“; [...] so haben wir alle Veranlassung, mit der höchsten Vor- und Umsicht in die Debatte und die Beschlußfassung einzutreten.“<sup>829</sup> Mit dieser bedeutenden Ankündigung eröffnete August Reichensperger seinen Beitrag zur Impfdebatte, mit der

<sup>825</sup> Hermann von Mallinckrodt (1821-1874) studierte Rechts- und Kameralwissenschaften in Berlin und Bonn. Im preußischem Staatsdienst war er in Münster, Erfurt, Düsseldorf und Merseburg beschäftigt, bis er 1872 als Regierungsrat ausschied. Als Mitglied der katholischen Fraktion, des späteren „Zentrums“, gehörte er von 1852 bis 1863 und von 1868 bis 1874 dem preußischen Abgeordnetenhaus und von 1867 bis 1874 dem Reichstag an. Er war 1859 Mitgründer der Zentrumspartei, deren politische Ziele er während des Kulturkampfes in zahlreichen Parlamentsreden entschieden vertrat. Im Bundesstaatlich-Konstitutionellen Verein förderte er die Vereinigung Süddeutschlands mit dem Norddeutschen Bund. DBE 6 (1997), 579.

<sup>826</sup> Mommsen, Deutsche Parteiprogramme, 198-199; 207-217, bes. 216-217.

<sup>827</sup> Denzer, Heinrich: Die Brüder Reichensperger. In: Lau, Dieter; Heyen, Franz-Josef (Hg.): Vor-Zeiten. Geschichte in Rheinland-Pfalz, Mainz 1989, 201-218, hier 206-212.

<sup>828</sup> Denzer, Die Brüder Reichensperger, 201-218; BBKL VII (1994), 1504-1505.

<sup>829</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 105.

er seiner Verantwortung hinsichtlich der vielschichtigen Impfproblematik Ausdruck verlieh. Dabei sprach er sich jedoch nicht grundsätzlich gegen die Impfung aus und schlug vor: „Wir können von den Regierungen fordern, dass sie nach allen Richtungen hin die Möglichkeit gewähren, sich vacciniren zu lassen.“ Auch sah er in Prämien ein geeignetes Mittel, die Eltern zur Impfung ihrer Kinder zu ermuntern.<sup>830</sup>

Vollkommen uneinsichtig allerdings zeigte er sich bezüglich des Impfwangs. Zur Begründung seiner Ablehnung jeglichen Zwangs behandelte er systematisch alle anfechtbaren und zweifelhaften Ausführungen der Gesetzesvorlage. So griff er die unzulängliche Statistik an und warf dem Abgeordneten Löwe vor, dass dieser als „gewichtige Autorität“ die Impfung befürwortet, jedoch „die Kardinalfrage, [...] ob unumstößlich festgestellt ist, ob die Pockeneinimpfung im Großen und Ganzen erhebliche Vortheile im Gefolge gehabt hat, im Dunkel gelassen [habe]. Es fehlt uns der Boden, auf welchem wir stehen müssen, wenn wir zu diesem Gesetze Ja sagen sollen.“ Es gäbe „sehr gewichtige Stimmen“, die sich „gegen die zwangsweise Vaccination“ ausgesprochen und statistische Mitteilungen über „die Gefahren derselben gemacht hätten, so dass Statistik gegen Statistik“ stehe.<sup>831</sup> Auch verwies er auf „die Gefahr nämlich, dass, wenn die eine Krankheit vielleicht ferngehalten wird, dafür eine andere schlimmere Krankheit ihren Einzug in das betreffende Individuum hält“, wie man den Erläuterungen der Motive zu §19 entnehmen könne. Hier sei von der „Leichtigkeit“ die Rede, mit welcher Krankheitsstoffe, wie „das venerische Gift, in der Lymphe auf die Geimpften übertragen“ und zu weiteren Infektionen führen können, vor allem bei „unachtsame[r] Vollziehung der Impfung“. Zu dieser Problematik gab er zu bedenken, dass bei massenhaften Zwangsimpfungen, „es unmöglich [sei], immer eine so sorgfältige Auswahl der medizinischen Personen zu treffen“. Es gäbe keine Garantien für die Ausführung der „außerordentlich delikate[n] und prekäre[n ...] Operation“, die zu den „unheilvollsten Folgen“ führen könnte.<sup>832</sup> Einige bekannte Mediziner, die sich dazu öffentlich geäußert hatten, nannte er namentlich, darunter Medizinalrat Hermann Eulenberg (1814-1882). Dieser hatte auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Leipzig 1872 in einem Vortrag ausgeführt, „dass unter den Sachverständigen über den Wert der Impfung kein Zweifel sein könne“. Jedoch gäbe es „eine Anzahl unantastbarer Beobachtungen“ und ein in letzter Zeit ermittelter Fall ließe „keinen Zweifel darüber, dass durch die Impfung mit Vaccina gleichzeitig Syphilis übertragen werden kann“. In diesem Zusammenhang hatte Eulenberg auch darauf hingewiesen, wie schwierig es

---

<sup>830</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 107.

<sup>831</sup> Ebd., 106.

<sup>832</sup> Ebd., 106; 233-234 und Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 7, 26.

für einen Impfarzt sei, zwischen einem gesunden und einem möglicherweise mit ererbter Syphilis behafteten Kind, das zum Abimpfen ausgewählt werden sollte, zu unterscheiden.<sup>833</sup>

Die in der Gesetzentwurf vorgesehenen Strafbestimmungen<sup>834</sup> bezeichnete Reichensperger als „wahre Ungeheuerlichkeiten“.<sup>835</sup> Damit nötige man „die Leute zu ihrem vorgeblichen Heile“ und bedrohe sie mit mehrfacher Beschränkung der persönlichen Freiheit, und zwar geschehe dies einmal durch das Impfen und die Impfwiederholungen selbst, zum anderen durch die Ankündigung von Gefängnisstrafen, falls die Geldbußen nicht entrichtet werden könnten. Derartige Strafregelungen ständen einem Kulturstaate nicht an, denn es gäbe „im deutschen Reiche schon mehr als hinreichende Gelegenheit, eingesperrt zu werden“.<sup>836</sup>

Von den Abgeordneten Otto Reimer und Wilhelm Hasenclever (1837-1889)<sup>837</sup> war die Errichtung von Badeanstalten in der Nähe von Impfstellen gefordert worden. Dazu meinte Reichensperger überzeugt, dass „für die öffentliche Gesundheitspflege schon in noch wirksamerer Weise durch die bloße Polizeiintervention gewirkt werde[], wenn man z. B. gegen das immer mehr um sich greifende Miethskasernenthum mit Kellerwohnungen einschritte. [A]uf dem Gebiete der Wohnungsfrage würde den ärmeren Klassen [...] wirksamer geholfen werden können“.<sup>838</sup> Diese Bedingungen hatte er bereits in seinem im April 1848 für den „Katholischen Club“ entworfenen Parteiprogramm gestellt. Außerdem erklärte er damals die demokratischen Institutionen als die geeignetste Staatsform, die eine ausgleichende Gerechtigkeit herbeiführen könnten. Es müsse „ein Interesse, welches zu fördern allen ohne Ausnahme obliegt: das Interesse der Hilfsbedürftigen, namentlich das der arbeitenden Klasse“ bestehen. Die Religion verlange, dass jedem Bürger durch materielle Erleichterung und „möglichste Heranbildung in geistiger Beziehung, in Wissen und Sittlichkeit“ eine menschenwürdige Existenz gesichert werde.<sup>839</sup>

Die Wiederimpfungsbestimmung nach §14, kritisierte Reichensperger, sei als „Zugeständnis“ der Mediziner zu deuten und als Bestätigung, dass der Erfolg der Impfung und Wie-

<sup>833</sup> Tageblatt der 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Leipzig, 12.-18. August 1872, 194.

<sup>834</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 234: §16: Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlene ohne gesetzlichen Grund der Impfung oder der ihr folgenden Gestellung [...] entzogen geblieben sind, werden mit Geldstrafe bis zu fünfzig Mark oder mit Haft bis zu drei Tagen bestraft.

<sup>835</sup> Ebd., 106.

<sup>836</sup> Sten. Ber. 1 (1874), 234.

<sup>837</sup> Krämer, Gerd: Mann der Arbeit aufgewacht. Zur Geschichte der Altonaer Arbeiterbewegung zwischen 1848-1875. Hamburg 1994, hier 12: Hasenclever, 1834 in Amsberg geboren, von Beruf Lohgerber, gehörte seit 1864 dem ADAV an und war seit 1866 Führungsmittglied. 1872 feierte er in Altona Triumphe auf zwei großen Versammlungen mit über 7000 Anhängern. 1874 wurde er im ersten Wahlgang mit absoluter Mehrheit als Präsident des ADAV in den Reichstag gewählt.

<sup>838</sup> Ebd., 245.

<sup>839</sup> Pastor, August Reichensperger, 237; Mommsen, Deutsche Parteiprogramme, 198-200.

derimpfung „etwas höchst Problematisches ist“ und nichts nütze. Revakzinationen gäbe es in keinem anderen Kulturland. Deshalb sollte man „die Leute selbst für ihr Körperheil sorgen“ lassen und sie mehr aufklären.<sup>840</sup>

Desweiteren beinhalte der §14 einen weiteren „Stein des Anstoßes“, und zwar insofern, als der Kreisphysikus als Einzelperson befugt sein sollte, „willkürlich [...] eine ganze Einwohnerschaft operieren zu lassen, gewissermaßen einen Bann über eine Gemeinde zu legen“.<sup>841</sup> Wer sich widersetze, habe eine Gefängnisstrafe zu erwarten. Diese „wird in den meisten Fällen eintreten, weil diejenigen, welche sich weigern werden, durchschnittlich der arbeitenden, der unbemittelten Klasse angehören werden“. Mit der Gefängnisstrafe würde eine „Art Mißbrauch - eine Art Folter“ angewendet auf Leute, die sich den Impfbestimmungen nicht beugen wollten, und man müsse sich fragen, „ob derartige Zwangsmittel [...] mit den allgemeinen strafrechtlichen Prinzipien und den kriminalistischen Anschauungen der Gegenwart sich vertragen“. Man solle diesen „Drakonismus aus dem Gesetze herauslassen“.<sup>842</sup>

Reichensperger nützte zur Gewichtung seiner Darlegungen und Verweise auch schonungslos eine missglückte Formulierung Löwes: „Wir schützen hier annähernd mit voller Sicherheit diejenigen, an denen die Operation vorgenommen werden soll.“ Löwe hatte selbstverständlich erklären wollen, dass es keinen absoluten Impfschutz gab, eine Wiederimpfung aber das Risiko, an Pocken zu erkranken, verringerte.<sup>843</sup>

Die Beiträge Reichenspergers hatten große Überzeugungskraft. In einer erneut entflammten Diskussion in der dritten Lesung und der anschließenden namentlichen Abstimmung kam das knappe Ergebnis von 141 Nein- gegenüber 140 Ja-Stimmen zustande, so dass §14 verworfen werden musste.<sup>844</sup> Mit dem Fall des §14 konnte er einen Teilerfolg für sich verbuchen, dem, seiner tiefen politischen Überzeugung entsprechend, jegliche Ablehnung von Zwangsmaßnahmen und Einschränkung der persönlichen Freiheit zugrundelag.

### 3.1.2.2 Otto Reimer (1841-1892)

Während der Debatten um das Impfgesetz fühlte sich der geschulte Redner Reimer, der das Programm seiner Partei beherrschte, „verpflichtet dazu, über diese [Impf-]Frage zu sprechen,

---

<sup>840</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 107, 234.

<sup>841</sup> Ebd., 342.

<sup>842</sup> Ebd., 258.

<sup>843</sup> Ebd., 338, 342.

<sup>844</sup> Ebd., 341-348, Abstimmung 346-348.

weil ich eben hier den Ausdruck zur Geltung bringen will, der in dem arbeitenden Volke über diese Frage herrscht“. [...] „[M]eine politischen Parteigenossen und ich würden gewiß niemals etwas dagegen haben, wenn eine derartige Freiheitsbeschränkung des Einzelnen darauf hinausläuft, die Volkswohlfahrt im großen Ganzen zu fördern.“<sup>845</sup> Mit dieser Begründung forderte er die Abgeordneten auf, gegen das Zwangsimpfen zu stimmen. Zusammen mit seinem Parteigenossen Hasenclever brachte Reimer verschiedene Amendements ein. Eines enthielt den Vorschlag, dass Kinder erst nach Vollendung des fünften Lebensjahres und Erwachsene nur mit ihrer Einwilligung der Impfung unterzogen werden dürften. Ein anderes enthielt die Forderung, Badeanstalten neben den Zwangsimpfstellen zu errichten. Dazu unterstrich Hasenclever, dass es sich nicht um sozialistische Forderungen handele, sondern die Badeanstalten seien nutzbringend für die Gesellschaft selbst und es müsse „eine Ausgleichung der heutigen gesellschaftlichen Zustände in Ihrem eigenen Interesse herbeigeführt werden [...]. Es wird so viel Geld für Kriege bewilligt [...] so mögen Sie hier einmal für die Volkswohlfahrt und gegen den inneren Feind, gegen Epidemien, einige Millionen bewilligen“.<sup>846</sup>

Die politische Karriere Otto Reimers hatte 1867 begonnen und ihn 1874 überraschend ein Mandat für den Reichstag eingebracht. Der 1841 in Lauenstein bei Hannover geborene Zigarrenmacher besuchte in Altona die Volksschule und lebte von 1855 bis 1880 in Hamburg und Altona als Zigarrenarbeiter, selbständiger Zigarrenfabrikant, Zeitungsreporter und Zigarrenhändler. Seit 1867 gehörte er zu den aktivsten Mitgliedern des Allgemeinen Deutschen Arbeitervereins (ADAV) in Altona, das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als Zentrum der Tabakverarbeitung in Deutschland galt. Eine besondere kollektive „Bildungseinrichtung“ schulte das politische Bewusstsein der Zigarrenarbeiter, die meist in heim-industriellen Werkstätten oder in kleinen Fabriken beschäftigt waren und während ihres vorwiegend monotonen Arbeitsablaufs durch regelmäßiges Vorlesen mit politischen Themen und sozialistischer Literatur vertraut gemacht wurden. Während die organisierte Sozialdemokratie in Deutschland erst am 23. Mai 1863 mit der Gründung des ADAV unter Ferdinand Lasalle entstand, war bereits 1848 ein Altonaer Zigarrenarbeiter als eigener Kandidat bei der konstituierenden Landesversammlung für Schleswig-Holstein aufgestellt worden. Nachdem von August Bebel und Karl Liebknecht 1869 in Eisenach die Sozialdemokratische Arbeiterpartei (SDAP) gegründet worden war und sich ein Teil der Mitglieder des ADAV dieser Partei angeschlossen hatte, wurde Otto Reimer in Altona zum Vorstandsmitglied des ADAV gewählt. Als Funktionär und Agitator bezog er ab 1869 von der Partei ein Gehalt. Seine wichtigste Aufgabe bestand in der

---

<sup>845</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 107.

<sup>846</sup> Ebd., 243.

Werbung von Mitgliedern. Mit der Ideologie der Partei, und besonders der Forderung, mit Hilfe des Staates Produktionsassoziationen zu errichten, konnten Handwerker und vor allem Zigarrenmacher dazugewonnen werden. Sowohl die SDAP, als auch der ADAV verfolgten die im Eisenacher Programm von 1869 grundlegenden Ziele: „1. Die heutigen politischen und sozialen Zustände sind im höchsten Grade ungerecht und daher mit der größten Energie zu bekämpfen. 2. Der Kampf für die Befreiung der arbeitenden Klassen ist nicht ein Kampf für Klassenprivilegien und Vorrechte, sondern für gleiche Rechte und Pflichten und für die Abschaffung aller Klassenherrschaft.“<sup>847</sup>

Im Jahre 1872 wurde von erfahrenen Rednern eine eigene Schule für Agitatoren gegründet, aus der Reimer als einer der erfolgreichsten Wortführer hervorging. Man brauchte, um einen eigenen Kandidaten für die Reichstagswahl 1874 zum Erfolg zu führen, zusätzliche Stimmen aus der Landbevölkerung. Diese sollten von Agitatoren, zu denen Reimer gehörte, durch eine systematische Überzeugungsarbeit auf dem Land geworben werden. Obwohl er wie andere Anhänger des ADAV während des Wahlkampfes überwacht und auch gemäßregelt wurde, konnte er mit seinem Konzept als Altonaer ADAV-Bevollmächtigter den 9. Wahlkreis in Ostholstein gewinnen und völlig überraschend in den Reichstag gelangen. Reimer gehörte bis 1877 dem Deutschen Reichstag an.

Nach Erlass des Sozialistengesetzes 1878 wurde Reimer polizeilich verfolgt und schikaniert, seine wirtschaftliche Existenz als Zigarrenhändler zerstört und 1880 aus Hamburg ausgewiesen. Er emigrierte in die USA und kehrte 1890 nach Aufhebung des Sozialistengesetzes nach Deutschland zurück. Von 1891 bis zu seinem Tode war er Mitarbeiter der Tageszeitung „Hamburger Echo“. Deprimiert und unheilbar krank, durch einen Unfall in New York hatte er ein Bein verloren, nahm er sich 1892 das Leben.<sup>848</sup>

Während der Erörterung der Impfsache im Reichstag nutzte Reimer sein Rederecht, um die besonders kritischen Punkte der Gesetzesvorlage, wie die umstrittene Statistik – „Wo bleibt bei einer derartigen Handhabung die Autorität der wissenschaftlichen Männer“ – , den fragwürdigen Impfschutz oder die Gefahr von Syphilisübertragung anzusprechen. Vor allem aber diente ihm sein Auftreten in der Impfdebatte als Forum, das ihm die Möglichkeit bot, auf bestehende soziale Übelstände aufmerksam zu machen. Offene Kritik übte er an den Ärzten, deren „Dokortitel weder vor Dummheit schützt [und] nicht die Garantie“ für die Güte der

---

<sup>847</sup> Krämer, Mann der Arbeit aufgewacht, 8-9.

<sup>848</sup> Ebd., 10-11.

Schröder, Wilhelm Heinz: Sozialdemokratische Parlamentarier in den Deutschen Reichs- und Landtagen 1867-1933. Biographien-Chronik. Handbuch. Düsseldorf 1995, hier 670, Nr. 189410.

Impfung böte, weil sie schon öfter „Luft- und andere Gespenster verteidigt“ hätten. Es gebe „leider Ärzte genug, welche handwerksmäßig ihr Geschäft als Spekulation betreiben“. Viele würden Hausbesuche zu später Stunde ablehnen und beim Tod eines Kindes höre man nicht selten: „Freuen Sie sich doch, das Kind konnten Sie ja doch nicht ordentlich ernähren, daß Sie die Last los sind.“ Die Gesetzesvorlage bevorzuge „die besitzenden Klassen“, die ihre Kinder privat bei einem Arzt ihrer Wahl für teures Geld impfen lassen könnten. „Sie haben es nicht nötig, die nach Eiter und Materie duftenden Impfsäle zu besuchen und dort die Luft einzuatmen.“ Sie entgingen auch der Gefahr, von dem „skrophulösen Gesindel [...] von der Pest angesteckt zu werden“. In den großen Impfsälen würden „nicht immer geschickte Ärzte“ die Impfung fabrikmäßig vornehmen. „Man wird das Kind des Arbeiters, das Kind des Volkes vielleicht zu Experimenten gebrauchen, um zu sehen, wie weit man bei dem Kinde eines Günstlings vorzugehen riskieren kann, um in Amt und Würden zu steigen.“<sup>849</sup> Die Gesetzgebung solle ihr Augenmerk nicht auf den Impfzwang lenken, sondern müsse sich den wahren Ursachen der massenhaften Sterblichkeit von Kindern zuwenden. Es sei bekannt, dass gerade dort, „wo eine große Menge schlecht ernährter, schlecht gekleideter Leute in eine schlechte Wohnung zusammen gedrängt sind, [die] Pocken und sonstige Epidemien den fruchtbarsten Boden finden“. Hier sei die Sterblichkeit am größten, was am Beispiel Chemnitz abzulesen sei, wo in einem Hause 160 Einwohner während der letzten Pockenepidemie betroffen waren. Die Kinder seien nicht gestorben, weil sie ungeimpft waren, sondern aufgrund der schlechten Lebensverhältnisse „und die angestrengte Fabrikarbeit der Mutter es nicht dazu kommen ließ, ein gesundes Kind zu gebären und noch viel weniger zu ernähren“.<sup>850</sup>

Reimer war als Funktionär mit den Inhalten sozialistischer Literatur bestens vertraut. Aufgrund seiner besonderen Propagandabefähigung in den Deutschen Reichstag gelangt, vertrat er nun während der Impfdebatte die Vorstellungen der Gesundheitspolitik, die in die Programme der sozialistischen Partei aufgenommen worden waren. Jedoch lange vor der Organisation sozialistischer Vereine und Parteien waren die Ideen für ein fortschrittliches Gesundheitswesen, das dem Staat die Verantwortung für die arbeitende Klasse auferlegte, von einer Reihe von Vorkämpfern formuliert worden, beispielsweise von Bernardino Ramazzini (1633-1714), Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) oder Jean Jacques Rousseau (1712-1778).<sup>851</sup> Danach hatte Johann Peter Frank 1790 in seinem Werk „System einer vollständigen medicin-

---

<sup>849</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 108.

<sup>850</sup> Ebd., 109.

<sup>851</sup> Büttner, Lothar; Mayer, Bernhard: Gesundheitspolitik der revolutionären deutschen Arbeiterbewegung. Vom Bund der Kommunisten bis zum Thälmannschen ZK der KPD. Berlin 1984, hier 21.

schen Polizey“ „die Krankheit auf die Störung des Gleichgewichts zwischen Individuum und gesellschaftlichen Verhältnissen zurückgeführt“. In seiner berühmten Rede „Vom Volkseleid als der Mutter der Krankheiten“ forderte er lange vor den Sozialisten eine möglichst optimale Regulierung durch die Obrigkeit.<sup>852</sup> Ebenso hatte der Berliner Arzt Salomon Neumann 1847 auf die ungenügende medizinische Betreuung der Besitzlosen und Armen hingewiesen und als höchste Aufgabe des Staates die Sorge für das leibliche und geistige Wohl aller Gesellschaftsmitglieder verlangt.<sup>853</sup> Dem besonderen Problem „Ursache und Folge“ einer Epidemie, widmete sich Rudolf Virchow, das er in Oberschlesien 1847 und 1848 studieren konnte: Über die als „Hungertyphus“ bezeichnete Flecktyphus-Epidemie schrieb er 1848 in einem Aufsatz: „Epidemien gleichen großen Warnungstafeln, an denen der Staatsmann von großem Stil lesen kann, dass in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist, welche selbst eine sorglose Politik nicht länger übersehen darf.“<sup>854</sup> In seinem grundlegendem Werk des wissenschaftlichen Sozialismus „Die Lage der arbeitenden Klassen in England“ hatte Friedrich Engels (1820-1895) die Auswirkungen der unerträglichen Arbeits-, Lebens- und Wohnverhältnisse auf den Gesundheitszustand analysiert und den Zusammenhang von Nahrung, Unter- und Fehlernährung und menschenunwürdigen, völlig überbelegten, häufig nassen, kalten, unsauberen und dunklen, zum Teil in Kellern gelegenen Wohnungen in Bezug auf Krankheit und Sterblichkeit beschrieben und auch die Überbelastung und erniedrigende Behandlung von Frauen, die zu häufigen Fehlgeburten führte, angeklagt. Im Jahre 1869 wurde von der Partei der Eisenacher die Gesundheitspolitik zum Programm erhoben. Besonders August Bebel, größter und populärster Führer der deutschen Sozialdemokratie, forderte neben der symptomatischen Heilung von Krankheiten auch die Erforschung der Entstehungs- und Verbreitungsursachen der vermeidbaren Krankheiten, um sie in möglichst wirksamer Weise bekämpfen zu können.<sup>855</sup>

Reimer hatte die Errichtung öffentlicher Wasch- und Badeanstalten gefordert, um mit Reinlichkeit gegen die Epidemien vorzugehen. „Es geziemt sich wohl für die Volksvertreter, eine derartige Frage [...] mit Ernst zu diskutieren [und] nicht für den Impfzwang zu stimmen, [dann werde man] am allerbesten den Pocken und sonstigen Epidemien einen Damm entgensetzen können.“ Auch müsse dafür gesorgt werden, dass „es dem fleißigen Arbeiter er-

---

<sup>852</sup> Frank, Seine Selbstbiographie, 11; Schipperges, Rudolf Virchow, 91.

<sup>853</sup> Büttner/ Mayer, Gesundheitspolitik, 22; Schipperges, Rudolf Virchow, 92.

<sup>854</sup> Schipperges, Rudolf Virchow, 18.

Deppe, Hans-Ulrich: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt 1987, hier 7.

<sup>855</sup> Büttner/ Mayer, Gesundheitspolitik, 129-131, 133.

möglichst wird, dass er sich ordentlich kleiden, ordentlich ernähren, sein Kind mit einem Butterbrode zur Schule und nicht in die Fabrik schicken kann“.<sup>856</sup>

Reimer setzte seine Ausführungen mit der Kritik an einer schwedischen Statistik fort, die sich als einzige auf einen längeren Untersuchungszeitraum erstreckte und für die vorteilhaften Auswirkungen der Impfungen sprach.<sup>857</sup> Jedoch wunderte ihn, „dass [die] Herren nicht darauf gekommen sind [...] dass die Epidemie in letzter Zeit in Schweden abgenommen hat; ich bin mir klar darüber, dass dies dadurch gekommen ist, dass man die Auswanderung befördert und seitdem die schwedischen Arbeiter die Kulis für Europa geworden sind; man hat einen Abzug für die Armut gefunden“. Ferner sei die Not und das Elend in Schlesien sprichwörtlich. „Geben Sie dem schlesischen Weber noch mehr Pockenlymphe, und es wird ihm nichts nützen.“ Wenn man ihn mit genügend guter Nahrung und einer ordentlichen Wohnung versorge, habe man „das Mittel zur Beseitigung dieser Epidemie gewiß gefunden“.<sup>858</sup>

Weiter bemängelte Reimer, dass die in §19 des Gesetzentwurfs festgelegte Geldstrafe, welchen Ärzten, die „bei Ausführung einer Impfung fahrlässig handeln“, auferlegt werden sollte, allein nicht genüge. Bei einer Ungeschicklichkeit müsse sofort eine Haftstrafe angeordnet werden<sup>859</sup> - die jedem streikenden Arbeiter drohe - , denn „es ist hier das höchste Gut des Menschen, das Leben und die Gesundheit, gefährdet“, ein Grundsatz, der bereits in den Statuten der deutschen Arbeiter-Verbrüderung von 1850 festgelegt worden war.<sup>860</sup>

Die von Reimer angesprochenen sozialen Probleme bestanden seit Jahren ungelöst. Jedoch hatten sie nur teilweise einen sachlichen Bezug zu den für die Impfbestimmungen entscheidenden Richtlinien. Wie sein Parteifreund Hasenclever richtig erkannt hatte, war es den wenigen sozialistischen Abgeordneten im Reichstag kaum möglich, „für die Volkswohlfahrt nützliche Gesetzentwürfe selbständig“ einzubringen. Deshalb hatten sie versucht, die Forderung nach öffentlichen Badeanstalten, die in der Nähe der Impfstellen errichtet werden sollten, „in den Rahmen dieses Gesetzes“ hineinzupassen. Dafür allerdings erhielten sie keine Mehrheit, sondern wurden darauf verwiesen, sich an das zukünftige Gesundheitsamt bzw. die Gemeindeverwaltungen zu wenden.<sup>861</sup>

---

<sup>856</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 109.

<sup>857</sup> Maehle, Präventivmedizin, 132-135.

<sup>858</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 229.

<sup>859</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 22-23: Paragraph 19 sah eine Geldstrafe bis zu fünfhundert Mark oder Gefängnisstrafe bis zu drei Monaten vor.

<sup>860</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 266.

Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981, hier 22: „Die Gesundheit des Arbeiters, die Hauptbedingung seiner Arbeitsfähigkeit ist häufig sein einziges, immer aber sein wichtigstes Lebensgut“.

<sup>861</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 243-245.

## 4 Sonstige Beiträge, Debattenbeteiligung und Abstimmungsergebnisse

### 4.1 Beiträge von anderen Abgeordneten

Außer den Wortführern beteiligten sich weitere 16 Abgeordnete aktiv an der Diskussion zum Impfgesetz, die mit ihren Beiträgen juristische Anmerkungen und formale Ergänzungen zur Präzisierung des Gesetzestextes leisteten.

Beachtenswert ist die juristische Auseinandersetzung der drei Abgeordneten Eduard Lasker, Hermann von Mallinckrodt und Ludwig Windthorst (1812-1891),<sup>862</sup> die sich mit dem von Wilhelm Löwe zu §18 eingebrachten Zusatzantrag befasste und die zeitweilige Stimmung im Reichstag während der Impfdebatte exemplarisch widerspiegelt:

Durch den Wegfall des §14 war es zu einer Gefährdung der bereits in einigen Bundesländern bestehenden Impfpflicht gekommen. Deshalb hatte Wilhelm Löwe einen Zusatzantrag für den Erhalt dieser Bestimmungen über Zwangsimpfungen beim Ausbruch einer Pockenepidemie gestellt:

„Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Bestimmungen über Zwangsimpfungen bei Ausbruch einer Pockenepidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.“

Dazu wiederum brachte der Impfgegner Windthorst einen Gegenantrag ein:

„Der Reichstag wolle beschließen, dem §18 den Satz hinzuzufügen: Die in den einzelnen Staaten in Bezug auf das Impfwesen bestehenden Bestimmungen treten gleichzeitig außer Kraft.“<sup>863</sup>

Dieser Antrag wurde von dem Abgeordneten Mallinckrodt, ebenfalls Gegner der Zwangsimpfung, wie folgt kommentiert: Der Zusatzantrag von Löwe sei „eigentlich nichts Anderes [...] als die Wiederherstellung des eben abgelehnten §14“. Dieses Verfahren sei nicht

---

<sup>862</sup> Ludwig Windthorst (1812-1891) stammte aus einer katholischen Beamtenfamilie. 1836 wurde er Rechtsanwalt in Osnabrück, 1842 Vorsitzender im Katholischen Konsistorium und 1848 Syndikus der Ritterschaft am Hannoverschen Oberappellationsgericht Celle. Seit 1849 war er Mitglied der Zweiten Kammer des Landtags in Hannover und von 1851 bis 1853 Kammerpräsident und als erster Katholik Justizminister im Königreich Hannover, wo er eine Justizreform durchführte. Von 1861 bis 1865 erarbeitete er, erneut als Justizminister, eine neue Synodialordnung für die evangelisch-lutherische Kirche in Hannover, kam als Kronoberanwalt nach Celle und verhandelte 1867 den „Welfenfonds“ zwischen dem welfischen Königshaus und Preußen. Seit 1867 gehörte er als Präses dem Reichstag des Norddeutschen Bundes an und hospitierte 1868 in der „Süddeutschen Fraktion“. Ab 1871 begann sein rascher Aufstieg. Als Zentrumsführer kennzeichneten ab 1878 schwere Auseinandersetzungen mit Bismarck seine politische Arbeit. Er verurteilte den Kulturkampf aufs schärfste und übte beständig Kritik an Bismarck, zu dessen Entlassung er beitrug. Windthorst gilt als bedeutendster Parlamentarier und Führer des politischen Katholizismus im 19. Jahrhundert und Gegenspieler Bismarcks. Veröffentlichungen: Ausgewählte Reden, 1851-91, Briefe 1834-80. DBE 10 (1999), 525-526.

<sup>863</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 351.

korrekt, weil die Reichsverfassung dahin gehe, dass mit der Einführung des Reichsgesetzes diejenigen Landesgesetze, die denselben Gegenstand beinhalteten, außer Kraft treten sollten. Mit dem Antrag Löwes würde „die gesamte Partikulargesetzgebung neben dem Reichsgesetz“ bestehen bleiben und nur „Rechtsverwirrung“ stiften.

Dieser Argumentation hielt der Jurist Lasker, ein Befürworter der Zwangsimpfung, im Besonderen entgegen, dass die vorherigen Landesgesetze nicht das ganze Reich beträfen. Deshalb könnten diese Gesetze als Teil weiterbestehen. Außerdem sei es nicht möglich, den alten Rechtszustand in den entsprechenden Ländern aufzuheben. Löwes Antrag sei somit korrekt.

Windthorst entgegnete noch in einem ausführlichen Beitrag, dass kaum je ein größeres Publikum ein solches Interesse an den Verhandlungen des deutschen Parlaments gezeigt habe, wie es bei der Impffrage der Fall sei. Das ersehe er aus „der Unmasse von Zusendungen“, die ihn alle Tage überschütteten. Er halte das Gesetz als eine Art Gewissenstortur „[j]eden zwingen zu wollen, sein Kind und sich selbst gegen den Rat des täglichen Arztes impfen zu lassen“. Er habe erwartet, dass nach der Verwerfung des §14 das ganze Impfgesetz von den Regierungen der Länder zurückgezogen würde. Denn es bestände nun eine „Inkonsequenz im Gesetz“. Wenn man den Impfwang wolle, müsse man auch die Wiederimpfung wollen. Diese sei für Erwachsene abgelehnt worden. Folglich dürfe es nun überhaupt keinen Impfwang geben. „Und darum, meine Herren, bin ich der Ansicht, dass wir bei dem über §14 gefaßten Beschlusse bleiben müssen, um so sicherer und leichter das ganze Gesetz über Bord zu werfen.“<sup>864</sup>

Doch dieser Versuch von Windthorst scheiterte. Die namentliche Abstimmung über den Zusatzantrag von Löwe wurde mit 160:122 Stimmen angenommen.

Paragraph 18 des Impfgesetzes lautete nun:

„Die Vorschriften dieses Gesetzes treten mit dem 1. April 1875 in Kraft. Die einzelnen Bundesstaaten werden die zur Ausführung erforderlichen Bestimmungen treffen. Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Bestimmungen über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pockenepidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.“<sup>865</sup>

<sup>864</sup> Sten.Ber. 1(1874), 351-357, bes. 354.

<sup>865</sup> Ebd., 355-357.

## 4.2 Beteiligung an den Debatten und Abstimmungsergebnisse

Dem zweiten Reichstag 1874 gehörten 397 Mitglieder an. Davon entfielen 155 Abgeordnete auf die Nationalliberale Partei, 91 auf das Zentrum, 49 auf die Deutsche Fortschrittspartei, 33 auf die Reichspartei (Freikonservative), 22 auf die Konservative und 9 auf die Sozialdemokraten. Die übrigen Sitze verteilten sich auf die Elsass-Lothringer mit 15, die Polen mit 14, die Welfen mit 4, die Liberalen mit 3, und die Deutsche Volkspartei und die Dänen mit je einem Sitz.<sup>866</sup>

Die Abstimmungsergebnisse vom 14. März 1874 zeigen, dass rund 75 Prozent der Abgeordneten an den Sitzungen der Impfdebatten teilnahmen. Mit Fortschreiten der Debatte hatte sich sowohl die Zahl der Beurlaubungen und Entschuldigungen als auch die Zahl der unentschuldig Fehlenden erhöht, so dass von einer leichten Abnahme des Interesses gesprochen werden kann. Beim Vergleich der Ergebnisse der Abstimmung über den „Schlüssel“-Paragrafen 1 und der Endabstimmung ist eine Verschiebung zu erkennen: Während für §1 mit 183:119 gestimmt wurde - mit einer Enthaltung -, 19 Abgeordnete beurlaubt, 15 entschuldigt und 60 unentschuldig gefehlt hatten, erbrachte die Endabstimmung für das Impfgesetz ein Ergebnis von 160:122, wobei sich 29 Abgeordnete beurlauben ließen und 19 entschuldigt sowie 67 unentschuldig der Verhandlung ferngeblieben waren.<sup>867</sup>

Die Verhandlungen des Entwurfs für ein „Gesetz über den Impfwang“ hatten mit der Verwerfung von §14 als reichseinheitliche Regelung beträchtliche Veränderungen herbeigeführt. Dazu hatte Löwe erklärt: „Von einem absoluten Zwang ist schon garnicht mehr die Rede, denn der Zwang, wie er nach den Veränderungen der zweiten Lesung erscheint, ist [...] weiter nichts als eine Steuer“.<sup>868</sup> Weil „der Impfwang nur einen Teil des Gesetzes“ betraf, das Gesetz aber „das ganze Impfwesen in der Bevölkerung“ ordnete, wurde sein Vorschlag angenommen, den zweckmäßigsten und kürzesten Ausdruck „Impfgesetz“ zu verwenden.<sup>869</sup>

Mit dem Impfgesetz vom 8. April 1874 wurde die für jedermann verbindliche Jugendimpfung und Revakzination eingeführt und in 18 Paragraphen verfasst. Der Impfwang für Erwachsene wurde wegen Undurchführbarkeit aufgegeben. Die erste Impfung bei Kindern musste bis

<sup>866</sup> Mommsen, Deutsche Parteiprogramme, 824.

<sup>867</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 239-241, 261-264, 346-348, 355-357.

<sup>868</sup> Ebd., 256.

<sup>869</sup> Ebd., 268.

zum Ende des auf das Geburtsjahr folgenden Jahres stattgefunden haben. Die Wiederimpfung wurde für das Jahr festgelegt, in dem das Kind sein 12. Lebensjahr vollendete (§1,1 und 2). Jede erfolglose Impfung und Wiederimpfung sollte bis zu zweimal, nach Anordnung des Impfarztes auch ein drittes Mal wiederholt werden (§3). Bei überstandener Pockenerkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre wurde das Kind von der Impfung befreit und bei Erkrankungen, bei denen die Impfung gesundheitsgefährdend oder lebensbedrohlich sein konnte, eine Zurückstellung bis zur Genesung vorgeschrieben (§2). Weiter wurde festgelegt: In den §§4 bzw.5 die Impf- und Nachuntersuchungsfristen, in den §§6 bzw.7 die Organisation von Impfbezirken und Behördenverpflichtung sowie die jahreszeitbedingten Impfzeiten, in §8 die Impfberechtigung für Ärzte, in §9 die Lymphstoffversorgung, in den §§10 bzw.11 die Impfscheinvergabe und das Formularwesen, in den §§12 bzw.13 die Impfnachweise für Eltern und Schulvorsteher und in den §§14-17 die Strafbestimmungen für Eltern, Ärzte, Schulvorsteher und unerlaubt impfende Personen.

In §18 wurde der 1. April 1875 als Termin für das Inkrafttreten des Gesetzes verankert. Außerdem enthielt dieser Paragraph: „Die einzelnen Bundesstaaten werden die zur Ausführung erforderlichen Bestimmungen treffen.“ Desweiteren: „Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Bestimmungen über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pocken-Epidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.“<sup>870</sup>

Das am 1. April 1875 in Kraft getretene Impfgesetz löste einen rasch ansteigenden Protest aus. Von Impfgegnervereinen wurden massenhafte Eingaben organisiert, mit denen sich der Reichstag über vierzig Jahre auseinander zu setzen hatte.

## 5 Resümee

Im Frühjahr 1870 waren dem Reichstag des Norddeutschen Bundes mehrere Petitionen zur Neuregelung der Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege eingereicht worden, darunter eine vom ärztlichen Zweigverein Leipzig. Zur Verhandlung dieser Eingabe hatte der Arzt Ferdinand Götz einen Zusatzantrag gestellt, der beinhaltete, dass baldmöglichst statistische Erhebungen über die Einimpfung der Schutzpocken und deren Auswirkungen erfolgen sollten. Es war geplant, alle Ärzte ein Jahr lang an diesen Ermittlungen zu beteiligen, um eine Grundlage für einheitliche gesetzliche Maßnahmen zu erhalten. Vor allem sollten

---

<sup>870</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 273-274 (Impfgesetz vom 14. März 1874).

mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgespürt und abgeschätzt werden, um Unsicherheiten auszuräumen und so der zunehmenden kontroversen Diskussion über die Pockenimpfung entgegenzuwirken.

Eindringliche Mahnungen aus ärztlichen Kreisen verwiesen auf die Gefahr der zunehmenden Wiederverbreitung der Menschenpocken, da es wegen der steigenden Impfnachlässigkeit der Bevölkerung zu größeren Impflücken gekommen war. Diese lastete man den uneinheitlichen Impfbestimmungen in den einzelnen deutschen Staaten an. Als typisches Beispiel dafür wurden die wenig konkreten Impfbestimmungen in Preußen angeführt. Während in einigen Bundesstaaten die gesetzliche Impfpflicht bestand, übte man hier nur bei einem von Staatsunterstützung abhängigen Teil der Bevölkerung und bei Soldaten direkten Impfzwang aus. Sonst wurde nach einer Verordnung von 1835 die Einimpfung der Schutzpocken als sicherstes Schutzmittel lediglich empfohlen.

Das Impfthema wurde erst wieder 1872 aktuell, nun im Deutschen Reichstag, nachdem die beklagenswerten Verluste der gerade überstandenen Pockenepidemie der letzten zwei Jahre in allen deutschen Staaten und ganz Europa die Pockengefahr in das Bewusstsein der Bevölkerung zurückgebracht hatten. Besonders Ärzte, aber auch von hohem finanziellen Verlust betroffene Versicherungsgesellschaften forderten immer nachdrücklicher eine nach der Reichseinigung für alle deutschen Staaten einheitlich gestaltete gesetzliche Regelung der Pockenimpfung.

Die Wiederaufnahme der Impfan gelegenheit wurde von einer Petition im März 1872 eingeleitet, mit der Königsberger Ärzte den Entwurf eines Impfgesetzes einreichten. Nach Prüfung und Vorlage des Entwurfs durch den Reichskanzler begannen am 5. Februar 1874 die Verhandlungen über die bundeseinheitlichen Impfre gelungen, die am 16. März 1874 erfolgreich abgeschlossen wurden.

Die entscheidende Verhandlungsphase im Februar und März 1874 war von zahlreichen aus impfgegnerischen Kreisen eingereichten Petitionen begleitet, die das Ziel verfolgten, die Verhandlungen zu beeinflussen und die zu erwartende gesetzliche Impfpflicht abzuwenden bzw. die bereits bestehenden gesetzlichen Impfre gelungen aufzuheben. Inhaltlich enthielten die großenteils außerordentlich polemisch abgefassten Petitionen nicht nur unsachliche Angriffe auf die Impfung und Impfärzte, sondern sie verliehen auch den seit Anbeginn in der Bevölkerung bestehenden Impfängsten und Impfwiderständen Ausdruck. Im Besonderen aber äußerten sie Kritik am Impfzwang wegen der bekannten vielschichtigen unleugbaren Impfprobleme. Die verhältnismäßig kleine Gruppe von Impfgegnern erreichte, dass die zwiespälti-

gen Meinungen in das Parlament hineingetragen wurden und es zu einer außerordentlich vehement geführten Impfdebatte im Reichstag kam. Die kontroversen Auseinandersetzungen wurden vor allem von vier engagierten Abgeordneten bestritten. Zu ihnen gehörten die beiden Gegner des Impfwangs, der Jurist August Reichensperger und der Zigarrenmacher und Parteifunktionär Otto Reimer. Trotz zielsicherer und sachgerechter Beurteilung des Impfwangs angesichts der bestehenden unbestrittenen Impfprobleme gelang es ihnen nicht, die Mehrheit der Abgeordneten für sich gewinnen. Dagegen konnten die als „Väter des Gesetzes“ geltenden beiden Ärzte Wilhelm Löwe und August Zinn durch hochmotivierte Überzeugungsarbeit den Impf- und Wiederimpfwang verteidigen. Nach hartem Ringen um einzelne Regelungen konnte das Impfgesetz am 16. März 1874 mit einem Abstimmungsergebnis von 160:122 Stimmen verabschiedet werden. Das Impfgesetz wurde am 8. April 1874 erlassen und am 1. April 1875 in Kraft gesetzt.

Das Impfgesetz enthielt als wichtigste Regelungen: Jedes Kind sollte vor dem Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres der Pockenschutzimpfung unterzogen werden. Mit dem vollendeten 12. Lebensjahr trat die Verpflichtung zur Wiederimpfung ein. Ausgenommen waren Kinder, die aufgrund eines ärztlichen Zeugnisses von der Impfung befreit wurden oder die die natürlichen Pocken überstanden hatten.

Weiterhin durfte ein Kind nur auf Vorlage eines Impfscheines in eine öffentliche Schule oder Privatschule aufgenommen werden. Vor der Eheschließung, der Ausfertigung eines Gesindedienstbuchs, bei jeder Meldung zu einem Staats- oder Gemeindeamt und jedem Wohnortwechsel war eine Bestätigung der Wiederimpfung vorzuweisen.

Außerdem waren Strafregelungen für Eltern und Vormünder, die die vorgeschriebenen Impfverpflichtungen nicht einhielten, festgelegt worden.

Das Impfgesetz trat am 1. April 1875 in Kraft und löste jahrzehntelange massive Impfproteste aus. Motive und Inhalte der Impfpopposition sowie Reaktionen und Verhalten von Ärzten und Regierung werden im folgenden Kapitel behandelt.

## IX Das Impfgesetz: Opposition, Reaktion, Petitionen und Innovationen

### 1 Opposition: Die Impfgegnerbewegung ab 1875

Das Impfgesetz, das am 1. April 1875 in Kraft trat, gab den Anstoß für eine breite Protestwelle, die von Impfgegnern organisiert wurde. In vielen Städten gründeten sich „Impfzwanggegnervereine“, unter anderen der „Verein impfgegnerischer Ärzte“ oder der „Deutscher Verein impfgegnerischer Juristen“. Sie alle stellten sich die Aufgabe, die medizinischen Impfinstitute zu überwachen, Fehler und Zwischenfälle bei Impfaktionen sowie nachfolgende Impfschäden aufzudecken, zu veröffentlichen und anzuprangern. Vor allem sollte eine impfgegnerische Propaganda betrieben werden, die die Aufhebung des Gesetzes, zumindest aber des Impfwangs zum Ziel hatte. Die publizistische Verbreitung erfolgte über den „Impfgegner“, einem Organ, das im Juni 1876 von dem Unternehmer und praktizierenden Arzt Heinrich Oidtmann (1833-1890) zusammen mit Theodor Hahn (1824-1883), dem Hauptvertreter des Vegetarismus, gegründet wurde. Das lange Bestehen dieser Zeitschrift bis 1919 beweist den über Jahrzehnte andauernden ungebrochenen Widerstand gegen den gesetzlich verankerten Impfwang, der für die Bevölkerung bei Missachtung Geld- und Haftstrafen vorsah.<sup>871</sup> Die Impfverpflichtung war auch von äußerlich nicht messbaren Ängsten und Unsicherheit begleitet, so dass für die Herausgeber des „Impfgegner“ ein günstiger Boden bereitet war, ihren Lesern durch Schilderung tatsächlicher oder vermeintlicher fehlerhafter Impfeignisse die ständige Impff Gefahr zu vergegenwärtigen. Auch die von einzelnen überzeugten Impfgegnern verfassten und verbreiteten Flugschriften und von Impfgegnervereinen organisierten Diavorträge dienten zur Verunsicherung und Impfverweigerung der zum großen Teil mit den komplizierten Impfsammenhängen wenig vertrauten Bevölkerung.<sup>872</sup>

Von 1870 bis 1912 wurden etwa 1000 impfgegnerische Publikationen gezählt, die die Bevölkerung überschwemmen und zu Unterschriften der Protest-Petitionen an den Reichstag aktivierten.<sup>873</sup> Entsprechend stufte die Petitionskommission die von den bekannten Personen und aus den Zentren der Anti-Impfbewegung Hamburg, Dresden, Chemnitz oder Nordhausen eingegangenen Gesuche als „geschäftsmäßige Agitation“ ein: „Die Unterschriften stammen auch meist aus Kreisen, denen man ein selbstständiges Urtheil über die Impffrage nicht zuerkennen kann.“ So gehörte zu den Einsendern außer den Vertretern von Impfwangvereinen, homöo-

<sup>871</sup> Helmstädter, Zur Geschichte, 21; Maehle, Präventivmedizin, 128.

<sup>872</sup> Helmstädter, Zur Geschichte, 21-22.

<sup>873</sup> Ebd., 19.

pathischen Vereinen oder des sozial-demokratischen Vereins auch eine große Anzahl von Privatpersonen. Darunter befanden sich beispielsweise Rechtsanwälte, Bildhauer, Pfarrer, Ingenieure, Stenographen, Photographen, Redakteure, Instrumentenmacher, Fabrikarbeiter, Kaufleute, Gemeindevorsteher, Stadtverordnete, Postverwalter, Goldarbeiter, Tischler und auch Ärzte.<sup>874</sup>

Einer der aktivsten impfgegnerischen Ärzte, Heinrich Oidtmann, hatte sich bereits 1874 in seinem 'Warnungsruf' „Die Zwangsimpfung der Thier- und Menschenblattern ...“ als den „Ersten“ bezeichnet, der gegen das Impfgesetz passiv und agitatorisch Widerstand leisten werde. Mit „Lehrsätzen“, wie etwa „Die Impfung tödtet, die Impfung tödtet schaarenweise, sie tödtet rasch und tödtet schleichend und schafft als Rest ein zahlloses Heer von Krüppeln und Siechen“ propagierte er seine Theorie, wonach die Menschenpocken von Schafspocken übertragen würden und damit eine Schutzimpfung überflüssig sei.<sup>875</sup> Er behauptete weiter, dass mit der Ausrottung der Pocken bei Schafen, die beispielsweise in Preußen durch eine entsprechende Verordnung von 1806 erreicht worden war, auch die Menschenpocken zurückgegangen seien. Eine Impfung erspare auch der Modewandel, da für die Bekleidung Leinwandstoffe statt „pocken-schweißiger“ Materialien verarbeitet würden. Außerdem müsse der europaweite Pockenausbruch der Jahre 1870 bis 1872 einer übermäßigen Einfuhr pockenverseuchter Schafwolle aus Australien zugeschrieben werden.

Diese Behauptungen hatte Oidtmann jahrelang im „Impfgegner“ und in separaten Veröffentlichungen vertreten. Auch einige Mitglieder der Petitionskommission legten „so großes Gewicht auf die Autorität Oidtmann“, dass sich Robert Koch zu diesem Thema im Petitionsbericht vom 29. Januar 1883 ausführlich äußerte: Er sehe keinen Zusammenhang zwischen Schafs- und Menschenpocken. Nach seinen Beobachtungen habe trotz der in den Jahren 1871 und 1872 weit verbreiteten Menschenpocken nicht eine einzige Übertragung in einer Schafsherde stattgefunden. Umgekehrt sei bei einem heftigen Schafspockenbefall kein einziger Mensch an Pocken erkrankt. Auch mehrfache Versuche, Menschenpocken auf Schafe zu übertragen, seien ihm als erfahrenen Experimentator nicht gelungen. Nach diesen „irrhümlichen Ansichten der Impfgegner“ müsse er ihnen den Sachverstand „über das eigentliche Wesen der Pockenkrankheit und der Schutzimpfung“ absprechen.<sup>876</sup>

<sup>874</sup> Sten.Ber. 2 (1876), 927-932 und Sten.Ber. Anl. 3 (1878), 1437-1438.

<sup>875</sup> Oidtmann, Heinrich: Die Zwangsimpfung der Thier- und Menschenblattern. Ein Warnungsruf gegen das Zwangsgesetz der Menschenimpfung. Düsseldorf 1874, hier 1, 15, 19, 21, 25, 37.

<sup>876</sup> Sten.Ber.Anl. 5 (1883), 579.

Das Urteil Kochs, das als „Verunglimpfung“ und „Beleidigung einiger gegnerischer Fachgenossen“ als „unmotivirte Ueberhebung“ zurückgewiesen wurde,<sup>877</sup> fand immer wieder auch seine Bestätigung durch unqualifizierte Aussagen, die in Petitionen als Gründe und Klagen gegen den Impfwang angegeben wurden, wie einige Beispiele veranschaulichen:

- „Das Impfwesen stehe im schroffsten Widerspruch mit allen modernen naturwissenschaftlichen Ansichten über Gesundheitsfragen, welche hauptsächlich die Reinhaltung der Säfte verlangen, während bei der Impfung eine absichtliche Infizierung des Körpers mit einem unzweifelhaft als Krankheitsprodukt zu betrachtenden Stoffe stattfindet.“
- „Ein wissenschaftlicher Beweis für die Schutzkraft sei überhaupt noch nicht geführt und die Erfahrung [sei] der einzige stichhaltige Beweis, den die Impfer zu ihren Gunsten anzuführen wüßten.“
- Man solle von staatlicher Seite für polizeiliche Maßregeln gegen die Verschleppung der Seuche durch Wollstoffe sorgen.
- Es sei der größte Trugschluss, dass die Nichtgeimpften eine Gefahr für die Geimpften darstellten. Auch glaube man an die Abnahme der Epidemie nicht, weil es keinen statistischen Beweis gebe und die vorhandenen Statistiken zweifelhaft seien.
- Die Eltern von impfgeschädigten Kindern hätten oft keinen Mut, Klage zu erheben. Der Richter würde die Urteilsfähigkeit der Eltern bezweifeln und sei „auf das Placet der Herren Bezirksärzte angewiesen, welche theils aus Respekt vor dem Impfgesetz, theils aus kollegialischen Rücksichten Impfschädigungen nicht zugeben wollten“.
- Für Ärzte sei die Impfung eine ergiebige Einnahmequelle, weshalb sie diese befürworteten.
- Die Massenimpfungen kosteten jährlich eine Million Mark, so dass die ärmere Volksklasse „schwer geschädigt und gedrückt“ würde.<sup>878</sup>
- Unterlassene Impfungen seien mit Geldstrafen zu umgehen, deshalb treffe dies besonders die Armen (§16 des Impfgesetzes).<sup>879</sup> Die Reichen könnten sich loskaufen.<sup>880</sup>

Für besondere Verunsicherung sorgten Impfnebenwirkungen und -schäden, die nicht abzuleugnen waren. Sie wurden zum Teil dem Mangel an guter wirksamer Lymphe zugeschrieben. Angreifbar waren deshalb die Landesregierungen, die nach §9 des Impfgesetzes für „eine an-

---

<sup>877</sup> Sten.Ber. 4 (1883), 2868.

<sup>878</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 1438-1439; Verhandlungen Ärztetag 52 (1876), 87-91.

<sup>879</sup> §16 des Impfgesetzes lautet: Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlene ohne gesetzlichen Grund der Impfung oder der ihr folgenden Gestellung [...] entzogen geblieben sind, werden mit Geldstrafe bis zu fünfzig Mark oder mit Haft bis zu drei Tagen bestraft.

<sup>880</sup> Verhandlungen Ärztetag 52 (1876), 91.

gemessene Anzahl von Impf-Instituten zur Beschaffung und Erzeugung von Schutzpocken-Lymphe“ zu sorgen hatten. Die berechtigte Kritik artete jedoch in unsachgemäßen Übertreibungen aus: Da der Staat nicht für genügend „originäre Kuhpockenlymphe“ sorgen könne, würden weitreichende gesundheitliche Beeinträchtigungen verursacht. So wisse man, dass bei den ausgewählten Kühen, die zum ersten Male kalbten, „Schwund der Milchdrüsen und häufig Tuberkulose eintreten, beziehentlich Siechthum und Tod“. Laut Oidtmann würden diese Schädigungen bei der Impfung auch Mädchen gefährden, so dass der dadurch hervorgerufene Mangel an Muttermilch die Ernährung des künftigen Geschlechts ernstlich in Frage stelle.

Andere Berichte aus Zittau und Umgebung schilderten 150 Schädigungsfälle, die nach der Impfung aufgetreten seien, beispielsweise Masern, Ruhr, Typhus, Kopfweh, Varicelle, Veitstanz. Zehn Geschwister seien erblindet und „eine Seele“ von Kind habe sich nach dem Impfen in einen „wahren Teufel“ verwandelt.<sup>881</sup>

Leider gaben tatsächliche Impfschäden, wie die Syphilisüberimpfungen und Todesfälle aus Lebus, Tzschetzschnow und Buckau, Anlass zu weit verbreiteter Besorgnis.<sup>882</sup> Auch wenn die behördlichen Untersuchungen ergaben, dass es sich tatsächlich um eine sehr viel geringere Zahl an Erkrankungs- und Todesfällen handelte, als der Impfung ursprünglich angelastet worden war, erhielten Vorfälle dieser Art doch den Wert genereller Richtmaße und führten zu stetig ansteigender Sensibilisierung der Bevölkerung. Hierzu trugen Informationen, beispielsweise vom Ärztetag am 12. und 13. September 1879 in Eisenach, bei, die von offener Kritik über behebbare Impfmängel berichteten. So war in einem Vortrag die Rede von „fauligem Schmutz“, der durch technische Fehler eines Impfarztes verimpft worden sei.<sup>883</sup>

Ein weiteres schlagkräftiges Agitationsmittel bestand für die Impfgegner in den §§14 und 18 des Impfgesetzes, die bereits in den Debatten zur Impfgesetzgebung 1874 kritisiert worden waren. Obwohl §14 des Reichsimpfgesetzes keinen Zwang, sondern nur Strafen bei Nichterfüllung der Impfpflicht enthielt, konnten doch einige Staaten aufgrund der ihnen obliegenden Ausführungsbestimmungen und der Anerkennung ihrer bereits bestehenden Impfpflicht nach §18 Impfwang ausüben. Nach einer Bundesratsumfrage bestand in zwölf der 27 Bundesstaaten eine durch Gesetz oder Rechtsverordnung verankerte Zwangsimpfung. Mehrere impfgegnerische Juristen hatten sich mit der Auslegung befasst und waren der Meinung, dass die

<sup>881</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 1439.

<sup>882</sup> Sten.Ber. 2 (1875/76), 927-932, bes. 931.

<sup>883</sup> Ärztliches Vereinsblatt 89 (1879), 162.

Impfpflicht unvereinbar mit dem Grundgesetz sei.<sup>884</sup> Keinesfalls dürften nach Inhalt des §14 Kinder mit polizeilicher Gewalt zur Impfung vorgeführt werden, wie dies vielfach in Preußen geschehen war.<sup>885</sup> Grundsätzlich wurde der Impfwang als eine Verletzung der persönlichen Freiheit nach Anwendung des Artikels 3 der Reichsverfassung gewertet. Zudem müsse die Impfung als Körperverletzung angesehen werden, die dem Schutz nach §223 des Reichsstrafgesetzbuches entgegenstehe.<sup>886</sup>

Verschiedene Gerichte, die sich mit dem Umgang der Zwangsimpfung beschäftigt hatten, wie etwa Hamburg und Dresden 1878, Breslau und Frankfurt 1890, fällten widersprüchliche Urteile. Die damit entstandene unklare Rechtslage blieb über Jahrzehnte Angriffsthema für die Impfgegner. Die Entrüstung flammte nochmals auf, als das Königlich Preußische Oberverwaltungsgericht mit Urteil vom 30. Oktober 1908 beschieden hatte, dass der bisher gültige Rechtsgrundsatz, nach dem wiederholte Geldbußen für den gleichen Rechtsvorgang nicht möglich waren, aufgehoben wurde. Der Ortspolizeibehörde wurde die Befugnis erteilt, landesgesetzliche Zwangsmittel zur Durchsetzung der Anordnung des Reichs-Impfgesetzes anzuwenden. Das bedeutete, dass Kinder durchaus unter Zwang der Impfung zugeführt werden konnten.<sup>887</sup>

Nicht nur die ambivalente juristische Auslegung wussten die Impfgegner zu nutzen, sondern auch Klagen von Eltern in Preußen, deren Kinder unter Anwendung polizeilicher Gewalt geimpft worden waren. Besonders hart wirkten sich die Strafvorschriften des §14 bei Impfverweigerung auf minderbemittelte Schichten aus. So hatte beispielsweise ein Ehepaar Kunau den Reichstag ersucht, ihnen die zum zweiten Mal fälligen und für sie unerschwinglichen Strafzahlungen von 50 Mark zu erlassen, falls sie ihr Kind nach wiederholter Aufforderung nicht impfen ließen.<sup>888</sup>

Andere Gründe zur Impfverweigerung lagen in der Anschauung der naturnahen Lebensweise. Diese Bewegung kam Ende des 19. Jahrhunderts auf und gewann bald eine große Anhängerschaft. Zahlreiche Vertreter der organisierten Impfgegnerschaft gehörten Naturheilvereinen, Vereinen für Homöopathie und Gesundheitspflege oder dem Deutschen Vegetarierbund an. Die Vertreter dieser Lebensanschauungen bevorzugten alternativmedizinische Praktiken und lehnten die ärztlichen Lehrmeinungen ab. So zählte der Mitbegründer des „Impfgegner“

---

<sup>884</sup> Trüb/ Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, 75.

<sup>885</sup> Sten.Ber. 294 (1914), 8290.

<sup>886</sup> Maehle, Präventivmedizin, 136.

<sup>887</sup> Ebd., 137; Ärztliches Vereinsblatt 38 (1909), 334 und 808 (1911), 223-224.

<sup>888</sup> Sten.Ber.Anl. 302 (1912-1914), 1999.

Theodor Hahn die Pockenschutzimpfung zu den „Sieben Todsünden der Medizin“. Für ihn galt als einziger Schutz gegen Infektionskrankheiten die Abhärtung durch eine naturgemäße Lebensweise.<sup>889</sup> Nach ähnlichem Konzept profilierte sich der Berliner Gymnasialprofessor und Reichstagsabgeordnete Paul Förster (1844-1924), ein anderer höchst aktiver Impfgegner. Als Vegetarier und Lebensreformanhänger war er nicht nur Mitglied in zahlreichen anderen Vereinen, sondern auch Erster Vorsitzender und Mitbegründer des Deutschen Bundes der Impfgegner von 1896. Diese Vereinigung hatte 1891 anlässlich eines Kongresses den Gesetzentwurf zur Aufhebung des Impfgesetzes von 1874 beschlossen,<sup>890</sup> den Förster, von zahlreichen Petitionen begleitet, als Resolution im Reichstag einbrachte. Nach seiner Meinung war die Aufhebung des Impfgesetzes berechtigt, weil von „vielen Tausenden, ja, ich kann sagen Hunderttausenden deutscher Staatsbürger“ die Impfpflicht als „drückender Gewissenszwang“ empfunden würde.<sup>891</sup>

Die erneuten Erörterungen vom 12. März und 8. Mai 1896 verliefen für die Impfgegner genauso ergebnislos, wie wiederholte Eingaben<sup>892</sup> und auch die späteren ausführlichen Debatten vom 27. und 28. April 1914. Während dieser Diskussionen setzte man sich nochmals mit allen Problemen auseinander, die seit 1874 mit der Impfung in Zusammenhang gebracht wurden. Die Flut von über 3800 Petitionen, die bis 25. Dezember 1913 beim Reichstag eingegangen war, übte keinen Einfluss auf die mehrheitliche Überzeugung von der Nützlichkeit der Impfung und der Notwendigkeit des Impfwangs aus.

Die langjährigen intensiven Forderungen der Impfgegner, die bis 1918 anhielten, und auch die Bitte um Einführung der Gewissensklausel, wurden dem Reichskanzler lediglich „zur Erwägung“ überwiesen und blieben ohne Erfolg.<sup>893</sup>

Nach dem ersten Weltkrieg war die Zahl der Impfgegner gesunken. Nach den Angaben des Deutschen Reichsverbandes zur Bekämpfung der Impfung sank die Mitgliederzahl von 300.000 im Jahre 1914 auf nur noch 60.000 im Jahre 1924. Die Monatsschrift „Der Impfgegner“ war bereits 1919 eingestellt worden. Viele Impfgegner hatten sich inzwischen der Lebensreformbewegung angeschlossen.<sup>894</sup>

<sup>889</sup> Helmstädter, Zur Geschichte, 22.

<sup>890</sup> Trüb/ Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, 75.

<sup>891</sup> Sten.Ber. 2 (1896), 1397 und 2203.

<sup>892</sup> Ärztliches Vereinsblatt (1907), 36, 943-944: Die Beurteilung der großen Anzahl von Petitionen, die bis Dezember 1907 den Reichstag erreicht hatten, scheiterten an dem negativen Abstimmungsergebnis (14:10) in der Petitionskommission und wurden nicht weitergeleitet. Auch der Antrag vom 4. April 1911, in dem um Änderung des Impfgesetzes nachgesucht wurde, verlief ergebnislos.

<sup>893</sup> Sten.Ber. 294 (1914), 8287-8316 und 8322-8347, bes. 8346, 8347.

<sup>894</sup> Maehle, Präventivmedizin, 128; Helmstädter, Zur Geschichte, 22.

## 2 Die Reaktion der Ärzteschaft

Mit dem Erlass des Reichsimpfgesetzes ergaben sich neue Aspekte für die Ärzte. In der strenger statistischen Handhabung (nach §7 des Impfgesetzes)<sup>895</sup> sahen sie sich einer Überforderung von Pflichten und höherer Verantwortung ausgesetzt. Zudem fühlten sie sich als direkt beteiligte und mit den größten Impferfahrungen ausgewiesene Berufsgruppe übergangen: Nach §18 des Gesetzes sollten „die zur Ausführung erforderlichen Bestimmungen“ von den einzelnen Bundesstaaten getroffen werden. Statt für einheitliche Ausführungsverordnungen vor dem Erlass des Gesetzes zu sorgen und sich Rat bei impferfahrenen Ärzten einzuholen - so lauteten die Vorwürfe - habe man aus Zeitmangel darauf verzichtet. Nach Meinung vieler Ärzte war diese Begründung fadenscheinig. Vielmehr habe man eine ärztliche Beratung als nicht notwendig erachtet, ihnen aber besonders in Bezug auf die enormen Abimpfungsrisiken die alleinige Verantwortung aufgebürdet. Außerdem würden die Ärzte mit „unleidlichen Schikanen“, wie den zu erwartenden verpflichtenden statistischen Ermittlungen, „schlimmer als bisher unter die Bevormundung und Befehlshaberei von Beamten, und noch obendrein von ziemlich untergeordneten - und naturgemäß pedantischen - [...] gestellt“. Wenn die Reichsregierung „zweimal in einem Jahre reglementierend in das Berufsgebiet praktizierender Ärzte eingreift, wie durch das Impfgesetz §7“, wonach Impftabellen und Impfscheine mit statistischen Notizen zu versehen sind, „so werden wir Ärzte bald zu völligen Kanzleisklaven herabsinken“. Außerdem könne man von Ärzten nicht verlangen, „im Drange des Impfgeschäftes, in einer mit schreienden Kindern angefüllten Dorfstube“ die bei Kleinkindern im ersten Lebensjahr schwer erkennbare Syphilis und die Skrofeln völlig auszuschließen und sie möglicherweise „nach dem berüchtigten §17 des Reichsimpfgesetzes zur Strafe zu ziehen“.<sup>896</sup> Man solle sich zur Wehr setzen, empfahl Eberhard Richter, Schriftführer des deutschen Ärztevereinsbundes: „Dem Reichsimpfgesetz, besonders dem „Straf“-Paragraph 17 und seinem Tabellenwesen mögen sich alle unabhängigen Ärzte dadurch entziehen, dass sie überhaupt gar nicht mehr impfen, sondern ihre Pflégbefohlenen an den amtlich fungirenden Impfarzt verweisen, wie ich es schon seit einiger Zeit gethan habe.“<sup>897</sup>

Auch andere Ärzte, beispielsweise die Mitglieder des Ärztlichen Kreisvereins Karlsruhe, die mit den zahlreichen Fehlerquellen des Impfens vertraut waren, beschlossen, ab In-

<sup>895</sup> Paragraph 7: „Die Impfähzte vermerken in den [vom Vorsteher der betreffenden Lehranstalten vorbereiteten] Listen, ob die Impfung mit oder ohne Erfolg vollzogen, oder ob und weßhalb sie ganz oder vorläufig unterblieben ist. Nach dem Schlusse des Kalenderjahres sind die Listen der Behörde einzureichen.“

<sup>896</sup> Paragraph 17: „Wer bei der Ausführung einer Impfung fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu fünf-hundert Mark oder mit Gefängnißstrafe bis zu drei Monaten bestraft, sofern nicht nach dem Strafgesetzbuch eine härtere Strafe eintritt.“

<sup>897</sup> Ärztliches Vereinsblatt 2 (1875), 8-9.

krafttreten des Reichsimpfgesetzes am 1. April 1875 keine Vakzinationen und Revakzinationen mehr vorzunehmen, sondern diese ausschließlich den vom Staat bestellten Impfarzten zu überlassen.<sup>898</sup>

Die Problematik des Abimpfens, die besonders mit dem §17 eng zusammenhing, wurde durch eine Debatte verdeutlicht, die anlässlich des Ärztevereinstages in Düsseldorf am 28. Juni 1876 geführt wurde. So plante der Verein der Ärzte Ober-Schlesiens, mit einer Petition an das Gesundheitsamt eine Zusatzbestimmung zum Impfgesetz zu erwirken, die „die Mütter zur Abgabe von Impfstoff auf Verlangen des Impfarztes verpflichtet“. Sie begründeten ihre Eingabe mit den Schwierigkeiten, die Impfarzte häufig mit den sich hartnäckig weigernden Müttern hätten, die das Abimpfen von Lymphe von „den gesundesten Kindern“ verweigerten, selbst wenn ihnen Geld-Prämien in Aussicht gestellt würden. Von Seiten der Kollegen wurde ihnen jedoch wegen der Aussichtslosigkeit der Eingabe abgeraten. Das Impfgesetz könne nicht auf einen Abimpfzwang ausgeweitet werden, obwohl es „nicht anders möglich [sei], zu gesunder Lymphe zu gelangen“ und auch die wenigen vom Staat gegründeten Anstalten nicht in der Lage seien, genügend Lymphe zur Verfügung zu stellen.<sup>899</sup>

Die impfenden Ärzte wurden durch die mangelhafte Versorgung mit „guter“, d. h. frischer, wirksamer und erregerfreier Lymphe, direkt mit dem hauptsächlichen und berechtigten Kritikpunkt der Impfgegner konfrontiert. Bei der Von-Arm-zu-Arm-Impfung gab es keine Möglichkeit, eine Ansteckung oder Übertragung anderer Krankheiten, namentlich der Syphilis, selbst bei allergrößter Vorsicht zu vermeiden. Sie mussten, um qualitativ einwandfreie Lymphe zu erhalten, ein gesundes Kind zum Abimpfen auswählen. Dieses Kind wurde, oft mit einer sehr bemessenen Menge an Impfstoff aus einem Impfinstitut, vorgeimpft, um aus seinen Impfpusteln Lymphe für die Impfungen anderer Kinder entnehmen zu können. Oberstes Gebot musste dabei sein, einen so genannten Abimpfling mit großer Sorgfalt, d. h. durch eine gründliche Untersuchung auszuwählen. Nicht mit allerletzter Sicherheit ließen sich jedoch krankhafte Symptome ausschließen, vor allem dann nicht, wenn es sich um eine latente Syphilis handelte. Diese aus Sicht der Ärzte unabwendbare Tatsache, die sich tragischerweise durch verschiedene Vorfälle mit leichteren, aber auch schweren Nachfolgeerkrankungen und sogar Todesfolgen bestätigt hatte, führte auf Ärztetagen zu kritischen Auseinandersetzungen. Die impfgegnerischen Ärzte sahen ihre Argumente gegen die Impfung bestätigt, die sie in Eingaben beim Reichstag, durch Flugschriften, Broschüren und Vorträgen verbreiteten. Wir-

<sup>898</sup> Ärztliches Vereinsblatt 2 (1875), 46.

<sup>899</sup> Verhandlungen Ärztetag 54 (1876), 123-124.

kungsvoll erschienen allein schon die Titel, wie etwa „Hülferuf an den hohen deutschen Reichstag zur Wiederaufhebung des Impfzwangs“ (Dr. Meyer und Kanitz, Dresden), „Offenes Wort gegen Impfung und Impfzwang“ (Dr. Germann, Dresden), „Das Unbegründete der Vaccinationslehre und das Unberechtigte des Zwangs“ oder „Die schlimmen Folgen der Impfung“ (Dr. Lafaurie, Hamburg) und auch „Sündenregister der Medizinheilkunde“ (Theodor Hahn, unter dem Pseudonym Dr. Hennemann, St. Gallen).<sup>900</sup>

Die impfbefürwortenden Ärzte, die sich mit gleich hohem, jedoch sachlichen Engagement für die Impfung einsetzten, brachten zwar ebenso die unleugbaren Schwierigkeiten des Impfens offen zur Sprache und ließen es auch an Kritik unfähiger Kollegen nicht fehlen, versuchten aber, in wenig reißerischen aber sachlichen Vorträgen über strittige Fragen für Aufklärung zu sorgen und zur Vermeidung weiterer Probleme beizutragen.

So hatte sich Adolf Kußmaul (1822-1902) als einer der Ersten schon vor der ausgedehnten Epidemie von Anfang der 1870er Jahre mit der gemeinverständlichen Darstellung der Impffrage „Zwanzig Briefe über die Menschenpocken- und Kuhpockenimpfung“ für die Volksaufklärung eingesetzt. Nach Erlass des Impfgesetzes erschienen mehrere von Universitätsprofessoren und Ärzten verfasste wissenschaftliche Veröffentlichungen über die Pockenschutzimpfung, die insbesondere die interessierte Ärzteschaft informieren und weiterbilden sollten.<sup>901</sup> Ein wichtiges Forum waren die Ärztetage, auf denen praktische Erfahrungen, neuere statistische Erhebungen und wissenschaftliche Erkenntnisse ausgetauscht und vorgetragen wurden. Da es immer wieder um Abimpffehler und schlechte Lymphbeschaffenheit, Syphilisübertragung, ungenügende Vor- und Nachsorge geimpfter Kinder, Überlastung des Impfarztes und Übereilung bei Massenimpfungen ging, waren auf dem VII. Deutschen Ärztetag in Eisenach vom 12. und 13. September 1879 verschiedene Vorträge zu den im Brennpunkt stehenden Themen angesetzt worden. Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Impfung, die Impfkrankheit und ihre Komplikationen sowie die Schutzkraft und ihre Dauer sprach beispielsweise der erfahrene und bekannte Königsberger Kinderarzt Professor Dr. Heinrich Bohn. Er verhehlte seine Meinung über durchaus vermeidbare Vorfälle nicht: „Was endlich [...] in dem unsagbar kläglichen Falle meiner Heimat, in dem Dorfe Grabnick bei Lyck im Sommer 1878 verimpft worden ist, wo der Impfarzt vier Wochen lang mit dem einfach verkorkten Lymphfläschchen in der Tasche umhergefahren war, immer neuen Stoff, wie er ihn eben fand, zu dem alten sammelnd, und wo dieser Impfstoff schliesslich eine trübe röthliche Masse darstellte, die mit eiligen, tiefen und starkblutenden Wunden in die Haut der Kinder gebracht wurde – was da mit den Erfolgen von Rothlauf, Abscedirung etc. etc. verimpft wor-

<sup>900</sup> Ärztliches Vereinsblatt 51 (1876), 87.

<sup>901</sup> Trüb/ Posch/ Richter, Die Gegner der Pockenschutzimpfung, 76.

den ist, das müssen wir in Ermangelung wissenschaftlicher Termini, kurz einen fauligen Schmutz nennen.“<sup>902</sup> Ein anderer Vortrag behandelte die Syphilis und ihre verschiedenen Formen, die Übertragung und ihre Verhütung sowie die Impftechnik. Bemängelt wurde, dass wissenschaftliche Impfinstitute fehlten, die Aufklärung leisteten über Menge und Beschaffenheit der Lymphe, die Dauer der Vakzinewirkung, die richtige Festlegung des Revakzinationstermins, die Art der Verschickung animaler Lymphe oder über die Zahl der Impfpocken, der Stich- oder Schnittmethode. Der Referent meinte: „[...] die Impflanzette nach dem einzelnen Impfacte zu reinigen, muss als selbstverständliche Maassregel angesehen werden. Ich gestehe aber, dass ich Grund zu der Annahme habe, dass diese Vorsichtsmaassregel von den Impfärzten nicht selten in der leider oft so nothwendigen Uebereilung des Impfgeschäftes nicht beachtet worden ist.“<sup>903</sup> „Übertragbarkeit von Thierkrankheiten durch die animale Impfung“ war ein weiteres Vortragsthema, das der Leiter der Münchener Zentraltierarzneischule, Professor Otto von Bollinger (1843-1909), zur Information über die technische Gewinnung von Tierlymphe behandelte. Nach dem abschließenden Urteil konnte durch „Anwendung der animalen Vaccine bei der menschlichen Schutzimpfung [...] die Möglichkeit der Ueberimpfung von Infectionsstoffen so gut wie vollständig“ ausgeschlossen werden.<sup>904</sup>

Konzepte, die für eine fachgerechtere Ausbildung der Impfärzte sorgten, sollten ausgearbeitet werden, da die Impfsyphilis „zu den dunkelsten Punkten der Vaccination gehört“. Zur Einführung der animalen Vakzination wurde ein Instruktionssentwurf vorgelegt, der die notwendigen Empfehlungen enthielt, um „mögliche Gefahren der Impfung auszuschliessen, andertheils aber auch den Impfarzt vor ungerechter Verfolgung zu schützen“. Entsprechend dieses Vorschlags wurde auf Empfehlung von Robert Koch im Kaiserlichen Gesundheitsamt eine Kommission gebildet, die nach dem Entwurf entsprechende Richtlinien ausarbeitete. Diese wurden am 18. Juni 1885 vom Bundesrat herausgegeben.<sup>905</sup> „Mittelpunkt“ zur „gedeihlichen Fortführung der Impfung“ stand die Züchtung tierischer Lymphe. Außerdem schlug man zur Vermeidung von Impfschäden vor, die Impfinstrumente nach jeder Impfung, und den Lymphe-Behälter nach einmaliger Benutzung zu desinfizieren. Auch sollten Studierende neben theoretischen, besonders praktische Unterweisungen in der Impfmethode erhalten. Ein weiterer Punkt war, für die öffentlichen Impf- und Nachimpfungstermine möglichst die Monate April, Mai

<sup>902</sup> Ärztliches Vereinsblatt 89 (1879), 161.

<sup>903</sup> Ebd., 166.

<sup>904</sup> Ebd., 139.

<sup>905</sup> Henig, Eva-Maria; Krafft, Fritz: Pockenimpfstoffe in Deutschland. In: [www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/1999-38/titel.htm](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/1999-38/titel.htm) vom 27.06.2008, 16.25 h. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), III (Denkschrift).

und Juni, keinesfalls jedoch die Zeit zwischen Dezember und Februar oder vom 15. Juli bis zum 1. September auszuwählen.<sup>906</sup>

Dass gerade auch die zeitliche Festlegung bei Impfungen von Bedeutung war, bestätigt ein Ereignis aus Flensburg. Dort war ein Arzt zu einer Geldstrafe von zwanzig Mark verurteilt worden, weil er sich geweigert hatte, im Januar Nachimpfungen vorzunehmen. Er hatte die Eltern öffentlich aufgefordert, lieber eine Geldstrafe von zwei Mark wegen Impfverweigerung in Kauf zu nehmen, als die „zarten Kindernaturen“, die im Winter leichter zu Erkrankungen neigen, impfen zu lassen. Die Nachimpfung sollte in die „milde“ Jahreszeit von Mai bis Juni verschoben werden, zumal eine Pockenepidemie momentan nicht in Aussicht stehe. Diese ärztliche Entscheidung war als „Ungehorsam gegen eine von der zuständigen Obrigkeit getroffene Verfügung“ ausgelegt worden, obwohl im Reichsimpfgesetz unter §6 die Impfzeiten „von Anfang Mai bis Ende September“ festgeschrieben worden waren.<sup>907</sup>

Weitere Auflagen für Ärzte, die der Verbesserung des Schutzes gegen schädliche Nebenwirkungen der Impfung dienen sollten, erschienen am 16. Juni 1897. Diese Richtlinien waren im Kaiserlichen Gesundheitsamt unter Mitwirkung von Impfgegnern in einer Sachverständigenkommission ausgearbeitet worden. So wurde zur Vorschrift, dass nur noch Lymphe aus staatlichen Impfinstituten verimpft werden durfte. Ebenso wichtig waren die aufklärenden Hinweise für die Angehörigen Geimpfter, wie etwa, dass bei der Erstimpfung deutlich sichtbare Narben entstünden oder dass es trotz größtem Schutz zu Wundinfektionen kommen könne.<sup>908</sup> Rötung, Hautjucken, Fieber, seltener Hautausschlag am ganzen Körper, Wundinfektionen wie Vakzinalgeschwür oder Achsellymphdrüsenentzündung, Impferysipel und die Überimpfung von Syphilis als mögliche nachteilige Impfnebenwirkungen waren bereits 1884 vom Kaiserlichen Gesundheitsamt anerkannt worden.<sup>909</sup>

Eine ergänzende Impfvorschrift vom 8. und 9. Juli 1899 verweist auf eine verbesserte praktische Vorbereitung der Impfähfzte. So mussten sie etwa nachweisen, dass sie an mindestens zwei öffentlichen Vakzinations- und Revakzinationsterminen teilgenommen und sich die erforderlichen Kenntnisse über die Gewinnung und Konservierung der Lymphe erworben hatten.<sup>910</sup>

<sup>906</sup> Ärztliches Vereinsblatt 89 (1879), 137, 140-142, 162-165.

<sup>907</sup> Ärztliches Vereinsblatt 77 (1878), 100; Sten.Ber.Anl. 3 (1874), 273 (Impfgesetz).

<sup>908</sup> Ärztliches Vereinsblatt 390 (1899), 66-67.

<sup>909</sup> Schulz, Impfung, 23-24.

<sup>910</sup> Ärztliches Vereinsblatt 420 (1900), 185.

Für viele Ärzte deprimierend wirkte die Erfahrung, dass es auch bei ausschließlicher Verwendung von Tierlymphe und sterilen Instrumenten immer noch zu Impfschädigungen kam. Neben Impffolgen, wie dem Erysipel und der Zellgewebsentzündung galt es, auch sekundäre Infektionen, die durch Übertragung auf andere Körperstellen entstanden, bei ungeimpften mit Ekzem behafteten Kindern zu verhüten. Da aus ihrer Sicht die allgemeinen Verhaltensvorschriften nicht ausreichten, wurde vorgeschlagen, dass Eltern und Erzieher schon vor dem Impftermin mit Vorträgen zu belehren, ihnen nützliche Ratschläge für hygienisches Verhalten zu erteilen, auf die Wirkung der Impfung nachhaltig hinzuweisen und die Gefahr der Impfgegnerschaft zu erklären seien. In jedem Fall sollten sie darüber informiert werden, dass es durch Einschleppung immer wieder zu kleineren Pockenepidemien kommen könne und deshalb die Impfung nach wie vor von äußerster Wichtigkeit sei, eine Haltung, die die impfbefürwortende Ärzteschaft trotz aller Schwierigkeiten beibehielt.<sup>911</sup>

### 3 Petitionen bewirkten Innovationen

Die bekannten bedrohlichen Krankheitsübertragungen, die mit der Impfung einhergehenden Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen, die Unsicherheit über die Wirksamkeit der Impfung und der durch Strafandrohung nahezu unumgängliche Zwang waren Beweggründe, die nach Erlass des Reichsimpfgesetzes die Zahl der Impfgegner drastisch erhöhte.

In 21 Petitionen mit mehr als 30.000 Unterschriften hatten sich Impfgegner mit der Forderung um Aufhebung des Impfgesetzes an den Reichstag gerichtet. Da die Eingaben vor allem an den vormaligen Hauptgegner des Impfwangs, August Reichensperger, adressiert worden waren, nahm dieser auf der Sitzung am 26. Januar 1876 noch einmal ausführlich zum Impfwang Stellung. Allerdings erreichte er nicht, eine erneute Beratung im Plenum herbeizuführen. Die Gründe, die dagegen sprachen, erklärte der Referent der Petitionskommission, Georg Thilenius (1830-1885): Man habe alle in den Petitionen erwähnten Aspekte bereits während der Debatte vor dem Gesetzerlass ausgiebig diskutiert. Das Gesetz sei „erst zu kurze Zeit in Wirksamkeit“, so dass aus den bisherigen „Erfahrungen noch keine Veranlassung zur Aufhebung oder Abänderung desselben entnommen werden kann“.<sup>912</sup>

---

<sup>911</sup> Ärztliches Vereinsblatt 595 (1907), 181-182.

<sup>912</sup> Sten.Ber. 2 (1875/76), 927-932, bes. 931.

## 1878: Untersuchungen der Lymphqualität und Syphilisverbreitung

Fünzig Eingaben über Impfschäden aus den Jahren 1876 und 1877 beschäftigten die Petitionskommission erneut. Großes Aufsehen und eine breite Diskussion der gesamten Impfproblematik in der Presse, in Ärzteverbänden und Naturforscherversammlungen hatten verschiedene Fälle von Krankheits- und Syphilisübertragungen ab Mitte 1876 ausgelöst, die eine Stellungnahme zu den kritischen und alarmierenden Vorfällen in Lebus (vom 24. Juni 1876), Tzschetzschnow bei Frankfurt an der Oder (vom 21. und 28. Juni 1876) und in Buckau bei Magdeburg (vom 24. Mai 1877) notwendig machte.<sup>913</sup>

Zu diesen schweren Vorfällen berichtete die Petitionskommission am 10. Mai 1878: Nach den Ermittlungen des Medizinalministeriums in Preußen sei in Lebus ein Kind zur Abimpfung ausgewählt worden, das mit guter Lymphe aus dem Provinzialimpfinstitut Magdeburg geimpft worden war. Bei diesem „Stammimpfpling“ habe wohl aufgrund der Familienanamnese eine latente Syphilis bestanden, die jedoch zur Zeit der Abimpfung nicht diagnostiziert werden konnte, zumindest seien keine offensichtlichen Hinweise darauf zu erkennen gewesen. Mit der offenbar infizierten Lymphe dieses Kindes waren 26 Schulmädchen revakziniert worden. Während bei elf Mädchen die Impfung normal verlief, hatten sich bei drei Mädchen größere, länger eiternde Impfstellen gezeigt. Später habe man bei zwölf Mädchen eine Syphilis festgestellt. Zeugen berichteten von einem früheren Ausschlag bei dem Abimpfpling, der jedoch zur Zeit der fraglichen Impfung nur noch an den Oberschenkeln vorhanden gewesen sei. Gegen den Impfarzt war wegen Fahrlässigkeit Anklage erhoben worden, die aber nach dem Sachverständigenurteil aufgehoben wurde mit der Begründung, dass „das frühere Vorhandengewesensein von Beulen und Geschwüren (Furunkeln) bei einem Kinde nicht als Grund anzusehen sei, dasselbe nicht als Stammimpfpling zu benutzen“.<sup>914</sup>

Im Fall Tzschetzschnow waren zwei bis acht Monate nach der Impfung von 81 Kindern sieben gestorben und zahlreiche an Ausschlägen erkrankt. Die behördlichen Untersuchungen hatten ergeben, dass erst acht Monate nach der Impfung Anzeige erstattet worden war. Aus dem Bericht ging hervor, dass der Tod von weiteren elf Kindern durch zwischenzeitliche „schädliche Einflüsse“ verursacht worden sei. Ein Kind war dreizehn Tage nach der Impfung an „Brechdurchfall“, ein anderes an „Blutvergiftung“ gestorben. Die Untersuchung der vier Abimpfplinge durch den Regierungsmedizinalrat und den Kreisphysikus hatte keinen Anhalt für eine bestehende Syphilis ergeben. Deshalb wurde die Behauptung, dass bei der Impfung Syphilisübertragungen stattgefunden hätten, als nicht gerechtfertigt zurückgewiesen.

<sup>913</sup> Ärztliches Vereinsblatt 73 (1879), 87; 87 (1879), 125-132.

<sup>914</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 1443-1444.

Die Anzeige war von einem homöopathischen Arzt erstattet worden. Dieser habe die Mehrzahl der Kinder nur einmal gesehen, nachdem sie nach der Impfung „zu kränkeln angefangen hätten“. Er behauptete, die meisten mit homöopathischen antisyphilitischen Arzneimitteln, die er nicht näher bezeichnen wollte, erfolgreich behandelt zu haben.<sup>915</sup>

Auch die Erkrankungen, die in Buckau nach der Impfung aufgetreten waren, ließen sich nicht eindeutig beurteilen. Von fünf Kindern, die sich eine Wanderrose zugezogen hatten, starb ein Kind. Da der Tod erst vier Wochen nach der Impfung eingetreten war und ohne dass ein approbierter Arzt das Kind behandelt hatte, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob die Todesursache einer Infektion, die durch die Impfung verursacht wurde, zuzuschreiben war, oder der in dieser Gegend öfter vorkommenden Wanderrose, oder der falschen oder unzulänglichen Behandlung „blos mit Mehlumschlägen“ des Privatarztes.<sup>916</sup>

Wenn auch, wie der Berichterstatter Thilenius ausdrücklich betonte, diese „Fälle keineswegs als Gegenbeweis gegen die Nothwendigkeit des Impfens angesehen werden dürften [...], enthielten sie doch die allerernstete Mahnung an den Staat, dass er den Impfwang nur auf die Dauer durchzuführen vermöge, wenn er in der Lage sei, einen solchen Eingriff in die persönliche Freiheit der Bürger, wie ihn das Impfwangsgesetz mit sich bringe, mit derartigen Kautelen zu umgeben, dass der Impfling, soweit es in ärztlichem und staatlichem Zuthun liege, vor Schaden an seiner Gesundheit möglichst gesichert werde“.<sup>917</sup>

Bezüglich der Freisprechung des Impfarztes von Lebus äußerte er, dass „bei der Impfung von Arm zu Arm auch bei aller Vorsicht von keinem Arzt eine unbedingte Garantie, dass in keinem einzigen Falle irgend welcher Schaden geschehe, zu verlangen“ sei. Allergrößte Vorsorge sollte deshalb nicht nur den Ärzten, sondern auch den Staatsbehörden auferlegt werden. Zur Vermeidung von Syphilisüberimpfungen sollte zukünftig nur noch mit „unschädlich erprobter animalischer Lymphe durch Benutzung von Fersen zur Erzeugung derselben“ geimpft werden, auch wenn ein Mehraufwand an Organisation und finanziellen Mitteln notwendig würde.<sup>918</sup> Neben der Fürsorge für die animalische Lymphe müsse „die Regierung die Frage der Verbreitung der Syphilis und ihrer Ursachen in ernstliche Erwägung ziehen und energische Mittel ergreifen, um jener in ihren Wirkungen so verhängnißvollen Seuche abwehrend entgegen zu treten, wenn auch, [...] aus jenen Unglücksfällen ein Anlaß zur Aufhebung des Impfwanges, wie ihn die Petenten verlangen, durchaus nicht zu entnehmen sei“. Erneut

---

<sup>915</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 1445.

<sup>916</sup> Ebd., 1445-1446.

<sup>917</sup> Ebd., 1446.

<sup>918</sup> Ebenda.

verwies der Impfwanggegner Reichensperger auf den „tiefen Eingriff in die persönliche Freiheit und in die Rechte der Eltern gegen die Kinder“ und auf die Pflicht und Gewissenhaftigkeit der Abgeordneten. Dazu zitierte er Robert von Mohl (1799-1875), Professor für Staatswissenschaften in Tübingen und Heidelberg: „Die einzige schwierige Frage ist, ob der Staat zur Impfung nöthigen dürfe? Wäre eine irgend in Anschlag zu bringende Gefahr damit verbunden, so würde sich ein solcher Zwang schwerlich rechtfertigen lassen.“<sup>919</sup>

Die Petitionskommission schlug dem Reichstag vor, den Reichskanzler um die Veranlassung von folgenden Untersuchungen zu bitten

- „- über die Frage, ob und wie weit die Impfung mit animaler Lymphe allgemein im Deutschen Reich durchgeführt werden könne,
- über die gegenwärtige Verbreitung der Syphilis in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters und über entsprechende Maßregeln zu deren wirksamer Einschränkung“.<sup>920</sup>

### **1883: Sachverständigenkommission und Impfstatistik**

Weitere 43 Petitionen hatten eine erneute Reichstagsdebatte erwirkt. Am 6. Juni 1883 sollte die Notwendigkeit und Entbehrlichkeit der Impfung und die Beibehaltung oder Änderung des Impfgesetzes geklärt werden.<sup>921</sup> Dazu lag ein umfangreicher 24-seitiger Bericht der Petitionskommission vom 29. Januar 1883 vor. Darin hieß es, dass die Petitionen die üblichen Anschuldigungen enthielten - vom Berichterstatter Thilenius kommentiert als Taktik der Impfgegner -, die „unentwegt immer beim Alten [blieben] und damit die Bevölkerung, die ja kaum in der Lage sei, in der so äußerst schwierigen und komplizierten Impffrage sich ein eigenes objektives Urtheil zu bilden, den Eindruck hervor[riefen], als handele es sich um etwas Nagelneues“. Deshalb müsse sich die Reichsregierung um mehr Belehrung in der Tagespresse bemühen und die impffreundlichen Ärzte sollten ihre erfolgreichen Arbeiten nicht in der Fachpresse, sondern in Tagesblättern gemeinverständlich veröffentlichen, damit die wachsende Beunruhigung vor allem der Mütter auf das „richtige Maß“ zurückgeführt werde.<sup>922</sup>

<sup>919</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 1447-1448.

<sup>920</sup> Ebd., 1437-1450, bes. 1447, 1450.

<sup>921</sup> Sten.Ber. 4 (1882/83), 2858-2870.

<sup>922</sup> Sten.Ber. 5 (1883), 560-584, bes. 567.

Die unangemessenen Verunglimpfungen und maßlosen Übertreibungen von Impfschädigungen, von denen Thilenius sprach, enthielten neben der beständig angeprangerten unzulänglichen wissenschaftlichen und statistischen Beweisführung auch Fragen nach dem Nutzen der Impfung oder Vorwürfe, die sich einer sachlichen Grundlage völlig entzogen: Die Impfung sei ein Fluch für die Menschheit und schädige das Rechtsbewusstsein, die sittlichen Instinkte und die Gesundheit des Volkes. Das Impfgesetz, „die ethische und hygienische Monstrosität“, müsse beseitigt werden, weil der Staat kein Recht zur Zwangsvergiftung habe, denn „das Blut sei freies Eigenthum des Menschen“ und dürfe nicht unter polizeiliche Aufsicht gestellt werden. Da „der Impfung“ Geimpfte und Ungeimpfte befallende Gefahren und Krankheiten mannigfacher Art, wie Syphilis, Skropheln und Tuberkulose nach sich ziehe, sei die Impfung eine „Syphilisation“. Durch die Impfung mit ihren exorbitanten Kosten würde ein spezieller Stand, nämlich der der Ärzte, bevorzugt. Die Ärzte seien oft Impffanatiker, die das Kuhpockengift verwendeten, das nach der Lehre der Naturheilkunde eines der schmutzigsten Gifte sei und schädlich im Körper wirke, wenn auch nicht sofort, so doch sicher in späteren Jahren. Man müsse weder impfen noch Furcht vor den Pocken haben, da sie nicht so gefährlich seien und mit Isolierung, Desinfektion, kalten Waschungen und Lüften erfolgreich behandelt werden könnten. „Die Zwangsverfolgung mit der oft vergifteten Impflanzette sei eine von der Moral, Religion und Wissenschaft ungerechtfertigte, ebenso sinnlose wie abergläubische Maßregel.“<sup>923</sup>

Neu hinzugekommen war die Behauptung, dass „auch durch Animallymphe [...] das Blut und die normale Entwicklung des Körpers geschädigt“ werde,<sup>924</sup> die in direktem Widerspruch zu der als aussichtsreich geltenden „animalen Vaccination“ stand, mit der zukünftig die am häufigsten vorgetragenen und unbestreitbaren Impfschädigungen bzw. Impfübertragungen vermieden werden sollten. Zu dem nicht einfachen Sachverhalt dieser seit einigen Jahren in der Entwicklung und Diskussion stehenden Impfmethode hatte Robert Koch Stellung genommen, der als Regierungsbeauftragter und Mitglied des Gesundheitsamts inzwischen der Petitionskommission angehörte. Nach seinen Erläuterungen könnten unzweifelhaft Syphilis, Rotlauf und Skropheln übertragen werden, doch seien die Impfschädigungen im Verhältnis zu dem Nutzen der Impfung „überaus gering“. Die Übertragung könne vermieden werden, wenn die Impfung nicht „vom Menschen auf den Menschen geschehe, [sondern] wenn die Lymphe von einem Thier, z. B. vom Kalbe, entnommen werde“. Die so gewonnene Lymphe garantiere nicht nur eine einwandfreie Wirkung, sondern schließe auch zusätzliche Vorteile ein, wie etwa eine lange Lebensdauer durch Konservierung, eine Kostenersparnis

<sup>923</sup> Sten.Ber.Anl. 5 (1883), 560-565.

<sup>924</sup> Ebd., 561.

und die gesundheitliche Überprüfung der Tiere sowohl durch Probeimpfungen, als auch durch Untersuchungen nach der Schlachtung. Die mehrfach vorgetragenen Einwände, dass wegen der Seltenheit echter Kuhpocken, eher „unechte“ Kuhpockenlymphe verimpft würde, wies er zurück. In Deutschland verwende man nur echte seit 1866 im französischen Beaugency kultivierte Kuhpockenlymphe oder von Kindern entnommene gute Lymphe. Diese erzeuge durch Überimpfung bei Kälbern „vortrefflich entwickelte Pocken“, aus denen die so genannte Retrovaccine gewonnen werde. Nachdem diese ein- bis zweimal durch den Körper des Kalbes gegangen sei, biete sie dieselbe Garantie gegen Verunreinigungen mit Syphilis, wie die originären Kuhpocken. Nach Ansicht von Koch würden alle Mängel der Kuhpockenimpfung ausgeräumt werden können. Es „scheine deswegen gerade dieser Moment der am wenigst geeignete zu sein, um in die Impfgesetzgebung Aenderungen eintreten zu lassen“. Man solle eher erst die Ergebnisse des „Experiments“ der Schweiz abwarten, wo einzelne Kantone den Impfwang aufgehoben, andere ihn beibehalten hätten.<sup>925</sup>

Unter dem Aspekt, „dass in einem geordneten Staatswesen gewisse Beschränkungen der persönlichen Freiheit unvermeidlich sind, [...] so weit das allgemeine, öffentliche Interesse dem persönlichen Interesse des Einzelnen vorgeht“ wurde mit großer Mehrheit der Antrag der Petitionskommission angenommen, und beschlossen, den Reichskanzler zu ersuchen, er wolle

- „1. thunlichst bald eine Kommission von Sachverständigen berufen, welche unter Oberleitung des Reichsgesundheitsamts den gegenwärtigen physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage, insbesondere in Bezug auf die Kautelen prüft, die geeignet sind, die Impfung mit der größtmöglichen Sicherheit zu umgeben, und die – eventuell unter allgemeiner Durchführung der Impfung mit animaler Lymphe – Maßregeln zum Zweck dieser Sicherung vorschlägt;
2. eine brauchbare Impfstatistik herbeiführen auf Grund obligatorischer Anzeigepflicht bezüglich der vorkommenden Pockenerkrankungen und deren Verlauf an die zuständige Reichsbehörde;
3. dem Reichstag seiner Zeit über den Erfolg der getroffenen Maßnahmen Mittheilung machen.“<sup>926</sup>

<sup>925</sup> Sten.Ber.Anl. 5 (1883), 579-581, bes. 564.

<sup>926</sup> Sten.Ber. 4 (1883), 2859-2870, bes. 2863, 2870 und Sten.Ber.Anl. 5 (1883), 584.

## **1888: Richtlinien zur Einführung von Impfungen mit Tierlymphe (Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts)**

In einer 1888 veröffentlichten Denkschrift waren alle einschlägigen Erkenntnisse und Erfahrungen über die Pockenschutzimpfung zusammengetragen worden. Bei der Durchsicht der Impflisten habe man den Eindruck gewonnen, so wurde einleitend festgestellt, dass Pocken in Deutschland kaum noch vorhanden seien. So gab es 1886 in Berlin nur einen Todesfall, in Breslau, Dresden, Köln, Frankfurt (Main) keinen, in München zwei und in Leipzig drei Todesfälle. Der Vergleich zu entsprechenden Städten im Ausland zeigte, dass die Pockensterblichkeit beispielsweise in Österreich 81mal, in Ungarn 607mal, in der Schweiz 54mal und in Belgien 48mal sehr viel höher war. England wies eine doppelt so hohe Pockensterblichkeit auf. Dort bestand zwar die obligatorische Impfung Jugendlicher, jedoch keine Pflicht zur Revakzination.<sup>927</sup>

Zum physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage hatte die Sachverständigenkommission zusammenfassend festgestellt, dass das einmalige Überstehen der Pocken und die Vakzination weitestgehenden Schutz gegen eine nochmalige Pockenerkrankung biete. Zwei Impfpocken und eine Wiederimpfung nach zehn Jahren seien notwendig. Die Impfung habe individuellen, besonders aber allgemeinen Nutzen.

Beachtenswert war die Erklärung, dass die Impfung mögliche Gefahren mit sich bringe. So könnten vereinzelt Wundkrankheiten und bei der Verwendung von Menschenlymphe eine Syphilisübertragung, selbst bei gewissenhaftestem Vorgehen, nicht völlig ausgeschlossen werden. Trotz dieser nur sehr seltenen Schädigungen überwiege grundsätzlich der Nutzen der Impfung. Seit der Einführung der Impfung seien weder ein vermehrtes Auftreten bestimmter Krankheiten noch Sterbefälle als Impffolgen wissenschaftlich nachgewiesen worden.<sup>928</sup>

Zusätzliche Bestimmungen für Ärzte verboten Impfkationen während ansteckender Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Croup, Keuchhusten, Typhus oder rosenartiger Entzündungen. Beim ersten Auftreten von Impffrotlauf sollte die Impfung unterbrochen werden. Gedruckte Verhaltensvorschriften für Eltern seien schon vor dem Impftermin auszugeben, Überfüllungen am Impfort sollten vermieden und Erst- und Wiederimpfungen streng getrennt werden.

---

<sup>927</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), III.

<sup>928</sup> Ebd., VII-VIII.

Nach den Tabellen-Angaben der Denkschrift war zum Beispiel für Preußen folgende Pockensterblichkeit angegeben:

1816 (16 Jahre nach Einführung der Impfung)		
4.690 Pockentote bei ca. 10 Mio Einwohnern	=	45,32/1000/Einw.
1870 (zu Beginn der Einschleppung der Pocken aus Frankreich)		
4.200 Pockentote bei ca. 23 Mio Einwohnern	=	17,52/1000/Einw.
1871 (während der ausgedehnten Epidemie)		
59.839 Pockentote bei ca. 24 Mio Einwohnern	=	243,21/1000/Einw.
1886 (12 Jahre nach Einführung des Impfgesetzes)		
138 Pockentote bei ca. 28 Mio Einwohnern	=	0,49/1000/Einw.

Von allen erfolgreich geimpften Kindern des 1. bis 10. Lebensjahres wurde kein an Pocken verstorbenes Kind gemeldet, ebenso nicht von allen rechtzeitig Wiedergeimpften und von allen Personen, die das 13. bis 44. Lebensjahr vollendet hatten.<sup>929</sup>

Bis 1880 wurden in Europa rund 750 Fälle wahrscheinlich im Zug der Vakzination übertragene Syphiliserkrankungen bekannt, davon neun als amtlich anerkannte „Impfsyphilis“-Fälle im Deutschen Reich.<sup>930</sup>

Auf Beschluss des Bundesrats vom 18. Juni 1885 sollte nur noch Tierlymphe verwendet werden, obwohl dadurch die Impfungen erheblich teurer wurden. Doch erst 1917 waren genügend Anstalten errichtet worden, die in der Lage waren, die benötigte Menge an Impfstoff zu produzieren und bereitzustellen. Die Verwendung von Tierlymphe konnte deshalb erst zu diesem Zeitpunkt verbindlich vorgeschrieben werden.<sup>931</sup>

### **1896: Ist das Reichsimpfgesetz von 1874 noch gültig?**

Anlass für zwei eingehende Beratungen am 12. März und 8. Mai 1896 gaben verschiedene Petitionen und Gesetzentwürfe zur Aufhebung des Impfgesetzes von 1874 bzw. des Impfwangs.<sup>932</sup> Zur Erörterung dieses komplexen Sachverhalts lag die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts<sup>933</sup> vor, die im Auftrag des Bundesrats vom 18. Juni 1885 erstellt wor-

<sup>929</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888), 23-24, 73.

<sup>930</sup> Maehle, Präventivmedizin, 137-138.

<sup>931</sup> Henig/ Krafft, Pockenimpfstoffe in Deutschland.

<sup>932</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1895-97), 1678 und 7 (1895-97), 4468.

<sup>933</sup> Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1888).

den war. Sie enthielt Beschlüsse der Sachverständigenkommission über den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage, umfangreiche Impfstatistiken sowie Informationen über die Beschaffung und Verwendung von Tierlymphe. Damit entsprach die Denkschrift den Anforderungen, die am 6. Juni 1883 per Reichstagsbeschluss getroffen worden waren. Sie war gleichzeitig Grundlage der seit Jahren bestehenden kontroversen Sichtweisen der Impfgesetzgebung; den Impfgegnern diente sie als Angriff, den Impfbefürwortern als Verteidigung.

Einer der engagiertesten Opponenten, der Reichstagsabgeordnete Paul Förster, Mitbegründer und Erster Vorsitzender des seit 1896 bestehenden Deutschen Bundes der Impfgegner, verwies darauf, dass er und seine Kollegen um die Aufhebung des *Zwangs* kämpften. Gründe seien, dass bei „Hunderttausenden deutscher Staatsbürger, Vätern und Müttern“ der „drückende Gewissenszwang“ bestehe, der „in Deutschland mehr als eine Million Krankheitsfälle mit sich gebracht“ habe.<sup>934</sup> Das 1874 eher aus Überredung als aus Überzeugung zustande gekommene Gesetz enthalte den voreilig, „in einer Art Hurrahstimmung“ gefassten Zwang.<sup>935</sup> Es sei eine Entscheidung gewesen, die sich auf vermeintlich umfangreiches heute nicht mehr relevantes statistisches Material verlassen und auf einen der wichtigsten Punkte gestützt habe, der damals von der Königlichen Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen erarbeitet worden war: „Es liegt keine verbürgte Thatsache vor, welche für einen nachtheiligen Einfluß der Impfung auf die Gesundheit des Menschen spricht.“ Bis heute sei das gelieferte statistische Material nicht verwertbar, der Impfschutz nachweislich nicht von Dauer und wissenschaftliche Beweise nicht erbracht. Dazu führte Förster einige Beispiele für statistische Fehler an und berief sich auf Aussagen, die auf der Naturforscher- und Ärzteversammlung 1895 angeblich gegen die Schutzimpfung gerichtet worden waren.<sup>936</sup> Durch zahlreiche Impfverweigerungen und nachfolgender Prozesse – allein in Hannover gäbe es 1300 Strafverfügungen - sei ein „Rechtswirrwarr“ entstanden, weil die Gerichte aus Unsicherheit verschieden hohe Strafen angesetzt hätten. Dies beweise der Fall der Familie Butterbrod aus Hildesheim, der eine „Vergewaltigung, eine [...] Knebelung der Freiheit des Staatsbürgers“ darstelle. Man habe die Kinder zwangsweise geimpft, während der Vater in Gewahrsam des Polizeidirektors war und die Mutter krank zu Bett lag. „Eine solche Eigenmächtigkeit der Behörden und der Gerichte“ hätten die Väter des Gesetzes nicht gewollt. Weder Notwendigkeit noch „Segen“ der Impfung seien hinreichend nachgewiesen, „noch kann in Abrede gestellt werden, dass Impfschädigungen vorkommen, vorgekommen sind und immer wieder

---

<sup>934</sup> Sten.Ber. 2 (1896), 1395.

<sup>935</sup> Ebd., 1396.

<sup>936</sup> Ebd., 1397.

vorkommen werden“.<sup>937</sup> Ein neu erfundenes Verfahren könne nicht als Zwangsverfahren eingeführt werden, denn „[w]ohin kämen wir denn, wenn wir allen solchen Lehren nachgeben wollten und unseren Leib zum Probegegenstand der vorgeschlagenen Schutzimpfungen hergeben wollten!“ [...] „[D]ie Naturwissenschaft und die auf die Heillehre übertragene Naturwissenschaft erheben den Anspruch, alle Infektionskrankheiten in einer ähnlichen Weise im voraus verhüten zu können, wie man es mit den Pocken fertig gebracht zu haben meint.“ Man solle sich keiner Täuschung hingeben und das Gesetz vom Jahre 1874 nachträglich ablehnen, wie dies mit dem Impfgesetz gerade in Holland geschehen sei.<sup>938</sup> Bezüglich der Denkschrift bemängelte er neben den fehlerhaften statistischen Unterlagen auch die dehnbaren Begriffe, die bezüglich der Angaben zu Pockenerkrankungen bei Geimpften aufgeführt worden waren, z.B. die Impfung könne etwa zehn Jahre halten oder Impfungen seien mit „schlechtem“ Impfstoff oder „ohne Erfolg“ durchgeführt worden. Man könne die Impfgegner auch nicht nur als Laien bezeichnen. Es gebe Vertreter aus allen Klassen und besonders seien auch Ärzte darunter. „Da die Geschichte der Wissenschaft zugleich eine Geschichte der menschlichen Irrthümer“ sei, wolle man beschließen, den Bundesrat aufzufordern, eine freie Kommission aus Vertretern und Gegnern des Zwangs zu berufen zum Zweck der Prüfung, 1) ob die Voraussetzung, unter denen das Impfgesetz von 1874 zu Stande gekommen ist, noch zutreffen, und ob das Gesetz im Sinne der Gesetzgebung ausgeführt worden ist, 2) das Ergebnis im Reichstag zur Beratung einzubringen, 3) bis dahin die „Verfolgung der Impfweigerer“ auszusetzen.<sup>939</sup>

Diese Forderungen waren ebenfalls Ziel des Abgeordneten Paul Reißhaus (1855-1920),<sup>940</sup> der seinem Vorredner in Anklagen gegen das Impfgesetz nicht nachstand: Kein anderes Reichsgesetz habe soviel Widerspruch und Widerstand im Volk erfahren, wie die 5000 Petitionen mit Hunderttausenden von Unterschriften bewiesen. Die Behörden zwängen zur Impfung, obgleich keine Pockenepidemie ausgebrochen sei. Die Impfung sei eine „Charlatanerie“, „ein wissenschaftliches Verbrechen“, zitierte er einen Mediziner aus Wien. Würden gute hygienische Einrichtungen, bessere Volksernährung und in der Schule Unterricht über die Gesundheitslehre und Körperpflege geboten, gäbe es einen viel besseren Schutz gegen die Pocken als alle Impfungen. Wenn auch die Ärzte nicht aus purer Lust und des Geldes wegen impften,

<sup>937</sup> Sten.Ber. 2 (1896), 1398-1399.

<sup>938</sup> Ebd., 1404.

<sup>939</sup> Ebd., 2205-2211.

<sup>940</sup> Fischer, Ilse; Zimmermann, Rüdiger: Unsere Sehnsucht in Worte kleiden. Friedrich-Ebert-Stiftung, Forschungszentrum. Bonn 2005, hier 47-48: Der Schneidermeister Paul Reißhaus wurde 1891 aus Berlin ausgewiesen. In Erfurt gehörte er zu den federführenden Gründern der „Thüringer Tribune“, ein sozialistisches Blatt, das dreimal wöchentlich erschien. Als dominierende Persönlichkeit und selbständiger Geschäftsmann übte er großen Einfluss auf Partei, Verlag und Presse aus.

sondern „in voller Überzeugung“, so handelten sie doch wie die Verfechter der Inquisition und die Richter, welche in Hexenprozessen die Urtheile fällten“. Man möge doch jetzt den „Aberwitz und Aberglauben“ überwinden und den Impfwang aufheben, es würde „die Mehrheit des deutschen Volks danken [und] den Tag segnen, wo die Zwangsimpfung beseitigt worden ist.“<sup>941</sup>

Impfbefürworter, die sich zu Wort gemeldet hatten, wiesen im Besonderen auf das vor der Impfung bestandene große Elend der Pockenerkrankungen hin, Leiden, die heute nicht mehr sichtbar seien. Pockenerkrankungen, die man jetzt beobachte, verliefen sehr viel milder. Die immer noch möglichen Impfschäden könnten durch gewissenhaftere Impfausführung und auch durch Verwendung animalischer Lymphe auf ein geringes Maß reduziert werden. Sowohl die Behauptungen, dass es eine große Zahl bedeutender impfgegnerischer Ärzte gäbe, als auch die akribisch aufgeführten Fehler und Widersprüche der statistischen Erhebungen wurden zurückgewiesen.<sup>942</sup>

Zu den Impfungen mit Tierlymphe wurde angegeben, dass im Jahre 1893 nur noch 1,45% der Erstimpfungen und 0,65% der Wiederimpfungen mit menschlicher Lymphe durchgeführt worden seien.

Der Impfaufhebung nach holländischem Vorbild wurde ein tragisches Beispiel aus Gloucester, England, entgegengesetzt: Dort hatte man die Impfpflicht vernachlässigt, so dass bei einer neuerdings ausgebrochenen Pockenepidemie 700 Menschen erkrankten und 90 starben, von denen 74 nicht geimpft worden waren.<sup>943</sup>

Trotz der Ergebnisse der Denkschrift und der während der Debatte dargelegten Ausführungen wurde dem Antrag Försters stattgegeben, eine Kommission zu bilden, die überprüfen sollte, ob das 1874 verabschiedete Impfgesetz auch nach den neuen Erkenntnissen noch seine Gültigkeit hatte.<sup>944</sup>

---

<sup>941</sup> Sten.Ber. 2 (1896), 1405-1409.

<sup>942</sup> Ebd., 1410-1412.

<sup>943</sup> Ebd., 1415, 2211-2214, 2217.

<sup>944</sup> Ebd., 2217.

## 1914: Der Impfwang wird nicht aufgehoben

Die eingehende Prüfung der Petitionen durch Regierungsvertreter und die Beratungen der Petitionskommission vom 20. März 1912 und 20. Februar 1913, die zusammen mit Mitgliedern des Kaiserlichen Gesundheitsamts stattfanden, hatten folgenden Beschluss ergeben:

„Die verbündeten Regierungen halten an der Überzeugung von der Nützlichkeit der Impfung und der Notwendigkeit des Impfwangs fest. Sie sind bestrebt, den so genannten Impfschädigungen, die, wenn nicht überall, so doch in den weitaus meisten Fällen nicht auf die Impfung selbst, sondern auf vermeidbare Begleitumstände zurückzuführen sind, durch geeignete Vorschriften nach Möglichkeit vorzubeugen. Dagegen lehnen sie alle auf Abschwächung des Impfgesetzes gerichteten Bestrebungen ab.“<sup>945</sup>

Ebenfalls abgelehnt wurde die Forderung der Impfgegner nach einer Sachverständigenkommission, da die Impfung durch die wissenschaftliche Forschung und die praktischen guten Erfolge ihre Erklärung gefunden habe. Aufhebungen des Impfwangs könnten nicht von Petitionen oder durch Mehrheitsbeschluss einer politischen Körperschaft, sondern nur von einer Initiative durch die Wissenschaft herbeigeführt werden.<sup>946</sup>

Bis zum 25. Dezember 1913 waren über 3.800 Petitionen eingelaufen, die am 27. und 28. April 1914 im Reichstag beraten wurden.<sup>947</sup> Wieder kennzeichneten polemische Äußerungen und zum Teil unsachliche Aussagen die Debatte, dieses Mal auch von Seiten der Impfbefürworter, wie etwa, „Impfgegner huldigten einem verbrecherischen Treiben“ und es bestehe „eine wahnwitzige und fanatische Opposition“. Die Gegenseite meinte, dass das „Gesetz nach großer Epidemie“ zustandegekommen sei „unter dem Eindruck eines gewissermaßen nationalen Unglücks“. Impfanhänger und das Gesundheitsamt hätten damals die Menschen durch „wissenschaftliche Abhandlungen, Werke und Tafeln mit Statistiken“ erschreckt. An der Impfung seien „ebensoviel Menschen gestorben, wie vielleicht bisher bei den Epidemien an den Pocken“. Weiterhin halte die Opposition daran fest, dass sich die Wissenschaft schon geirrt habe, wie die Beispiele von Koch mit seiner missglückten ‚Tuberkulinimpfung‘, oder von Ehrlich, der mit Salvarsan Hunderte von Menschen getötet habe und Hunderten Erblindung, Taubheit und Lähmung gebracht hätte, zeigten.<sup>948</sup>

<sup>945</sup> Sten.Ber.Anl. 301 (1913), 1347.

<sup>946</sup> Ebd., 1348.

<sup>947</sup> Sten.Ber. 294 (1914), 8288-8289.

<sup>948</sup> Ebd., 8289-8290.

Einen Schwerpunkt während der Debatte bildete die Frage, ob in rechtlicher Hinsicht überhaupt Zwang ausgeübt werden dürfe, da aus Preußen Fälle von fünfmaliger Bestrafung bei Impfverweigerung bekannt geworden waren. Wiederholt wurde das Urteil des Preußischen Obergerichtes diskutiert, das entschieden hatte, dass der Zwang erlaubt sei, weil im Gesetz ein ausdrückliches Verbot fehle. Dagegen stand, dass die Rechtswissenschaft zwischen Strafen und Zwangsmittel unterscheidet und das Impfgesetz keine Zwangsmittel kenne, denn §14 rede nur von Strafen. Eine Strafe könne wegen derselben Sache oder Tat nur einmal verhängt werden. Wenn erreicht werden soll, dass Eltern gezwungen werden können, ihre Kinder zu impfen, müssten dem Impfgesetz Zwangsmittel hinzugefügt werden.<sup>949</sup> Es wäre also falsch, wenn die Behörden in Preußen Zwang anwendeten. Auch in der Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts sei festgestellt worden, dass das Impfgesetz einen unmittelbaren Zwang zur Impfung nicht vorsehe, sondern nur den Begriff einer Impfpflicht aufstelle und die Nichterfüllung dieser Pflicht mit Strafe bedrohe. Auch nach dem Urteil des Herzoglichen Ministeriums Braunschweig vom 28. Januar 1913 sei an die Landespolizeibehörden eine Verfügung erlassen worden, die beinhalte, dass es nach dem Impfgesetz unzulässig sei, die Durchführung des Impfwangs durch physische Einwirkung mit Vorführung der Impflinge zu erzwingen. Demgegenüber bestehe die Auslegung, dass kein körperlicher Zwang angeordnet, aber auch kein körperlicher Zwang untersagt worden sei. Eine reichsrechtliche Regelung bestehe nicht. Maßgeblich sei das Landesrecht. Das bedeute, dass die Bundesstaaten nach ihren Gesetzen handeln können, da ihnen die Ausführungsbestimmungen obliegen: „Vom Standpunkt des geltenden Rechts besteht [...] keine Bestimmung, welche es den Bundesstaaten verwehren würde, nach Maßgabe des in ihren Ländern geltenden Verwaltungsrechts auch in der Impffrage vorzugehen.“<sup>950</sup>

Als weitere Forderung wurde zur Diskussion gestellt - falls keine Aufhebung des Gesetzes zu erreichen sei -, wenigstens die Gewissensklausel nach englischem Muster einzuführen. Der Vertreter des Kaiserlichen Gesundheitsamts und Kommissar des Bundesrats entgegnete dieser Forderung mit einem Zitat Rudolf Virchows aus dem Jahre 1903: „Entweder müsse man die Impfung freigeben oder zwangsweise einführen. Die Ausführung derselben aber von jedermann Gewissen abhängig machen, wie das in England geschehen sei, erscheine einfach lächerlich. Bei der Behandlung ansteckender Krankheiten und den gegen sie zu treffenden Maßregeln könne nicht das Recht des Individuums, sondern nur das Recht des allgemeinen Wohls, das „right of society“ entscheiden.“<sup>951</sup>

<sup>949</sup> Sten.Ber. 294 (1914), 8291-8293.

<sup>950</sup> Ebd., 8313.

<sup>951</sup> Ebd., 8328.

Als Ergebnis der Sitzungen vom 28. und 29. April 1914 wurde die Forderung der Petitionskommission erfüllt, „1) eine Kommission zu bilden, die zu gleichen Teilen von Impffreunden und Impfgegnern bestehen sollte zur erneuten Prüfung der rechtlichen und wissenschaftlichen Grundlagen, 2) den Rechtszustand einwandfrei sicherzustellen, dem Sinne des Impfgesetzes und dem Willen der Gesetzgeber entsprechend“. Diese Anliegen gelangten jedoch lediglich als ‚Berücksichtigung‘ an den Reichskanzler.<sup>952</sup>

Im Jahre 1980 gab die WHO den erfolgreichen Abschluss der Pockenbekämpfung bekannt. Diese Entscheidung fiel aufgrund der nahezu weltweiten Ausrottung der Pocken. In Deutschland hatte man mit Bundesimpfgesetz vom 18. Mai 1976 bereits auf die obligatorische Erstimpfung und Revakzination verzichtet. 1982 wurde die Impfung ganz aufgehoben.<sup>953</sup>

#### 4 Resümee

Das Impfgesetz, das am 1. April 1875 in Kraft gesetzt wurde, schrieb den bundesweiten gesetzlichen Impfwang vor, der unter Androhung von Geld- und Haftstrafen vollzogen werden sollte. Eine Impfgegnerbewegung, die bis 1914 auf 300.000 Mitglieder anstieg, suchte jahrzehntelang mit einer Flut von Petitionen und Tausenden von Unterschriften das Impfgesetz, zumindest aber den Impfwang aufzuheben. Die Proteste gingen hauptsächlich von Vertretern der naturgemäßen Lebens- und Heilweisen aus, die in der Pockenschutzimpfung eine grobe Verletzung ihrer Grundsätze sahen. Ihre Kritik wurde begünstigt, als Impfnebenwirkungen, Folgeerkrankungen und im Besonderen Übertragungen von Infektionen offiziell anerkannt werden mussten. Diese zwar seltenen, doch wahrscheinlichen Impffahren wurden vor allem im „Impfgegner“, dem 1876 von den aktivsten Impfoponenten Heinrich Oidtman und Theodor Hahn gegründeten Propagandaorgan generalisiert und verbreitet, um die Bevölkerung zu verunsichern und Druck auf den Gesetzgeber auszuüben.

Auch in Ärzteverbänden und auf Naturforscherversammlungen fanden kritische Diskussionen über die bestehende Impfproblematik statt, mit der sich Ärzte als Ausführende und Verantwortliche im Besonderen konfrontiert sahen. Nachdem es zu verschiedenen Syphilisübertragungen und vereinzelt der Impfung zugeschriebenen Todesfällen gekommen war, wurde der Ärztetag 1879 in Eisenach ganz der Impfung gewidmet. In repräsentativen Vorträgen wurden alle wichtigen Sachfragen behandelt und auch Kritik an der nachlässigen und unqualifizierten Impfausführung mancher Kollegen geübt. Einig war man sich aber darüber,

<sup>952</sup> Sten.Ber. 294 (1914), 8346.

<sup>953</sup> Maehle, Präventivmedizin, 127-128.

dass der beständige Mangel an guter Lymphe und das Abimpfproblem die größten Risiken in sich barg. Um diese Gefahrenquelle auszuschließen, wurde an den Gesetzgeber appelliert, gemäß §9 des Impfgesetzes für genügend Impfstoff zu sorgen und die technische Gewinnung von Tierlymphe voranzutreiben.

In wiederholten Reichstagsverhandlungen hatten sich Impfgegner und Befürworter mit den in zahlreichen Petitionen geäußerten Einwänden gegen den Impfwang auseinander zu setzen. Im Juni 1883 wurde beschlossen, dass eine Sachverständigenkommission den physiologischen und pathologischen Stand der Impffrage klären, besonders die Möglichkeiten einer Impfung mit animaler Lymphe ausloten und eine Impfstatistik über Pockenerkrankungen erarbeiten sollte. Das Ergebnis erschien 1888 als Denkschrift, in der auf den deutlichen Rückgang an Pockenfällen in Deutschland verwiesen, die bekannten Nebenwirkungen als Impffahren anerkannt, Aspekte zum Impfschutz aufgeführt und besondere Impfrichtlinien für Ärzte bekanntgegeben wurden. Impfärzte sollten eine gezieltere Ausbildung erhalten und die Bevölkerung besser aufgeklärt werden. Im Vordergrund stand die im Juni 1885 vom Bundesrat beschlossene Entwicklung von Tierlymphe. Diese allerdings war erst ab 1917 soweit gediehen, dass ausreichende Mengen an Impfstoff zur Verfügung gestellt werden konnten.

Die Reichstagsberatungen im Frühjahr 1896 wurden von der Frage dominiert, ob das Reichsimpfgesetz nach den derzeitigen Erkenntnissen noch Gültigkeit habe. Darüber sollte eine Sachverständigenkommission entscheiden. Doch nach den Beratungen der Petitionskommission von 1912 und 1913, an denen sich auch Mitglieder des Kaiserlichen Gesundheitsamts beteiligten, war der Beschluss gefasst worden, dass die verbündeten Regierungen vom Nutzen der Impfung überzeugt sind, der Impfwang bestehen bleibt und eine Aufhebung des Impfgesetzes überhaupt nur auf Initiative der Wissenschaft, und nicht von Petitionen erwirkt werden kann. Nach dieser Erklärung misslang auch der letzte Versuch der Impfgegner, mit der Einführung der Gewissensklausel eine Änderung der bestehenden Impfregelung herbeizuführen.

Der Erfolg der Impfung wurde 1980 bestätigt, als die WHO die Pockenbekämpfung als beendet erklärte. In Deutschland wurde 1982 die Impfung aufgehoben.<sup>954</sup>

Neben dem Impfgesetz vom 8. April 1874 wurde ein zweites Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung großer Volkskrankheiten, das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900, erlassen, dessen parlamentarischer Werdegang Inhalt des nächsten Kapitels ist.

---

<sup>954</sup> Maehle, Präventivmedizin, 127-128.

## **X Der parlamentarische Weg zum Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemein- gefährlicher Krankheiten (Reichsseuchengesetz) vom 30. Juni 1900**

### **1 Einflüsse auf die reichseinheitliche Seuchengesetzgebung**

#### **1.1 Die Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1876**

In der Petition vom April 1870 wurde eine umfassende Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege mit einem koordinierenden Zentralamt, das die statistische Erfassung des öffentlichen Gesundheitszustands übernehmen sollte, gefordert. Die begutachtende Königliche Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, deren erster Referent Rudolf Virchow war, hatte diese Forderungen am 15. November 1871 abgelehnt.<sup>955</sup> In ihrer Beurteilung verwies sie darauf, dass es zur Abwehr etwaiger ansteckender Krankheiten oder für statistische Zwecke keines „so grossen, ständigen Apparates“ einer Reichsbehörde bedürfe und die öffentliche Gesundheitspflege in die Belange der Einzelstaaten falle. Wenn bei ansteckenden Krankheiten, die sich der Reichsgrenze und namentlich den Seehäfen nähern, gewisse Maßregeln der Desinfektion, der Quarantäne oder der Sperre erforderlich sein würden, wurde weiter begründet, sollte die Leitung am zweckmässigsten von einer Behörde übernommen werden, die „[j]e nach der Zeit oder den Verhältnissen“ von einer einberufenen Kommission zu bestimmen war. Auch sei es nicht angemessen, einem Zentralorgan nur die Aufgabe zuzuweisen, „die allgemeine medicinische Statistik zu reguliren und allgemeine sanitätliche Maassregeln in Hinsicht auf Entstehung und Verbreitung von Krankheiten anzuregen“. Außerdem hätten die Einzelstaaten die „Aufgabe und Pflicht [...], sich der praktischen Entwicklung und der wissenschaftlichen Pflege der öffentlichen Gesundheits-Einrichtungen anzunehmen“.<sup>956</sup>

Gerade Virchow hatte 1848 als einer der Ersten ein deutsches Reichsministerium für öffentliche Gesundheitspflege gefordert. Zu seiner ablehnenden Haltung führte er aus, dass er 1848 davon ausgegangen sei, „einen wirklichen deutschen Staat zu schaffen. Wenn jetzt meine Auffassungen in wesentlichen Stücken anders lauten, so erklärt es sich daraus, dass wir weder ein Reichsministerium, noch einen deutschen Staat, auch nicht einen Bundesstaat erhal-

<sup>955</sup> Sten.Ber. 1 (1871), 555-559. Gesammelte Abhandlungen: Medicinische Reform 1849, 2, 75.

<sup>956</sup> Hardy, Ärzte, 197: Diesen ablehnenden Bescheid erhielt Varrentrapp, der eigens dafür nach Berlin gereist war, inoffiziell vor allen anderen Reichstagsabgeordneten. Aus der großen Enttäuschung heraus, veröffentlichte er das negative Ergebnis in der DVjÖG noch vor der Offenlegung des Gutachtens. Diese frühzeitige Bekanntgabe prangerte Virchow als unkorrektes Verhalten an, worauf sich Varrentrapp mit der Begründung verteidigte, dass politische Angelegenheiten, und um eine solche handelte es sich in diesem Fall, im Gegensatz zu wissenschaftlichen durchaus vor einer offiziellen Regierungsvorlage kommentiert werden dürften.

ten haben, und dass daher die Kompetenzfrage nach ganz anderen Voraussetzungen beantwortet werden muss. Durch eine bloße Erweiterung der Kompetenz des Reichsgesundheitsamtes, ohne eingreifende Veränderungen der Reichsverfassung, würde meiner Meinung nach mehr Verwirrung, als wirkliche Lösung“ hervorgebracht werden.<sup>957</sup>

Drei Jahre nach dem enttäuschenden Bescheid erhielt die beständige Forderung nach einer Zentralbehörde durch die erneute Diskussion anlässlich der Beratungen über das Impfgesetz vom 9. und 14. März 1874 einen entscheidenden Impuls. Obwohl es Meinungen gab, dass man sich die finanzielle Belastung eines zentralen Amtes ersparen könne und spezielle Probleme jeweils durch die Einberufung von Sachverständigen geklärt werden sollten, nahm die Mehrheit des Parlaments die Resolution an,

„den Reichskanzler zu ersuchen, im Verfolg des Beschlusses des deutschen Reichstages vom 27. November 1871 und mit Rücksicht auf die durch das Impfgesetz begründete Notwendigkeit, die Oberaufsicht über das Impfwesen wirksam und einheitlich zu handhaben, die Errichtung eines Reichs-Gesundheitsamts tunlichst zu beschleunigen“.<sup>958</sup>

Während der Impfdebatte war bereits darauf hingewiesen worden, dass gerade das Impfgesetz aktueller Anlass und „passende Gelegenheit [sei], das von uns gewünschte Gesundheitsamt ins Leben zu rufen“. Man denke an ein Amt, „das nach allen Richtungen hin bestrebt ist“, die Bevölkerung vor Krankheiten epidemischen Charakters, wie die Pocken, zu schützen. Neben der Erarbeitung einer medizinischen Statistik solle das Gesundheitsamt in erster Linie das „Mittelglied [sein] zwischen dem Reich, welches Normativbestimmungen zu geben hat, und zwischen den Behörden, die in der untersten Instanz diese Bestimmungen aus- und durchführen sollen“. Man hoffte auf die Mitwirkung der Landesbehörden, zumal der Bundesrat bereits konkrete Vorstellungen ausgearbeitet hatte. Danach wurden dem Gesundheitsamt folgende Funktionen bzw. Aufgaben zugewiesen:

- „1) Kenntnis zu nehmen von den Einrichtungen der Bundesstaaten auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, von der Medicinalgesetzgebung der außerdeutschen Länder, von den Wirkungen der getroffenen Maßregeln;
- 2) das Reich zu unterstützen in der Aufsicht über die Medicinal- und Veterinärpolizei;

<sup>957</sup> Virchow: Die Verwaltungs-Organisation, 114.

<sup>958</sup> Sten.Ber. 1 (1874), 358-359.

- 3) die einschlägige Gesetzgebung vorzubereiten;
- 4) an Staaten und Kommunen auf Anfragen Auskunft zu ertheilen;
- 5) Statistik zu machen.“<sup>959</sup>

Ein Reichsministerium für Gesundheitswesen, wie es während der Reformbestrebungen 1848 gefordert wurde und zunächst anlässlich der Reichseinigung erneut zur Diskussion stand, war mit Bundesratsbeschluss vom 30. Juni 1873 abgelehnt worden. Für die nun zur Debatte stehende, dem Reichskanzler unterstellte Reichsbehörde mit lediglich beratender Funktion, wurde schließlich am 28. November 1875 ein Anfangsetat von 48.440 Mark genehmigt. Am 26. März 1879 erfolgte die Bereitstellung von weiteren 312.000 Mark für „die Erwerbung und bauliche Instandsetzung eines Grundstücks für das Gesundheitsamt“, so dass die zunächst provisorisch bezogenen Büro- und Laborräume aufgegeben werden konnten.

Nachdem die Nominierung Virchows als Leiter von Kaiser Wilhelm I. (reg. 1861-1888) abgelehnt worden war, und Max von Pettenkofer diese Position ausgeschlagen hatte, wurde am 6. Februar 1876 der ehemalige Oberstabsarzt Heinrich Struck (1825-1902) zum Direktor des Kaiserlichen Gesundheitsamts berufen. Zur Mitarbeit wählte man Professor Karl Maria Finkelnburg (1832-1896) und den Tierarzt Friedrich Heinrich Roloff (1830-1885) aus.<sup>960</sup>

Mitte 1876 nahm die Behörde ihre Tätigkeit mit der Einrichtung einer Bibliothek auf. Danach erfolgte die statistische Erfassung von Erkrankungen und Todesfällen im Reichsgebiet. Wöchentlich erschienen Mortalitätsangaben von 149 Städten, Informationen über meteorologische Beobachtungen aus acht klimatischen Bezirken Deutschlands, und ab 1877 in den „Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts“, Berichte über Seuchenverbreitung und Abwehrmaßnahmen, über Gesetze und Anordnungen des Sanitäts- und Veterinärwesens und über gerichtliche Entscheidungen.<sup>961</sup>

---

<sup>959</sup> Sten.Ber. NB 2 (1870), 273, 687 und Sten.Ber. 1 (1874), 268-272, bes. 270.

<sup>960</sup> Holsten, Jürgen: Das Kaiserliche Gesundheitsamt und die Pharmazie. Diss., FU Berlin 1978, hier 12-15: Heinrich Struck war ehemaliger Oberstabsarzt und längere Zeit der Hausarzt von Bismarck gewesen.

Karl Maria Finkelnburg stammte aus Bonn und hatte sich aufgrund mehrerer Informationsreisen nach England als führend auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens ausgewiesen und 1874 darüber ein Buch, „Die öffentliche Gesundheitspflege Englands“, herausgegeben.

Der Aufgabenbereich Friedrich Heinrich Roloffs umfasste neben tiermedizinischen Fragen auch die Regelung dringender Angelegenheiten.

<sup>961</sup> Hardy, Ärzte, 214-217.

## 1.2 Die Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts

Heinrich Struck benannte in seiner am 6. Februar 1878 herausgegebenen „Denkschrift über die Aufgaben und Ziele, die das Kaiserliche Gesundheits-Amt sich gestellt hat, und über die Wege, auf denen es dieselben zu erreichen hofft“<sup>962</sup> erstmals offiziell die Notwendigkeit gesetzlicher Vorbeugungsmaßnahmen gegen die Bekämpfung von Seuchen. So seien die Vertreter der medizinischen Wissenschaft der Überzeugung, „dass die mit der fortschreitenden Umgestaltung der sozialen Zustände der Menschen enge verbundene Verschlechterung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse dringend dazu auffordere, die Entstehungs- und Verbreitungsursachen der vermeidbaren Krankheiten möglichst genau zu erforschen und in möglichst wirksamer Weise zu bekämpfen“. Die Reichsregierung habe 1. die Notwendigkeit einer medizinischen Zentralstelle zur „Anbahnung besserer allgemein-sanitärer Verhältnisse“ anerkannt und werde 2. „die Vermittelung zwischen der Wissenschaft und den staatlichen Organen für die Ausübung der öffentlichen Gesundheitspflege ins Auge fassen und dafür sorgen“, dass alle neuen Erkenntnisse in die Medizinal- und Veterinärgesetzgebung einfließen. Die Erstellung einer Medizinalstatistik sowie das dringend benötigte Leichenschaugesetz seien die „ersten und vornehmlichsten Aufgaben“. [...] „Es ist deshalb notwendig, dass das Gesundheitsamt diesem Gegenstande seine ganze Aufmerksamkeit zuwende, und zwar um so mehr, als früher oder später sich die Nothwendigkeit herausstellen wird, das Verfahren bei epidemischen, besonders ansteckenden Krankheiten zum Gegenstande einer besonderen Gesetzgebung zu machen.“<sup>963</sup> Der „Beantragung eines Reichsgesetzes, betreffend Maßregeln zum Schutze gegen Infektionskrankheiten der Menschen“ werde man sich „in nächster Zeit“ widmen. Ein „bestimmter Arbeitsplan“ könne jedoch wegen des augenblicklich noch ungeklärten Wissensstands auf dem Gebiet der Hygiene nicht aufgestellt werden.

Die zur Verhütung und Bekämpfung der Volkskrankheiten nötige Erforschung ihrer Ursachen, hieß es weiter, erfordere „gewisse explorative Arbeiten“ großen Aufwandes auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege, die ohne Beteiligung des Reichs und der Ein-

<sup>962</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 295-303, bes. 295 (Nr. 13).

Holsten, Das Kaiserliche Gesundheitsamt, 17: Der erste Entwurf der Denkschrift aus dem Jahr 1876 musste wegen mangelnder Organisationsstruktur und ungeklärter Kompetenzfragen zwischen Reichs- und Bundesbehörden überarbeitet werden, so dass die Denkschrift erst am 6. Februar 1878 veröffentlicht wurde.

<sup>963</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 296-297 (Nr. 13): Vollständig lautet der Text: „Die Medizinalstatistik ist ein integrierender Theil der Gesundheitswissenschaft überhaupt und mit ihr auf das Innigste verwachsen. Die Beziehungen der Menschen untereinander, ihre Geburts-, Entwicklungs- und Arbeitsverhältnisse, ihr Alter, ihre Umgebung, ihre Vertheilung in territorialer Beziehung, der Boden, auf dem sie leben, das Wasser, das sie trinken, ihr Wohlstand, ihre Ernährung u.s.w., alles dieses soll in Beziehung gebracht werden zu den bei ihnen auftretenden Erkrankungen, zu ihrer Lebensdauer und zu ihrer Sterblichkeit, damit die Ursachen gefunden werden, welche eine Abnahme der Kraft und Gesundheit der Bevölkerung und eine Verkürzung ihrer Lebensdauer bedingen.“

zelstaaten und ohne zentrale Leitung und Verwertung nicht erfolgreich ausgeführt werden könnten. Dazu gehörten „[d]ie Ermittlung und Verfolgung des Weges, welchen eine epidemische, durch den Verkehr sich verbreitende Krankheit nimmt“, um unmittelbar und einheitlich „dieser Wanderseuche schließlich den Weg abzuschneiden“. Zur Aufklärung der Aetiologie dieser Krankheiten „kommen hierbei besonders in Betracht: die schlechte Beschaffenheit des Trinkwassers, die Verunreinigung und Durchfeuchtung des Bodens an bewohnten Orten, die gesundheitsgefährliche Beschaffenheit der Wohnungen, die Verunreinigung der öffentlichen Wasserläufe [...] durch Kanaljauche und Industrieabfälle [...]“, die Wirkung von Desinfektionsmitteln auf Infektionsstoffe oder der Einfluss von Witterungsverhältnissen auf die Entstehung und Verbreitung der endemischen und epidemischen Krankheiten.<sup>964</sup>

Als weitere Schwerpunkte wurden der Gesundheitsschutz der Kinder, der Schutz der Irren, die Hygiene der Fabrikarbeiter, das Reichs-Viehseuchengesetz und der Schutz gegen die Fälschung von Nahrungs- und Genussmitteln sowie Fragen zum Apothekerwesen, Prüfungsverfahren für Ärzte und Tierärzte und die hygienische Ausbildung von Fachpersonal an deutschen Universitäten genannt.<sup>965</sup>

Diese viel versprechenden Pläne mit aller Konsequenz durchzuführen, hatte das Kaiserliche Gesundheitsamt jedoch keine Möglichkeit, wie in späteren Debatten beklagt wurde. Anlässlich der Diskussion über die Einsetzung eines Reichsgesundheitsrats wurde eingeschätzt, dass eine solche Behörde ebenso „eine durchaus wirkungslose Institution“ sein werde, der „eigentlich überhaupt kein praktisches Recht zustand, keine Exekutivgewalt, an irgend einer Stelle einzugreifen, wo es sich um den Schutz der Gesundheit der Menschen handelte“. Diese Beurteilung hatte Virchow schon vor der Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamts hervorgehoben und warnte nun erneut vor einer Körperschaft ohne Handlungsvollmacht.<sup>966</sup> Ursprünglich wollte man dem Kaiserlichen Gesundheitsamt, das “weder initiative noch exekutive Macht“ habe und bisher nur statistische Gutachten und ähnliche Befugnisse ausführte, eine andere Position einräumen. War man doch seinerzeit von der Überzeugung ausgegangen, „dass die Entscheidung über die Nothwendigkeit und die Zulässigkeit sanitärer Einrichtungen für ganz Deutschland in die Hand einer Zentralstelle gelegt wird, welche durch ihre Zusammensetzung volle Gewähr dafür böte, dass sowohl die wissenschaftlichen wie die praktischen

<sup>964</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 297-298 (Nr. 13).

<sup>965</sup> Ebd., 300 (Nr. 13).

<sup>966</sup> Sten.Ber. 3 (1892-93), 1961.

Erfahrungen bezüglich aller in der Hygiene sich begegnenden Fragen darin zur vollkommene Verwerthung kommen“.<sup>967</sup>

Übrigens kam ein Reichsgesundheitsrat erst zustande, als er Inhalt des am 30. Juni 1900 verabschiedeten Reichsseuchengesetzes wurde. Die Behörde setzte man für verschiedene Aufgaben ein, um das Kaiserliche Gesundheitsamt zu unterstützen.<sup>968</sup>

### 1.3 Die erneute Pestbedrohung 1879 und die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892

Eine Pestepidemie, die sich seit mehreren Jahren am Kaspischen Meer ausbreitete, ließ den stockenden Prozess seuchenvorsorgender Maßnahmen wieder aufleben. Am 1. März 1879 war eine Reichstagsitzung auf Anfrage von 55 Abgeordneten angesetzt worden, auf der geklärt werden sollte, welchen Verbreitungsstand die Epidemie erreicht hatte und welche Vorkehrungen von der Reichsregierung bisher zur Verhütung einer Einschleppung nach Deutschland getroffen worden waren.<sup>969</sup> Überzeugt von der Gefahr, die von dem „Schreckgespenst“ ausging, mahnte der Abgeordnete Georg Thilenius zu größter Vorsicht: „Eine der aller schlimmsten Wirkungen, die eine Pestepidemie hat, namentlich in politischer Beziehung, ist die Panik, die so leicht die Bevölkerung ergreift, wo sie ausbricht, und nur zu leicht zur Auflösung aller sozialen Ordnung führt.“ Bisher sei nicht das „geringste zur Abwehr“ geschehen trotz der Gefährdung Westeuropas über den Bahn- oder Seeverkehr. Es wäre an der Zeit, „an die Zukunft zu denken und an die energische Abwehr aller solcher gefährlicher Volksseuchen überhaupt, die uns aus dem Orient zukommen“.<sup>970</sup>

Nach dem Bericht des Präsidenten des Reichskanzleramts entsprach die Pestbekämpfung dem Stand der 1830er Jahre: In Russland seien zwei Kordons zur eigenen Sicherheit und zum Schutz für das europäische Eisenbahnnetz errichtet worden. Die Reichsregierung habe für Ermittlungen an Ort und Stelle eine Kommission von „wissenschaftlichen Autoritäten“ abgeordnet, „die sich in dem Pestgebiete bereits befinden und vielleicht das Schauspiel haben, das Dorf Wetljanka in Flammen aufgehen zu sehen, da es die Absicht der kaiserlichen russischen Regierung ist, diesen Herd der Pest durch Feuer zu vernichten“. Bei Fortschreiten der Pest sollten an der deutschen Grenze die üblichen Maßnahmen angewendet werden, wie Beschränkungen der Einfuhr von Waren und des Eingangsverkehrs aus Russland mit Passpflicht-

<sup>967</sup> Sten.Ber. 3 (1892-93), 1979 und 6 (1898-1900), 5081-5082.

<sup>968</sup> [www.bundesarchiv.de/foxpublic/216C3B40A062212000000005E811A94/find](http://www.bundesarchiv.de/foxpublic/216C3B40A062212000000005E811A94/find) vom 6. Februar 2008.

<sup>969</sup> Sten.Ber.Anl. 4 (1879), 396: Die Anfrage an die Reichsregierung war am 28. Februar 1879 von den Abgeordneten Thilenius, Mendel, Löwe und Zinn mit 51 Unterschriften anderer Abgeordneten formuliert worden.

<sup>970</sup> Sten.Ber. 1 (1879), 218-219.

tigkeit und Inspektionen von Reisenden und Schiffen sowie die Einrichtung von Quarantänen mit militärischem Kordon. „Mit verdoppeltem Eifer“ werde man alles tun, „was einer Ausbreitung ansteckender Krankheiten entgegenzuwirken geeignet ist“.<sup>971</sup> Dass diese Maßnahmen für eine dauerhafte Epidemievorsorge nicht ausreichten, gab der Abgeordnete Emanuel Mendel (1839-1907) zu bedenken: So sei „das wichtigste beim Entstehen einer Epidemie unzweifelhaft die Kenntniß über den ersten Fall, der überhaupt vorkommt. Eine solche Kognition ist [...] nur möglich dann, wenn eine obligatorische ärztliche Leichenschau besteht.“ Gerade in Preußen, dessen Grenzdistrikte durch die Einschleppung von Seuchen aus Russland besonders gefährdet seien, fehle diese gesetzliche Vorschrift, die gleichzeitig auch für eine umfassende Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik unerlässlich sei.<sup>972</sup>

Der erbetene schriftliche Bericht zum Verlauf der Pestepidemie, vor allem aber auch zum Stand der vorgeschlagenen Einrichtung einer internationalen Seuchenkommission oder eines Reichsgesundheitsrats mit ständiger Seuchenforschung fehlte noch nach einem Jahr.<sup>973</sup>

Während Deutschland von der Pest verschont blieb, wurde eine Cholera-Epidemie 1892 in Hamburg traurige Tatsache. Dort war die von russischen Emigranten eingeschleppte Seuche am 18. August 1892 ausgebrochen und hatte eine völlig unvorbereitete Stadt getroffen. Die Schutzvorkehrungen, die bereits 1884 von der preußischen Regierung ausgearbeitet und allen Regierungen der Bundesstaaten vorgeschlagen worden waren, hatte Hamburg ignoriert. Somit verfügte die Stadt über kein Vorsorgeprogramm, obwohl die im Hafen untergebrachten russischen Auswanderer aus Cholera-endemischen Gebieten kamen. Es fehlten Quarantänebestimmungen und koordinierende Anweisungen zur raschen Einleitung von Versorgungs- und Isolierungsmaßnahmen für die Bevölkerung, um gezielt gegen die Verbreitung der Seuche einschreiten zu können. Hinausgezögert und versäumt worden war außerdem der seit langem ausstehende Bau einer Sandfiltrieranlage. Sie hätte verhindert, dass das Trinkwasser nicht ungereinigt der Elbe entnommen werden musste, die bei Flut mit dem kontaminierten Hafengewasser gespeist wurde. Auch war die Hamburger Ärzteschaft nicht in der Lage, nach Ausbruch der Seuche die ersten Krankheitsfälle eindeutig zu diagnostizieren. An der möglichst umgehenden Klärung der Sachlage zeigte der Hamburger Senat kaum Interesse, sondern verfolgte vielmehr eine Verschleppungs- und Verschleierungstaktik, um Quarantänemaßnahmen, die größere Handelseinbußen bedeuteten, möglichst zu unterbinden.

---

<sup>971</sup> Sten.Ber. 1 (1879), 219-220.

<sup>972</sup> Ebd., 221.

<sup>973</sup> Ärztliches Vereinsblatt 95 (1880), 52.

Bedauerlicherweise führten diese Unterlassungen während der Epidemie zu fast 17.000 Krankheitsfällen und etwa 8.500 Choleratoten, wobei die meisten Opfer der Hamburger sozialschwachen Einwohnerschicht angehörten.<sup>974</sup> Der finanzielle Schaden belief sich wegen Störungen der Ein- und Ausfuhr auf einen geschätzten Rückgang der Handelsbilanz von mehr als 281 Millionen Mark.<sup>975</sup>

#### 1.4 Das Leichenschaugesetz

In der am 6. Februar 1878 veröffentlichten Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamts war festgestellt worden, dass die Erstellung einer Medizinalstatistik und das dafür benötigte Leichenschaugesetz zu den wichtigsten Aufgaben gehörten, um die Grundlage für ein Seuchengesetz zu schaffen.<sup>976</sup> Auf diese Aussage folgte prompt am 9. Februar eine Interpellation von 41 Abgeordneten, die sich an die Reichsregierung mit der Frage wandten, ob noch in der laufenden Sitzungsperiode Entwürfe für das Leichenschau- und Anzeigepflichtgesetz bei ansteckenden und gemeingefährlichen Krankheiten vorgelegt würden.<sup>977</sup> In früheren Reichstagsitzungen war hinlänglich erörtert und nun neuerdings in der Denkschrift hervorgehoben worden, dass die „von allen kompetenten Autoritäten“ anerkannte obligatorische Leichenschau als Vorbedingung für die „Einleitung eines gemeinsamen Schutzverfahrens gegen ansteckende und epidemische Krankheiten“ galt.<sup>978</sup> Eine bundesweite obligatorische ärztliche Leichenschau ermöglichte zuverlässige Angaben von Todesursachen. Zusammen mit einer gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigepflicht bei ansteckenden und gemeingefährlichen Krankheiten gewährten diese Angaben ein sicheres und rasches Urteil über den Stand der Volkskrankheiten, womit sie die „allerunentbehrlichste Grundlage“ einer Medizinalstatistik bildeten.

Der Präsident des Reichskanzleramts nahm auf der Reichstagsitzung vom 16. Februar 1878 zur Frage der Interpellanten Stellung: Von einer Sachverständigenkommission seien bereits Gesetzentwürfe sowohl über die Einführung der obligatorischen Leichenschau als auch für die Anzeigepflicht bei gemeingefährlichen Krankheiten ausgearbeitet und vom Bundesrat genehmigt worden. Dieser allerdings habe die Bedingung gestellt, dass die beiden Gesetzentwürfe dem Reichstag nur zusammen vorgelegt werden sollten. Dies sei bisher aufgrund

---

<sup>974</sup> Evans, Tod in Hamburg, 367-414, bes. 373-377, 384, 395-396; Dormmann, Das asiatische Ungeheuer, 228-231; Vasold, Pest, 226-236.

<sup>975</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4195 (Nr. 690).

<sup>976</sup> Sten.Ber.Anl. 3 (1878), 296-297 (Nr. 13).

<sup>977</sup> Ebd., 442 (Nr. 26).

<sup>978</sup> Ebd., 302.

einer Verzögerung durch das preußische Staatsministerium nicht geschehen, das seine Beratungen noch nicht abgeschlossen habe.<sup>979</sup>

Mit dieser Auflage suchte man das ideale Zusammenwirken beider Gesetze zu erreichen, das eine nahezu exakte Datenquelle sicherstellte und das unmittelbare Eingreifen bei einem akut auftretenden Seuchenfall erlaubte. Nun hatte sich der Prozess zur Seuchengesetzgebung an der engen Verquickung dieser beiden Gesetze festgefahren, weil in Preußen eine gesetzliche Regelung der obligatorischen Leichenschau nicht bestand und man sich offenbar auch dazu nicht entschließen wollte. Ohne dieses Gesetz, „das alle Welt hat, [dessen] Notwendigkeit und Nutzen von keiner Seite bestritten werden kann“ könne das Gesundheitsamt seine statistischen Arbeiten nicht erfolgreich aufnehmen. „[I]n allen zivilisierten Staaten [sei] die obligatorische Leichenschau eingeführt [...] und nur Rußland, die Türkei, Spanien und Preußen [entbehrten] dieser Einrichtung“, meinte der Abgeordnete Zinn. Kontroverse Ansichten anderer Abgeordneten - wie Einwände, dass ein Leichenschaugesetz nur zu neuen Steuern führe, wenn ein approbierter Arzt die Beurteilung der Todesursache bei den weitläufigen ländlichen Gebieten vornehmen müsse, oder dass auch mit Gesetz jede Leichenschaustatistik unvollständig, wenn auch „ein unendlicher Gewinn für die Wissenschaft“ sei -, hatten schließlich nur zur wiederholten Bitte an den Bundesrat um umgehende Klärung dieser Angelegenheit geführt.<sup>980</sup>

Die Reichsregierung hatte das weitere Verfahren der Seuchengesetzgebung von der gesetzlichen obligatorischen Leichenschau abhängig gemacht, über deren Einführung in Preußen noch diskutiert wurde. Umgekehrt erwartete das preußische Kultusministerium von der Reichsregierung ein Seuchengesetz, ohne das es sich in seiner seit langem geplanten und allgemein als notwendig anerkannten Medizinalreform gehemmt sah.<sup>981</sup> Diese verfahrenere Situation zu klären, gelang bis zur Verabschiedung des Reichsseuchengesetzes am 30. Juni 1900 nicht. Zu diesem Zeitpunkt jedoch wurde wegen einer erneuten Pestbedrohung und ungenügender gesetzlicher Schutzvorkehrungen in Preußen das Problem der dort immer noch fehlenden gesetzlichen Leichenschau durch eine „Kann“-Bestimmung in den Statuten des Seuchengesetzes (§10) gelöst.

<sup>979</sup> Sten.Ber. 1 (1878), 53-54, bes. 55.

<sup>980</sup> Ebd., 58-62.

<sup>981</sup> Sten.Ber. 3 (1894-95), 1755. Der Abgeordnete Kruse hatte anlässlich einer Anfrage bei der Reichsregierung, ob noch Aussicht auf ein Seuchengesetz bestehe, am 28. März 1895 diese Sachlage ausgeführt.

## 2 Die Debatten im Deutschen Reichstag zum Reichsseuchengesetz

### 2.1 Der Gesetzentwurf von 1893

Die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 gab den triftigen Anlass zur Ausarbeitung eines Reichsseuchengesetzes, das vom Kaiserlichen Gesundheitsamt seit seinem Bestehen erwogen und immer wieder durch Interpellationen an den Reichstag gefordert worden war.<sup>982</sup>

Ein Fachausschuss mit Experten, die sich vom 26. September bis 1. Oktober 1892 in Berlin mit der Cholerabekämpfung auseinandersetzten, stimmten schließlich Robert Koch zu, der zur Einführung eines Reichsseuchengesetzes geraten hatte.<sup>983</sup> Dieses komplexe Unternehmen sollte dem neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand angepasst und mit zeitgemäßen Bekämpfungsmaßnahmen ausgestattet werden. Unter der Leitung des Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts Karl Köhler (1847-1912) wirkten zur Vorbereitung in Anhörungen und Diskussionen eine Reihe namhafter Ärzte und sachverständiger Mitglieder des Gesundheitsamts und aus Medizinalministerien verschiedener Bundesstaaten mit.<sup>984</sup> An der Beratung der Ausführungsbestimmungen hatte Robert Koch maßgeblichen Anteil. Als Grundlage dienten ein Großteil der Bestimmungen, die seinerzeit von dem Geheimen Obermedizinalrat Johann Nepomuk Rust und General-Major Ludwig Gustav von Thile für das „Regulativ“ von 1835 ausgearbeitet worden waren.<sup>985</sup>

Der Gesetzentwurf wurde 1893 nach nur einmaliger Lesung am 21. April<sup>986</sup> wegen frühzeitiger Reichstagsauflösung (am 6. Mai 1893)<sup>987</sup> nicht weiter verhandelt und blieb nach erneuter

<sup>982</sup> Sten.Ber.Anl. 4 (1879), 396.

<sup>983</sup> Evans, Tod in Hamburg, 622.

<sup>984</sup> Sten.Ber. 3 (1893), 1958: Die Reichsregierung wurde vom Direktor und drei ordentlichen ärztlichen Mitgliedern des Kaiserlichen Gesundheitsamts vertreten. Aus Preußen nahmen drei Räte des Medizinalministeriums sowie sämtliche Ärzte und ein Generalarzt der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums teil, aus Bayern ein Ober-Medizinalrat des Ministeriums des Innern, aus Sachsen der Präsident des sächsischen Landesmedizinalkollegiums und ein Geheimer Medizinalrat und Referent im Ministerium des Innern, aus Württemberg der Medizinaldirektor, aus Baden ein Geheimer Rat und technischer Referent für Medizinische Angelegenheiten im Ministerium des Innern, aus Hessen ein Geheimer Obermedizinalrat, aus Elsaß-Lothringen ein Geheimer Medizinalrat und Referent im Ministerium von Elsaß-Lothringen, von den Universitäten aus Berlin die Professoren Dres. Gerhardt, Koch und Schwinger und der Geheime Rat Dr. Lewin, aus Kiel Professor Dr. Bockendahl, aus Göttingen Professor Dr. Wolffhügel, aus Halle Professor Dr. Rank, aus München Professor Dr. von Pettenkofer, aus Gießen Professor Dr. Gaffky. Aus den ärztlichen Vereinen waren die Geheimen Sanitätsräte Dres. Graf und Lent aus Köln delegiert worden.

<sup>985</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XII-XIV.

<sup>986</sup> Sten.Ber. 3 (1892/93), 1952-1971.

<sup>987</sup> Kürschner, Joseph: Der neue Reichstag. Stuttgart 1893, hier 12. Am 6. Mai 1893 wurde der Reichstag von Reichskanzler Leo von Caprivi (1831-1899) aufgelöst. Einer der Gründe war das Scheitern der Heereskostenhöhung. Auch Brockhaus Enzyklopädie (2006), 5, 314.

Vorlage 1894 wegen Widersprüchlichkeiten in der Kommissionsberatung stecken. Offensichtlich mussten die Sitzungen auch „deshalb vertagt werden, weil [...] nicht genügendes Material über die in den einzelnen Bundesstaaten geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorlag“, wie anlässlich der späteren Beratung vom 24. April 1900 geäußert wurde.<sup>988</sup>

## 2.2 Die Neuvorlage des Gesetzentwurfs vom 24. März 1900

Die jahrelange Verschleppung des Gesetzgebungsprozesses konnte trotz mehrfacher Petitionen in den Jahren 1895 und 1896 nicht unterbrochen werden.<sup>989</sup> Einer der Gründe für die dauerhafte Verzögerung war darin zu suchen, dass in einer veröffentlichten Zusammenstellung von Erkrankungs- und Todesfällen der vorangegangenen Jahre eine nur geringe Zahl von Menschen durch Seuchen gestorben war. Ein anderes Motiv lag in der deutlich nachrangig eingestuften Wertschätzung der Seuchenangelegenheit: „Wenn das Seuchengesetz [...] in der gegenwärtigen Session nicht von neuem vorgelegt ist, so wollen Sie den Grund in der sonstigen Belastung des Reichstags mit wichtigen Aufgaben erblicken. Es ist nicht zu leugnen, dass im allgemeinen das Interesse für den Erlass eines Reichsseuchengesetzes abgenommen hat.“ Wenn man „den Zeitpunkt für die Wiedereinbringung des Gesetzes mit Rücksicht auf die sonstigen Geschäfte des Reichstags für gekommen ansieht“, erklärte der Staatssekretär des Innern, Dr. Karl Heinrich von Boetticher (1833-1907)<sup>990</sup> am 31. Januar 1896, werde „man auch nicht unterlassen [...], das Gesetz von neuem dem Reichstag vorzulegen“.<sup>991</sup>

Wiederum die aktuelle Epidemiegefahr durch eine seit 1897 fortschreitende Pest aus Indien bewirkte, dass man sich erneut der Seuchengesetzgebung zuwendete. Die Wiederaufnahme der Verhandlungen wurde vom damaligen Kultusminister Robert Bosse (1832-1901)<sup>992</sup> und

<sup>988</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1893/94), 810-869 und Sten.Ber. 6 (1900), 5069.

<sup>989</sup> Sten.Ber. 1 (1895), 104-105 und 3, 1755-1774, 1758-59; 1 (1896), 669-670 und 5, 3731-3732 (Petitionsberichte 303, 66, 1408).

<sup>990</sup> Karl Heinrich von Boetticher, am 6. Januar 1833 in Stettin geboren, wurde nach verschiedenen beruflichen Stationen - als Gerichtsassessor (1860), Regierungsassessor am Handelsministerium (1863-1864), Stadtrat von Strahlsund (1865), Regierungsrat im preußischen Innenministerium (1869-1872), Regierungspräsident in Hannover (1873) und in Schleswig (1876) sowie Ober-Präsident von Schleswig-Holstein (1879) - ab September 1880 bis Juli 1897 Staatssekretär im Reichsamt des Innern und zugleich Staatsminister, im Juni 1881 Stellvertreter des Reichskanzlers, von August 1888 bis Juli 1897 Vizepräsident des Staatsministeriums, und von 1898 bis 1906 Ober-Präsident von Sachsen. Von Boetticher starb am 6. März 1907 in Naumburg. NDB (1953), 2, 413-414.

<sup>991</sup> Sten.Ber. 3 (1894-95), 1755-6 und 1 (1895-97), 669-670.

<sup>992</sup> Robert Bosse, der Rechtswissenschaften in Heidelberg, Halle und Berlin studiert hatte, war von 1861 bis 1868 Kammerdirektor des Grafen Stolberg-Roßla, danach Konsistorialrat (1870) und ab 1872 Oberpräsident in Hannover. 1876 wurde er als Geheimer Rat in das preußische Kultusministerium, ab 1878 als Staatsminis-

dem Staatssekretär des Innern, Arthur Graf von Posadowsky-Wehner (1845-1932),<sup>993</sup> ange-regt. Doch auch die beharrlich wiederkehrenden Krankheitsherde, die von Milzbrand, Lepra und Typhus in den Jahren 1897 und 1898<sup>994</sup> ausgelöst worden waren, hätten längst genügend Anlass für eine Seuchenregelung gegeben und die Rückständigkeit der gesetzlichen Volks-seuchenbekämpfung im Vergleich zur Viehseuchengesetzgebung deutlich demonstriert, wie aus den Reihen der Reichstagsabgeordneten verlautete: „Dem Vieh hat das Reich seit 20 Jah-ren gesetzlichen Seuchenschutz gewährt, dem Volk bis heute noch nicht.“<sup>995</sup>

Inzwischen international beschlossene Verbindlichkeiten implizierten die Notwendig-keit zu einer Aktualisierung und Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung. So waren auf den Internationalen Sanitätskonferenzen in Dresden am 15. April 1893 und in Venedig am 19. März 1897 zwischen den europäischen Staaten Sanitätskonventionen zur Abwehr der Pest, der Cholera und des Gelbfiebers getroffen worden. Diese Übereinkünfte, die die Benachrich-tigung vom Ausbruch einer Seuche untereinander regelten, dienten zwar dem Schutz der öf-fentlichen Gesundheit im weiteren Sinne, doch handelte es sich vorrangig darum, „dem Han-

---

ter und ab 1881 als Direktor der neu geschaffenen sozialpolitischen Abteilung im Reichsamt des Innern beru-fen, wo er maßgeblich an den ersten Arbeiterversicherungsgesetzen Bismarcks mitwirkte. Ab 1889 war er Unterstaatssekretär, ab 1890 Staatssekretär des Staatsrats und 1891 Staatssekretär des Reichsjustizamtes und zugleich Vorsitzender der Kommission für das neue Bürgerliche Gesetzbuch. Von März 1892 bis September 1899 wirkte er als preußischer Kultusminister. Zu den Veröffentlichungen zählen beispielsweise: „Eine Reise nach dem Orient“ (1900), „Aus der Jugendzeit“ (1911): Mihr, Volker; Tennstedt, Florian; Winter, Heidi (Hg.). Sozialreform als Bürger- und Christenpflicht. Aufzeichnungen, Briefe und Erinnerungen des leitenden Ministerialbeamten Robert Bosse aus der Entstehungszeit der Arbeiterversicherung und des BGB (1878-1892). Stuttgart 2005.

<sup>993</sup> Schmidt, Martin: Graf Posadowsky. Staatssekretär des Reichsschatzamtes und des Reichsamtes des Inneren 1893-1907. Halle 1935, hier bes. 1-6, 20, 103-106, 126-137, 144-150: Arthur Graf von Posadowsky-Wehner, Freiherr von Postelwitz, wurde am 3. Juni 1845 in Groß-Glogau (Schlesien) als Sohn eines Oberlandgerichts-rats geboren. Nach dem Besuch des Gymnasiums (bis 1864) studierte er in Berlin, Heidelberg und Breslau Rechts- und Verwaltungswissenschaften, promovierte 1867 und wurde Referendar am Breslauer Stadtgericht. Von 1869 bis 1873 war er als Gutswirt tätig bis er 1873 zum Landrat in der Provinz Posen ernannt wurde und sich maßgeblich für eine einheitliche Provinzialverwaltung in Posen engagierte. Seine erste sozialpolitische Studie „Über die Altersversorgung der Arbeiter“ veröffentlichte er 1883. Von 1882 bis 1885 war er Mitglied des Preußischen Abgeordnetenhauses für die Freikonservative Partei bis er zum Leiter der neu gegründeten Provinzialselbstverwaltung Posens berufen und 1889 zum Landeshauptmann gewählt wurde. Ab 1893 be-währte er sich als Staatssekretär des Reichsschatzamts und behauptete sich gegen das mächtige preußische Finanzministerium. Als Staatssekretär des Reichsamtes des Innern (von 1897 bis 1908) und preußischer Staatsminister führte er bedeutende wirtschafts- und sozialpolitische Reformen durch; z.B. Reform der Sozi-alversicherung und im Rahmen sozialpolitischer Maßnahmen die Regelung der Arbeitszeit, das Verbot der Kinderarbeit und die Verbesserung des Mutterschutzes. Diese Reformen wurden parlamentarisch von der SPD mitgetragen. Posadowsky trat von seinem Amt zurück, nachdem der Reichskanzler von Bülow die par-lamentarische Zusammenarbeit mit dem Zentrum wegen kolonialpolitischer Differenzen beendete. Von 1912 bis 1918 gehörte Posadowsky als fraktionsloses Mitglied dem Reichstag an. In der Weimarer Nationalver-sammlung wurde er 1919 Fraktionsvorsitzender der neugegründeten Deutschnationalen Volkspartei (DNVP), aus der er 1920 wieder austrat. Von 1923 bis 1924 engagierte er sich für die Aufwertungs- und Entschädi-gungsforderung der Inflationsopfer. Für die „Reichspartei für Volksrecht und Aufwertung“ war er von 1928 bis 1932 Mitglied des preußischen Landtags. Am 23.10.1932 starb Posadowsky-Wehner in Naumburg. Ver-öffentlichungen: „Luxus und Sparsamkeit“ und „Die Wohnungsfrage als Kulturproblem“ (1909/10), „Volk und Regierung im neuen Reich“ (1932). Auch: „Neuer Glogauer Anzeiger“ 06/01.

<sup>994</sup> Sten.Ber. 1 (1897), 3962; 1 (1898), 679 (Milzbrand); 2, 1475 (Lepra); 3, 1909 (Typhus).

<sup>995</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898), 4193 und Sten.Ber. 6 (1900), 5065. Viehseuchengesetz: 23. Juni 1880 (Reichsgesetz-blatt, 1894, 410).

dels- und Reiseverkehr keine unnötigen Schranken“ aufzuerlegen.<sup>996</sup> Die Problematik, durch Isolierung und Sperren den Personen- und Warenverkehr einzuschränken, der „doch regelmäßig scheitert und nur zu nutzlosen Schädigungen der allgemeinen wirtschaftlichen Interessen führen kann“,<sup>997</sup> hatte seit Anbeginn der Seuchenbekämpfung für die betroffenen Kommunen eine entscheidende Rolle gespielt. Speziell die Geschichte der Choleraabwehr zeugte von Existenzbedrohungen und Versorgungskrisen, denen Aufstände und Unmutsbekundungen, wie in Königsberg 1831 und Berlin 1832, gefolgt waren, und frisch im Gedächtnis haftete besonders der jüngst erlebte beträchtliche Schaden in Hamburg 1892.<sup>998</sup> Die „rigorosen, den Verkehr außerordentlich hemmenden Maßregeln“ hatte man durch entsprechende „Kann“-Bestimmungen in den §§15-19 des Gesetzentwurfs entschärft.<sup>999</sup>

Größtes Interesse an der Wiedereinbringung des Gesetzentwurfs hatte Preußen, das angesichts der neuen Pestbedrohung auf möglichst rasche gesetzliche Richtlinien angewiesen war. Grund dafür war eine inzwischen in der preußischen Seuchengesetzgebung aufgetretene Gesetzeslücke. Das preußische Regulativ vom Jahre 1835 war zwar nach einem Urteil des Reichsgerichts von 1895 als rechtsgültig anerkannt worden,<sup>1000</sup> doch die später hinzugekommenen über das Regulativ hinausgehenden polizeilichen Verordnungen für einen etwaigen Seuchenausbruch wurden als ungültig erklärt.<sup>1001</sup> Sie entbehrten der Anzeigepflicht auch für *seuchenverdächtige* Erkrankungen und *choleraverdächtige* Personen. Somit bestanden nurmehr mangelhafte und unwirksame Bekämpfungsmöglichkeiten sowohl gegen die Cholera, als auch die momentan näher rückende Pest, so dass ein neues Landesgesetz notwendig gewesen wäre. Doch in Anbetracht der bevorstehenden einheitlichen Regelung verzichtete Preußen darauf und vertraute nun auf den absehbaren Abschluss eines Reichsseuchengesetzes.<sup>1002</sup>

<sup>996</sup> Sten.Ber. 1 (1893-94), 514-517, 597 und Sten.Ber.Anl. 1 (1893-94), 660-673 (Nr. 102): Die Übereinkunft unterzeichneten Deutschland, Böhmen, Österreich, Ungarn, Belgien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Montenegro, die Niederlande, Russland, die Schweiz und Großbritannien.

Sten.Ber. 1 (1898), 4194 (Nr. 257): Bereits 1840 hatten die Großmächte Europas einen „internationalen Gesundheitsdienst“ in der Türkei eingerichtet. Der ab 1851 zwischen Frankreich, Italien und Portugal bestehenden Sanitätskonvention zur Abwehr von Pest, Cholera und Gelbfieber, schlossen sich 1893 bzw. 1897 auch die nordeuropäischen Staaten an. Außerdem war auf internationalen Sanitätskonferenzen in Konstantinopel (1866), Wien (1874), Rom (1885), Venedig (1892) und Paris (1894) über eine allgemeine obere internationale Gesundheitsbehörde zur Überwachung diskutiert worden.

<sup>997</sup> Sten.Ber. 3 (1892-93), 1978.

<sup>998</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4195 (Nr. 690).

<sup>999</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5060 und Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4188-4256 (Nr.690 Gesetzentwurf).

<sup>1000</sup> Entscheidungen des Reichsgerichts (1895), 27, 280.

<sup>1001</sup> Entscheidungen des Reichsgerichts (1896), 5, 140 (betr. Absperrung eines Choleraherdes).

<sup>1002</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4193-4194 und Sten.Ber. 1 (1895-97), 3731-3732: Auszug aus Petitionsbericht vom 4. Dezember 1896 bezüglich einer Petition des Berliner Ärztevereinsbundes an den Reichstag: „Das Reichsgericht [hat] eine preußische Verordnung, die bestimmt war, in der Cholerazeit einen bestimmten Choleraherd abzusperren, aufgehoben, als mit den Reichsgesetzen nicht in Übereinstimmung stehend.“ Es beste-

### 2.3 Der Inhalt des Gesetzentwurfs

In den Gesetzentwurf waren die am häufigsten vorkommenden hochgradig ansteckenden Krankheiten, die durch ihre rasche Ausbreitung alle Bundesstaaten gefährden konnten, aufgenommen worden. Der Entscheidung, sich auf die sechs Seuchen - den Aussatz (Lepra), die asiatische Cholera, das Fleckfieber (Flecktyphus), das Gelbfieber, die Pest und die Pocken - zu beschränken, lagen unterschiedliche Überlegungen zugrunde: Für die Aufnahme der Lepra, die im Gesetzentwurf von 1893 noch nicht zum Kanon gehört hatte, entschloss man sich nach den Erkenntnissen der Leprakonferenz von 1897 und wegen eines kleineres Herdes im Bereich der Memel. Bei der Cholera musste man nach der Erfahrung von Hamburg von 1892 mit einer Wiederkehr durch Einschleppung rechnen. Das Fleckfieber zu berücksichtigen, hielt man insofern für notwendig, als diese Erkrankung in den polnischen Landesteilen Russlands und Österreichs weit verbreitet war und über die östlichen Grenzgebiete nach Preußen leicht eingeschleppt werden konnte. Dasselbe galt für die Pocken, die im benachbarten Ausland weit verbreitet waren. Außerdem bestanden trotz der in den deutschen Staaten eingeführten und erfolgreichen Impfkaktivitäten immer noch einzelne latente Herde, die aufbrechen und zur Epidemie führen konnten. Die Pest mit einzubeziehen, lag in ihrem sporadischen Auftreten in europäischen Hafenstädten und der jüngsten Epidemie in Indien begründet, obwohl im letzten Jahrhundert in Deutschland diese Seuche nicht mehr beobachtet worden war. Die Aufnahme des Gelbfiebers beruhte auf befürchteten Übertragungen durch den zunehmenden überseeischen Schiffsverkehr.<sup>1003</sup>

Der neu vorgelegte Gesetzentwurf vom 24. März 1900 gliederte sich wie der alte in die einzelnen Kapitel Anzeigepflicht, Ermittlung der Krankheit, Schutzmaßnahmen, Entschädigungen, allgemeine Vorschriften und Strafvorschriften. Sonst enthielt der Gesetzentwurf gegenüber dem vom 31. März 1893 nur wenige Veränderungen. Als wichtigste Korrektur galt die im §10 verankerte Bestimmung: „Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, *kann* durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.“ Diese Regelung betraf besonders Preußen, wo noch immer keine gesetzliche Leichenschau bestand. Eine Erweiterung, die neuere Erkenntnisse zur Übertragung von Krankheiten berücksichtigte, war im §20 vorgenommen worden: „Zum Schutze gegen Pest können

---

he nun eine Lücke, denn „sehr gute und nützliche Maßregeln der preußischen Verwaltung wurden hier aufgehoben, die [...] für den Fall eines Ausbruchs einer Seuche wie der Cholera durchaus notwendig wären“.  
<sup>1003</sup> Sten.Ber.Anl. 2 (1892-93), 906-927, und 6 (1898), 4195. Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen., XIII-XV.

Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.“ Weiterhin sollte der Bundesrat ermächtigt werden, „über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßnahmen sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen“.<sup>1004</sup>

### 3 Die Beratungen des Gesetzentwurfs im April und Juni 1900

#### 3.1 Allgemeine Betrachtungen

Die Generaldebatte zur ersten Beratung des Gesetzentwurfs fand in zwei Sitzungen am 24. und 25. April statt. Die zweite und dritte Beratung folgten am 11. und 12. Juni 1900.

„Der einzelne Staat würde garnicht in der Lage sein, mit wirksamem Schutz und Kampfmitteln gegen derartige Seuchen vorzugehen“ betonte der Abgeordnete Carl Gamp (1846-1918) in seinem Eröffnungsbeitrag.<sup>1005</sup> Auf dieser Überzeugung gründete sich das allgemeine Wohlwollen, das der reichseinheitlichen Seuchengesetzgebung entgegengebracht wurde. Diese grundsätzlich positive Haltung konnte auch durch die Beiträge von einigen Abgeordneten, die im weiteren Verlauf der Beratungen ihre Missstimmung, Enttäuschung und harsche Kritik über die Gesetzesvorlage äußerten, nicht beeinträchtigt werden. Die Gesetzgebung zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten „mit gebieterischer Notwendigkeit“ voranzubringen, hatte Vorrang, zumal es sich um einen nun zum wiederholten Mal zur Beratung anstehenden Gesetzentwurf handelte.<sup>1006</sup> Ein hohes Interesse am Zustandekommen des Seuchengesetzes bekundeten auch die Redner Endemann<sup>1007</sup>, Hoeffel<sup>1008</sup>,

<sup>1004</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4188-4256, bes. 4190 (Nr. 690); auch RGBI (1900), Nr. 2686, 310, 312.

<sup>1005</sup> Carl Gamp, geboren am 24. November 1846, studierte von 1865 bis 1868 in Königsberg und Berlin Rechtswissenschaften, 1868 wurde er Referendar, 1873 Gerichtsassessor, ging 1874 zur Staatseisenbahnverwaltung und war von 1877 bis 1880 im Ministerium der öffentlichen Arbeiten, ab 1882 bis 1883 im Handelsministerium beschäftigt. Dem Reichstag gehörte er seit 1884 als Mitglied der Reichs- und Freikonservativen Partei an, deren Vorsitzender er von 1907 bis 1918 war. 1907 wurde er zu „Freiherr von Gamp-Massaunen“ geadelt. Aus: Kürschner, Der neue Reichstag, 30.

<sup>1006</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5063.

<sup>1007</sup> Friedrich Carl Endemann (1833-1909) studierte in Zürich, Marburg, Gießen, Göttingen und Wien Medizin und legte 1856 in Kurhessen die Staatsprüfung ab. Nach seiner Assistentenzeit in Nassau und einer Reisearztstätigkeit ließ er sich ab 1860 in Kassel als praktischer Arzt nieder. Mitglied des Reichstags war er ab 1893. Aus: Haunfelder, Bernd: Die Liberalen Abgeordneten des Deutschen Reichstags 1871-1918. Biographisches Handbuch. Münster 2004, hier 122.

<sup>1008</sup> Johannes Hoeffel, geboren am 5. März 1850, studierte von 1867 bis 1872 Medizin und praktizierte ab 1872. 1888 wurde er Kreisarzt im Kreis Zabern. Daneben war er ab 1884 Bürgermeister in Buchsweiler. Ab 1885

Langerhans<sup>1009</sup>, Schrader<sup>1010</sup> und Emanuel Wurm, die sich bereits während der Debatte 1893 engagiert hatten und die, wie die meisten Referenten, auch im Namen ihrer Parteifreunde sprachen.<sup>1011</sup> Nun müsse „der Anfang mit einer derartigen Gesetzgebung gemacht werden, denn, andernfalls, wenn uns das Unglück trifft, würden wir uns die größten Vorwürfe machen“.<sup>1012</sup> Langerhans entsprach dem allgemeinen Tenor, zugunsten eines Gesetzes, das „in möglichst kurzer Zeit“ zustande kommen sollte, Einschränkungen in Kauf zu nehmen, obwohl man sich einen breiter ausgestalteten Rahmen der Maßnahmen gewünscht hatte und der Entwurf nur zu einem geringen Teil ihren Auffassungen von einem Reichsseuchengesetz entsprach. Seine noch 1893 erhofften Vorstellungen von einheitlichen Medizinalreformen für alle Staaten, hatte er inzwischen aufgegeben.<sup>1013</sup> „Ein Reichsseuchengesetz hätte vorerst die Handhabe bieten sollen, die schlechten sanitären Zustände, wie sie noch in unzähligen Orten Deutschlands bestehen, zu bessern. Daran ist das ganze Reich interessirt [...]. Ich befürchte, daß das, was uns heute geboten wird, nur ein kleines Stückwerk sein wird, welches nicht viele befridigen und den allgemeinen gesundheitlichen Zuständen des Deutschen Reichs keine wesentliche Besserung bringen wird.“ Auch, so meinte Schrader weiter, sei zwar im Gesetz die Kontrolle der Wasserversorgung verankert - ohne Zweifel für die Seuchengefahr eine der wichtigsten Fragen - , doch dürfte diese kaum wirksam werden, weil diese Maßnahme nicht mit dem nötigen Zwang verbunden sei. Eine allgemeine Brunnenordnung für das ganze Deutsche Reich und eine Bauordnung für Neubauten, die die Minimalanforderungen der Hygiene erfüllten, forderte der Abgeordnete Hoeffel. „Ein Reichsseuchengesetz sollte sich auf den Boden stellen, dass der sicherste Schutz gegen die Epidemien, sei es von Cholera, Gelbfieber oder anderen, in der durchgeführten Hygiene der Ortschaften zu finden ist.“<sup>1014</sup> Für „verfehlte

---

gehörte er dem Oberkonsistorium der Kirche der Augsburger Konfession an. Ab 1888 war er Mitglied des Bezirkstags des Unter-Elsaß, ab 1890 des Reichstags. Aus: Kürschner, Der neue Reichstag, 393.

<sup>1009</sup> Paul Langerhans, geboren am 25. Mai 1820, hatte in Berlin, Paris und Wien Medizin studiert und praktizierte ab 1843. Ab 1875 engagierte er sich in der Berliner Stadtverordnetenversammlung und wurde 1892 deren Vorsteher. Als Mitglied der Freisinnigen Volkspartei gehörte er ab 1875 dem preußischen Landtag und ab 1881 dem Reichstag an. Aus: Kürschner, Der neue Reichstag, 31.

<sup>1010</sup> Karl Schrader (1834-1930), geboren in Wolfenbüttel, studierte Rechtswissenschaften. Nach seiner Tätigkeit als Assessor und Mitglied der Generaldirektion der Eisenbahn in Braunschweig wurde er Anfang der 70er Jahre nach Berlin als Direktor der Berlin-Anhalter-Eisenbahngesellschaft berufen. Sein soziales Engagement fand Ausdruck in der Mitbegründung der Berliner Baugenossenschaft (1886) und in der Gründung des Vereins für Volkserziehung, der Seminare für Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen anbot. Dieser Verein und der Volkskindergarten bildeten die Grundlage für das Pestalozzi-Fröbel-Haus. Der Kinderbetreuungs- und Jugendausbildungsstätte, die 1873/74 von Schraders Frau, Henriette Schrader-Breyman, einer Nichte Fröbels, gegründet wurde, vermachte das Ehepaar Schrader sein gesamtes Vermögen. Aus: <http://www.dhm.de/lemo/html/kaiserreich/innenpolitik/freisinnigever/index.html> vom 16. Febr. 2007 und [www.luise-berlin.de/Gedenktafeln/mit/s/schrader\\_karl.htm](http://www.luise-berlin.de/Gedenktafeln/mit/s/schrader_karl.htm); [www.berlingeschichte.de](http://www.berlingeschichte.de) vom 16. Febr. 2007.

<sup>1011</sup> Sten.Ber. 3 (1892/93), 1953-1988, bes. 1956-1959, 1964-1967, 1974-1976, 1978-1979, 1983-1988.

<sup>1012</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5082.

<sup>1013</sup> Sten.Ber. 3 (1892/93), 1974.

<sup>1014</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5079-5082, bes. 5080, 5082.

Sparsamkeit“ hielt der Abgeordnete Müller (1857-1912)<sup>1015</sup> „zurückgehaltene Bestimmungen, die dem Reiche, den Einzelstaaten, den Gemeinden und den einzelnen Reichsangehörigen Jahr für Jahr schlimmstenfalls insgesamt einige Hunderttausend Mark kosten können, um auf der anderen Seite die Verantwortung auf uns zu nehmen dafür, dass eine Gefahr ungehindert und ungemindert weiterdaure, die uns auf einen Schlag Milliarden Mark kosten kann.“ Da man in den Kreisen der Konservativen wisse, dass eine solche Gesetzgebung nicht ohne Opfer an Geld und Gut von allen Schichten der Bevölkerung durchzuführen sei, „dass über den materiellen Werthen die ideellen Werthe, dass über den Vermögensinteressen der Besitzenden die Gesundheitsinteressen der Gesamtheit stehen“, wolle man an der Gesetzgebung mitarbeiten.<sup>1016</sup> Zur Kostenfrage erläuterte Graf von Posadowsky-Wehner, der als Staatssekretär des Innern, Stellvertreter des Reichskanzlers und Bevollmächtigter zum Bundesrat auftrat, dass man eine Gesetzesvorlage mit Zustimmung der Einzelstaaten verhandelte und „daß sich kein Einzelstaat dieser Verpflichtung entziehen kann und alle Mühe anwenden wird, um diese Frage in einem befriedigenden Sinne zu regeln“. Im Übrigen wünschte er, wie alle anderen auch, eine Verabschiedung des Gesetzes, ungeachtet der späten Zeit innerhalb der laufenden Sitzungsperiode und „trotz aller ihrer Befürchtungen“ um eine nochmalige Vertagung. Handelte es sich doch um einen sieben Jahre kursierenden Entwurf, der nach langjähriger Begutachtung durch ärztliche Autoritäten der medizinischen Gremien der Einzelregierungen schließlich vom Bundesrat gebilligt und vorgelegt worden war, und der nun unter dem Zwang der prekären preußischen Lage zum Abschluss geführt werden musste.<sup>1017</sup>

Dem mehrfach geäußerten Unmut über die vorausgegangene lange Vorbereitungszeit suchte der Innenminister mit dem überaus schwierigen Prozess des Mittelwegs zwischen der notwendigen Selbständigkeit der Landesbehörden und der Reichsgewalt zu erklären. Deshalb habe man sich jetzt auch dem Rahmen, den die verbündeten Regierungen mit der einschränkenden Berücksichtigung nur besonders wichtiger Gesichtspunkte gespannt hätten, anzupassen und müsse durch Modifizierung der bisherigen ungenügenden Bestimmungen ein Gesetz für den Epidemiefall schaffen. „Ein Reichsgesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten ist meines Erachtens das Korrelat der allgemeinen Freizügigkeit; denn die gemeingefährlichen Krankheiten machen innerhalb des Reichs jedenfalls den weitesten

---

<sup>1015</sup> Herrmann Müller, geboren am 7. März 1857, studierte von 1874 bis 1877 in Jena, Straßburg, Göttingen und Breslau Naturwissenschaften. Sein Studium schloss er mit der Promotion ab. Danach war er Wissenschaftlicher Lehrer der Realschule I. Ordnung in Lippstadt (1877-1880), London (1880/81) und Liegnitz (1881-1888). 1888 übernahm er die Verlagsbuchhandlung von C. Flemming in Glogau und gab die Dislokationskarte des deutschen Heeres und seiner Grenznachbarn heraus. Als Mitglied der Freisinnigen Volkspartei gehörte er ab 1892 dem Reichstag an. Aus: Kürschner, Der neue Reichstag, 112.

<sup>1016</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5065.

<sup>1017</sup> Sten.Ber. 3 (1892/93), 1974-1975 und 6 (1898-1900), 5060-5085, bes. 5067-68, 5080, 5082, 5084.

Gebrauch von der Freizügigkeit und können deshalb auch nur auf einheitlichen reichsgesetzlichen Grundlagen wirksam bekämpft werden.“<sup>1018</sup>

### **3.2 Kritische Auseinandersetzung mit den Kernpunkten des Gesetzentwurfs**

Die insgesamt wohlwollende Einstellung der Abgeordneten zum Seuchengesetz bedeutete nicht auch gleichzeitig eine kritiklose Hinnahme augenscheinlicher Mängel des Gesetzentwurfs. Viele in früheren Reichstagsdebatten häufig diskutierte Probleme hatten bereits bei der Erörterung des Gesetzentwurfs von 1893 Kontroversen ausgelöst und zu Korrekturvorschlägen Anlass gegeben. Der neu vorgelegte Gesetzentwurf, der kaum verändert worden war, enthielt die alten 1893 schon beanstandeten und noch immer nicht ausgeräumten Mängel, die nun erneut Anstoß erregten und zu heftigen Diskussionen führten. Diese konzentrierten sich auf die in den §§1-6, 10, 14, 27-29 verankerten Schwerpunkte: Auswahl der Seuchen, Anzeigepflicht, Ermittlung der Krankheit, Schutzmaßnahmen und Entschädigungen.

Zur Einschätzung der Stimmung, insbesondere aber der Sachlage, sollen folgende Debattenauszüge beitragen und gleichzeitig einen Überblick über das Gesetzeswerk vermitteln.

#### **3.2.1 Die beschränkte Auswahl der Seuchen**

Eine Reihe von Wortmeldungen befasste sich mit §1, weil er nur die sehr bemessene Auswahl von sechs Seuchen, die als anzeigepflichtig erachtet wurden, auswies. Eine Erweiterung auf zusätzliche Krankheiten sollte den einzelnen Bundesstaaten überlassen bleiben:

„§1: Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Aussatz (Lepra), Cholera asiatica, Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern), sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen. Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.“

---

<sup>1018</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5068-5069.

„§5: Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt. Durch Beschluss des Bundesraths können die Vorschriften über die Anzeigepflicht auf andere als die im §1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.“<sup>1019</sup>

Die Begrenzung auf sechs Seuchen mit pandemischem Verbreitungscharakter war schon während der beiden Sitzungen der ersten Debatte vom 21. und 22. April 1893 kritisiert worden. Einerseits hatten sich damals unter anderen die Abgeordneten Stolberg-Wernigerode<sup>1020</sup> und Holleuffer<sup>1021</sup> für ein Gesetz ausgesprochen, das sich nur auf die Cholera beschränken sollte: Dafür läge ein echtes Bedürfnis vor und es könnten „strikte, präzise Vorschriften“ festgelegt werden. Andererseits wollten andere Abgeordnete, zum Beispiel Virchow, „dringend wichtige pandemische Krankheiten“ in begrenzter Anzahl, insbesondere aber das im Entwurf vorgeschlagene Fleckfieber beibehalten, weil man sich vor der Einschleppung von Polen und Galizien an den Grenzen schützen müsste.<sup>1022</sup> Eine Bestätigung für diese Entscheidung sah der Abgeordnete Gamp, der in der jetzigen Debatte angesichts der erneuten herannahenden Pestgefahr und der gebotenen Eile begrüßte, „dass die verbündeten Regierungen sich nur auf eine geringe Anzahl von Krankheiten beschränken und die weitere Ausgestaltung dieser Anzeigepflicht der bundesrathlichen Anordnung überlassen haben“. Er warnte gleichzeitig, die landesrechtliche Ermächtigung, bei allen übrigen Krankheiten Maßregeln treffen zu können (§5), allzu ausgiebig anzuwenden und forderte in diesem Zusammenhang einen gewissen Schutz beispielsweise bei der Anzeige von Syphilis.<sup>1023</sup>

Mehrheitlich allerdings sprachen sich die Abgeordneten für einen Gesetzentwurf aus, der weniger die Beschränkung als vielmehr eine Erweiterung auf andere „gemeingefährliche“ bzw. „übertragbare“ bedrohliche Krankheiten enthalten sollte. Ihrer Meinung nach gehörten zu den „gemeingefährlichen pandemischen“ Krankheiten, wie Cholera und Pest, die bekannterweise in kurzem Zeitraum im Verhältnis zu den im Lande herrschenden Seuchen eine grö-

<sup>1019</sup> Sten.Ber. Anl. 6 (1898-1900), 4193-4197, bes. 4189.

<sup>1020</sup> Udo Graf zu Stolberg-Wernigerode, geboren am 4. März 1840 in Berlin, hatte Rechtswissenschaften studiert und sich ab 1859 für die Offizierslaufbahn entschieden (mit Abschied 1871 als Major). Von 1879 bis 1885 war er Landrat in Landehut (Schlesien) und von 1891 bis 1895 Oberpräsident der preußischen Provinz Ostpreußen. Er gehörte von 1877 bis 1893 und von 1895 bis 1910 dem Reichstag an, seit 1872 war er auch Mitglied des preußischen Herrenhauses auf Lebenszeit. Er starb am 19. Februar 1910 in Berlin. Aus: [verwaltungsgeschichte.de](http://verwaltungsgeschichte.de)

<sup>1021</sup> Hans Dietrich von Holleuffer, geboren am 14. März 1855 in Zeitz, studierte nach dem Besuch der Gymnasien in Dessau, Hof und Dresden von 1872 bis 1876 Rechts- und Staatswissenschaft in Leipzig, Jena und Berlin. Danach war er Referendar in Merseburg, Wiesbaden und Liegnitz, wo er auch Regierungsassessor wurde. Ab 1881 übernahm er die Verwaltung des Landratsamts in Löwenberg. Als Mitglied der Deutsch-Konservativen gehörte er ab 1892 dem Reichstag an. Aus: Kürschner, *Der neue Reichstag*, 115.

<sup>1022</sup> Sten.Ber. 3 (1893), 1952, 1958, 1960-1961.

<sup>1023</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5060-5062 und Sten.Ber.Anl. 6, 4193-4197, bes. 4189.

ßere Zahl von Erkrankungen und Todesfällen verursachten, auch noch andere ebenso unheilvolle Krankheiten. Über Unterleibstyphus, Diphtherie, Scharlach, Genickkrampf, Kindbett- und Rückfallfieber, Wutkrankheit, Rotz, Milzbrand, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten herrsche leider „absolutes Stillschweigen“, bedauerte der Abgeordnete Endemann. Als erfahrener Arzt war er davon überzeugt – wie auch die Abgeordneten Müller und Schrader – dass es nicht zu verantworten sei, den einzelnen Ländern eine Ausweitung der Anzeigepflicht zu überlassen. Es sei „viel richtiger und wichtiger“, in den Gesetzentwurf statt der neu hinzugekommenen Lepra, die Geschlechtskrankheiten, den akuten und chronischen Alkoholismus und besonders die Tuberkulose aufzunehmen. Letztere verursachte mit jedem siebten Todesfall die allergrößten Opfer. Dass sie die schlimmste aller Volksseuchen sei, bestätigten die von behördlicher Seite unterstützten internationalen Kongresse.<sup>1024</sup>

Das Gesetz würde zum „Stückwerk“, wenn die wirklich wichtigsten Elemente einer allgemeinen gesundheitlichen Fürsorge vernachlässigt würden und dieses sich – so Schrader – „beschränkt auf die Bekämpfung einiger weniger, in der Hauptsache selten vorkommender Seuchen und nur „ein minimales Anwendungsgebiet“ habe. „Solange nicht eine von den großen Krankheiten, Cholera oder Pest, in Deutschland einzieht, so lange wird das Gesetz ruhig in dem Kasten liegen.“ Bei der knappen Zeit müssten leider gründlichere Beratungen und Korrekturen unterbleiben, was den Verzögerungen der verbündeten Regierungen zuzuschreiben sei. Nützliche Dinge, die das Reich entscheiden müsse, werde den Einzelstaaten überlassen, wobei Jahre vergingen.<sup>1025</sup> Zur Bekämpfung der Tuberkulose, entgegneten die Referenten Langerhans und Graf von Posadowski-Wehner, seien die Maßnahmen, die bei Cholera und Pest angewendet würden, unzweckmäßig. Die Tuberkulose in das Gesetz aufzunehmen, sprengte den Rahmen derzeit möglicher gesetzgeberischer Schritte, weil „man nicht eine Masse anderer Vorbedingungen erfüllen kann, um den Schwindsuchtskranken aus seiner Behausung zu entfernen, so die Ansteckung zu verhindern, für sein anderweitiges gesundes Unterkommen zu sorgen, ihn zu heilen und wieder erwerbsfähig zu machen oder dauernd in ein Asyl unterzubringen [...]. Die freiwillige Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland ist doch schon eine recht großartige“. Besonders die besitzenden Kreise fühlten sich verantwortlich und hätten sich außerordentlich opferwillig gezeigt. Er hoffe, „daß auf dem Wege der freien Liebeshätigkeit der Kampf gegen die Tuberkulose wirksam aufgenommen ist und zu einem siegreichen Erfolge führen wird“.<sup>1026</sup> Das Seuchengesetz, betonte von Posadowsky-

<sup>1024</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5063-5064, 5066-67.

<sup>1025</sup> Ebd., 5078-5080.

<sup>1026</sup> Ebd., 5069.

Wehner noch einmal, erfülle die spezielle Aufgabe, den meist aus dem Ausland eingeschleppten pandemischen Krankheiten entgegenzuwirken.<sup>1027</sup>

### 3.2.2 Die Ermittlung und Anzeige der Seuchen

Die §§2-4 enthielten den für die Anzeige von Seuchen verantwortlichen Personenkreis, die Anzeigeform und, in §6, die damit eng verknüpften weiterführenden Maßnahmen.

„§2 (auszugsweise): Zur Anzeige sind verpflichtet: 1. der zugezogene Arzt, 2. der Haushaltungsvorstand, 3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, 4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, 5. der Leichenschauer.“

„§3 (auszugsweise): Für Krankheits- und Todesfälle in Krankenanstalten, ist der Vorsteher oder sein zuständiger Beauftragter verpflichtet, auf Schiffen der Haushaltungsvorstand oder Floßführer oder Stellvertreter.“

„§4 (auszugsweise): Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden.“

„§6 (auszugsweise): Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im §1 genannten Krankheiten Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Nothfällen kann der beamtete Arzt die Ermittlung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.“<sup>1028</sup>

Die Allgemeinheit war der Meinung, dass der behandelnde Arzt an erster Stelle die Anzeigepflicht übernehmen sollte. Einige Abgeordnete, zum Beispiel Gamp, Hoeffel und Langerhans, wollten die Anzeige sogar ausschließlich auf die behandelnden Ärzte beschränken. Sie könnten als Sachverständige nicht nur die nötige Ruhe in die aufgeregte Bevölkerung bringen und möglichen Gerüchten vorbeugen, sondern auch Krankheitssymptome feststellen, die selbst mit Anleitung für andere Personen schwierig zu erkennen seien. „Ein Theil von diesen Krankheiten ist uns Ärzten nie zur Anschauung gekommen, wie viel mehr wird das vom Pub-

<sup>1027</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5069.

<sup>1028</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4193-4197, bes. 4189.

likum mißverstanden werden.“<sup>1029</sup> Eine in diesem Zusammenhang auftauchende Kontroverse galt den im Gesetzentwurf unterschiedlichen Kompetenzen eines behandelnden und beamteten Arztes. Kritisiert wurde, dass den beamteten Ärzten, die nach §6 hinzugezogen werden und polizeiliche Maßnahmen einleiten sollten, „ein so großes Uebergewicht über die Zivilärzte“ einzuräumen sei. Sie hätten trotz Schulungen auch kein größeres Wissen. Wenn man den „Zivilärzten“ mit solchem Misstrauen begegne, sollten bei zweifelhaften Diagnosen besser ärztliche Spezialkommissare eingesetzt werden. Es widerspräche seiner Empfindung und bedeute auch einen Eingriff in die persönlichen Verhältnisse des Einzelnen, so Gamp, „daß der beamtete Arzt gegen den Willen des Haushaltungsvorstandes in die Familien eindringt unter Beiseiteschiebung des behandelnden Arztes. [...] Wenn z.B. eine erste ärztliche Autorität in einer Familie als behandelnder Arzt fungiert, und es kommt dann vielleicht ein junger Militärarzt mit Sporen und Säbel in das Krankenzimmer, um zu kontrollieren, ob der Professor eine richtige Diagnose gestellt hat, so hat das für mich geradezu etwas Komisches.“ Überdies sei der beamtete Arzt kaum in der Lage, die finanziellen und wirtschaftlichen Folgen seiner Anordnungen abzuschätzen. Nur sachgemäße Beurteilungen von Behörden könnten bei Wohnungsräumungen, Brunnenschließungen oder Straßensperrungen Nutzen und Schaden abwägen und betroffene Gemeinden vor finanziellem Ruin schützen.<sup>1030</sup> Dagegen sollten nach Endemann und Schrader „die beamteten Ärzte in diesem Gesetz eine Hauptrolle spielen“, denn sie hätten ganz andere Aufgaben zu erfüllen. „Der Privatarzt hat die Kranken zu heilen, der beamtete Arzt die gesundheitspfléglichen Rücksichten zu nehmen.“ Auch in der Zusammenarbeit gäbe es wohl kaum Probleme, „wenn Kenntnisse und Erfahrungen mit Takt gepaart sind“. Gerade in Epidemiezeiten seien Ärzte durch die Vielzahl ihrer behandlungsbedürftigen Patienten oft überfordert und gäben gerne die „amtlichen Obliegenheiten“ und etwaige Entscheidungen ab, widerlegte auch Graf von Posadowsky-Wehner die vermeintliche Vorrangstellung der beamteten Ärzte. Bezüglich der Anzeigepflicht dürfte diese keinesfalls nur auf Ärzte beschränkt sein, weil man in spärlich besiedelten ländlichen Gebieten mit entlegenen Wohnsitzen auch Haushaltsvorstände in die Verantwortung ziehen müsse. Der Ausbruch einer Seuche rufe einen kriegsähnlichen Zustand hervor und man müsse „schnell und energisch zugreifen; und diesem großen Zweck, das Kostbarste, was wir besitzen, das Leben unseres Nebenmenschen, erfolgreich zu schützen, muß jeder Einzelne Opfer bringen“.<sup>1031</sup>

<sup>1029</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5060, 5082-5083.

<sup>1030</sup> Ebd., 5060-5061.

<sup>1031</sup> Ebd., 5064, 5068, 5079.

### 3.2.3 Der Eingriff in die persönliche Freiheit

In direktem Zusammenhang mit der Anzeigepflicht stand die ärztliche Entscheidung, einen Kranken zu isolieren. Naheliegend war die Unterbringung in einem Krankenhaus, ein Ungemach, das meistens minderbemittelte Familien traf. Die engen überbelegten Wohnungen boten keine Alternative zur Isolierung. Überdies musste die erhöhte Verbreitungsgefahr in das umgebende meist dichtbevölkerte Wohnviertel verhindert werden.

„§14 (auszugsweise): Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden. Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, dass der Kranke mit anderen als den zu seiner Behandlung und Pflege bestimmten Personen nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit thunlichst ausgeschlossen ist. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die zu diesem Zwecke nothwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.“<sup>1032</sup>

Unter dem Gesichtspunkt, „daß es unmöglich ist, mit Erfolg gegen Epidemien anzukämpfen, wenn man nicht das Recht hat, gewisse Leute zu zwingen, in Krankenhäuser zu gehen“, verteidigte Langerhans die Bestimmungen des §14. Neben der Verhütung von weiteren Ansteckungen müsste man auch gleichzeitig Kenntnisse über den Verlauf der Krankheiten erwerben, die praktischerweise unter spezieller Aufsicht des Kranken am leichtesten in einem Krankenhaus geschehen könne.<sup>1033</sup> Dass unter Umständen mit Polizeizwang in die „zarten“ ethischen Verhältnisse vorzugsweise oder ausschließlich der kleinen und mittleren Leute eingegriffen werden sollte - „[d]er Ehemann wird der Pflege seiner Frau entrissen, das Kind womöglich der Pflege seiner Mutter“ - , war bereits von dem Zentrumsabgeordneten Fritzen (1840-1916)<sup>1034</sup> im Jahre 1893 angeprangert und abgelehnt worden.<sup>1035</sup> Deshalb sollte, so er-

<sup>1032</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4193-4197, bes. 4190.

<sup>1033</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5084.

<sup>1034</sup> Aloys Fritzen, geboren am 19. Februar 1840 in Cleve, studierte von 1858 bis 1861 in Bonn und Heidelberg Rechtswissenschaften. Während seiner Laufbahn wurde er 1861 Beisitzer, 1863 Referendar und 1866 Landgerichtsassessor und von 1875 bis 1889 Landesrat bei der Rheinischen Provinzialverwaltung. Er war Mitglied des Rheinischen Provinziallandtags und ab 1890 des Preußischen Abgeordnetenhauses. Ab 1881 gehörte er als Zentrumsangehöriger dem Reichstag an. Aus: Kürschner, Der neue Reichstag, 215.

<sup>1035</sup> Sten.Ber. 3 (1892/93), 1960.

klärte sein Parteifreund Rembold<sup>1036</sup> jetzt, „zwischen der Wahrung der persönlichen Freiheit, der berechtigten Interessen des Einzelnen auf der einen Seite und dem, was das Wohl der Allgemeinheit fordert, auf der anderen Seite, die richtige Mitte gefunden werden“.<sup>1037</sup>

### 3.2.4 Die Entschädigungsregelung

Die Entschädigungsregelungen waren wegen ihrer Vielschichtigkeit in der Gesetzvorlage nur teilweise als reichseinheitliche Maßnahmen festgelegt worden.

„§27: Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie [...] in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt oder [...] abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeitsverdienstes [...].

§28: Für Gegenstände, welche in Folge einer nach Maßgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist vorbehaltlich [...] auf Antrag Entschädigung zu gewähren.“

„§29: Der landesrechtlichen Regelung bleibt vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,
2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist. Soweit landesrechtliche Bestimmungen hierüber nicht bestehen, liegt die Entschädigungspflicht den Gemeinden oder nach Bestimmung der Landesregierung einem weiteren Kommunalverband ob.“<sup>1038</sup>

Die §§30-34 beinhalteten außerdem Entschädigungsbestimmungen bezüglich Wert, Besitz oder Personenkreis von beschädigten Gegenständen.<sup>1039</sup>

---

<sup>1036</sup> Franz Alfred Rembold, geboren am 27. September 1844, studierte von 1862 bis 1865 in München, Heidelberg und Tübingen Rechtswissenschaften. 1867 wurde er Richter an den Oberamtsgerichten in Ehingen und Saulgau. Ab 1870 war er als Rechtsanwalt in Ravensburg tätig. Als Mitglied der Zentrumspartei gehörte er ab 1892 dem Reichstag an. Aus: Kürschner, Der neue Reichstag, 324.

<sup>1037</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5085.

<sup>1038</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1890), 4191.

<sup>1039</sup> Ebenda; auch RGBl (1900), Nr. 2686, 312-313.

Am ausführlichsten behandelte der Abgeordnete Gamp die Entschädigungsfrage: „Diese Verhältnisse müssen unbedingt gesetzlich geregelt werden, und es muß in dem Gesetz selbst gesagt werden, wer die Kosten zu tragen hat, und welche Rechtsfolgen eintreten, wenn solche Anordnungen von den Aerzten erlassen werden.“ Den „hoechst idealen Standpunkt“ der verbündeten Regierungen „in dem Interesse, welches jedermann in der Wahrung des Gemeinwohls hat, werden viele Nachtheile, die er durch dessen Wahrung im einzelnen Falle erleidet, ihre Ausgleichung finden“ wies er zurück. Da bei einer Epidemie ganze Häuser, ganze Straßen gesperrt oder der Landbevölkerung der Verkauf von sämtlichen landwirtschaftlichen Produkten untersagt werden könne, sei an die Existenzgefährdung Einzelner zu denken. Von diesen könne jedoch keinesfalls ein derartig schweres Opfer im Interesse der Gesamtheit verlangt werden. Nach der allgemeinen Rechtsauffassung müsse auch die Gesamtheit die Kosten für mögliche Entschädigungen an Einzelne übernehmen. „Das entspricht auch den Grundsätzen der Verfassung: das Eigenthum des Einzelnen darf nur aus Gründen des Allgemeinwohls und nur gegen volle Entschädigung entzogen werden.“ Er forderte deshalb, im Reichsgesetz Regelungen festzuschreiben und nicht, wie vorgeschlagen, durch Landesgesetz entscheiden zu lassen - eine Meinung, die übrigens auch der Abgeordnete Schrader vertrat. Ebenso sollte geklärt werden, ob bei Zuweisung einer anderen Wohnung der Eigentümer des Hauses oder der Mieter den Ausfall zu tragen habe. Außerdem seien die Grenzen von Desinfektionsmaßnahmen zu ziehen und festzulegen, wer die entsprechenden Kosten trage. Dabei wies er auf die Belastung insbesondere der Gemeinden hin. Sie seien in ihrer Leistungsfähigkeit überfordert, wenn sie für die Beseitigung der gesundheitsgefährdenden Missstände, wie Verbesserung der Trinkwasserversorgung und die Abwasserentsorgung verantwortlich gemacht würden. Vor allem bei industrieller Verschmutzung entspräche es „durchaus nicht unserer Gesetzgebung, daß die Gemeinden die Verpflichtung haben, die Nachteile aus der Verschlechterung des Wassers durch Fabriken auf ihre Kosten zu beseitigen“. Gamp sprach auch die weitreichende Problematik der Regelung im Eisenbahnbetrieb an. Gesetzliche Schutzmaßnahmen sollten erlassen werden, „die den Reisenden unter den von den Medizinalbehörden als nothwendig erachteten Kautelen ein Recht geben, dahin befördert zu werden, wo ihr Reiseziel sich befindet“ ohne befürchten zu müssen, von erkranktem Fahrpersonal angesteckt zu werden.<sup>1040</sup>

Weitergehende Regelungen zur Entschädigung wurden in Landeseseuchengesetzen und ihren Ausführungsbestimmungen getroffen, wie beispielsweise von Braunschweig 1904 oder Preußen 1905.<sup>1041</sup>

<sup>1040</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5062-5063, 5079.

<sup>1041</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XV-XVI; 188-205.

### 3.2.5 Die obligatorische Leichenschau

Das Thema „obligatorische Leichenschau“ hatte den Reichstag jahrzehntelang immer wieder beschäftigt. Für die einheitliche Reichsregelung sah der Gesetzentwurf nun vor:

„§10: Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, sowie für deren Umgegend *kann* durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.“<sup>1042</sup>

Kritisch äußerte sich der Abgeordnete Müller zu §10, obwohl die erstmalige Einführung des Begriffs „Leichenschau“ in die Reichsgesetzgebung von „ganz besonderer Bedeutung“ sei.<sup>1043</sup>

Leider sei der schätzbare Fortschritt wegen der „Kann“-Vorschrift jedoch nur ein „halber Schritt“. Eine allgemeine amtliche Leichenschau hätte „eine den tatsächlichen Verhältnissen wirklich entsprechende, den unabweisbaren Anforderungen der Gesundheitspflege genügende Sterblichkeitsstatistik“ erbracht. Man müsse weiterhin an den Statistiken zweifeln, da sie sich jeder Prüfung entziehen. Vielfach bildeten „Laien, die nach Gutdünken ins Blaue hineinrathen und schließlich die Todesursache angeben, deren Name ihnen am geläufigsten [ist], die Grundlage unserer Kenntnisse betreffs der Sterblichkeitsverhältnisse“. Ein Seuchengesetz sollte ermöglichen, „daß überall, wo die ersten Fälle einer gemeingefährlichen Krankheit im Land auftreten, diese in ihrem wahren Wesen sofort richtig erkannt und sofort amtlich – zu weiterer Veranlassung – an zuständiger Stelle gemeldet werden“. Einen weiteren Grund für die obligatorische Leichenschau sah Müller in der Bedeutung für die forensische Medizin, weil „manches Verbrechen wider das Leben zu erkennen und zu bestrafen [sei], das ungeahndet und ungesühnt“ bliebe.<sup>1044</sup> Auch die Abgeordneten Schrader und Langerhans äußerten ihren Unmut über die nachlässige Gesetzgebung, die speziell Preußen anging, wo es immer noch keine obligatorische Leichenschau gab: „Die Einführung der Leichenschau könnten wir ohne Bedenken in dieses Gesetz hineinkorrigiren, nämlich die allgemeine dauernde Einführung; und ich glaube, der Staat Preußen wird davon überzeugt werden können, daß die Leichenschau seinen Interessen entspricht, und daß die Mittel, die er dafür braucht, wahrhaftig nicht so groß sind, um erhebliche Schwierigkeiten zu verursachen.“ Auch der frühere Vorwand, dass ein Arzt nicht schnell genug zu erreichen sei, gelte jetzt durch die telegrafischen

<sup>1042</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XV-XVI; 188-205.

<sup>1043</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4189.

<sup>1044</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5066.

oder telefonischen Verbindungen nicht mehr.<sup>1045</sup> Vor allem Langerhans, der als Mitglied des preußischen Abgeordnetenhauses seit 1882 um die obligatorische Leichenschau kämpfte, sah im Gesetzentwurf die Gelegenheit, „daß wir die obligatorische Leichenschau bekommen“. Er hatte schon während der Debatte 1893 nachdrücklich gefordert: „Da könnten die Bundesstaaten Preußen in der Tat die Pistole auf die Brust setzen [...]“. Denn in vielen Fällen sei eine Obduktion nötig, „aber der größte Staat in Deutschland, der preußische Staat, [...] hat keine obligatorische Leichenschau; es können also sehr oft solche Krankheitsfälle vorkommen, und die Opfer begraben werden, es können also auch schon die Krankheiten ihr Unheil angestiftet haben, ohne daß irgend etwas davon zur Kenntnis der Obrigkeit kommt“.<sup>1046</sup>

Trotz dieser Vorschläge wurde die „Kann“-Bestimmung des §10 gesetzlich. Immerhin war damit eine für alle Bundesstaaten einschließlich Preußen wichtige einheitliche Regelung zur Abwehr der Seuchen Aussatz, asiatische Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken geschaffen worden.<sup>1047</sup>

#### **4 Emanuel Wurm (1857-1920): Kritische Betrachtung der öffentlichen Gesundheitspflege - Gegenüberstellung von Seuchengesetz und Reformideen Virchows**

Emanuel Wurm trat als einer der engagiertesten Abgeordneten in der Debatte um die Seuchengesetzgebung sowohl bei der ersten Erörterung der Gesetzvorlage vom 21. April 1893, als auch während der erneuten Aufnahme der Beratungen ab 24. April 1900 auf. In seiner Rede, in der er die komplexe Problematik zur Seuchengesetzgebung kritisch beleuchtete, gab er einen zumindest partiellen Einblick in die gesundheitliche Versorgung um 1900. Differenziert setzte er sich mit den seit Jahren bestehenden Mängeln und ihrer nur teilweisen oder unbefriedigenden Beseitigung auseinander. Gleichzeitig zeigte er aber auch die positiven Reformansätze und Entwicklungstendenzen auf. Im Besonderen ist in seinen Aussagen eine deutliche Reflexion auf die ehemals von Rudolf Virchow angestrebten Reformen und Forderungen von 1848 deutlich erkennbar.

Urteilsfähigkeit und fundiertes Wissen schöpfte Emanuel Wurm aus seiner erfahrungsreichen wechselnden beruflichen und politischen Laufbahn: Wurm wurde am 16. September 1857 als

<sup>1045</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5079-5080.

<sup>1046</sup> Sten.Ber. 3 (1893), 1975 und 6 (1898-1900), 5083.

<sup>1047</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, 1; Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4189 (§10).

Sohn eines jüdischen Kaufmanns in Breslau geboren. Nach dem Besuch des Gymnasiums von 1863 bis 1875 in Breslau und Berlin studierte er von 1876 bis 1880 Naturwissenschaften und Chemie in Breslau. Anschließend leitete er verschiedene Essig-Presshefe-Fabriken in Russland und Deutschland. Von 1883 bis 1884 übernahm er die Redaktion der „Zeitschrift für Spirituosen und Presshefe-Industrie“ in Wien. Danach wurde er Redakteur des „Volksfreund“ in Dresden und gründete dort 1888 den Konsumverein „Vorwärts“, dessen Leiter er bis 1890 war. In Hannover setzte er seine journalistische Tätigkeit als Redakteur der Wochenschrift „Volkswille“ fort und übte diese bis Dezember 1893 aus. Als Mitglied der Sozialdemokratischen Partei wurde er 1890 in den Reichstag gewählt, dem er bis 1906 und erneut von 1912 bis 1919 angehörte. Während der Jahre 1894 bis 1898 gab er ein fünfbändiges Lexikon zur Volksaufklärung heraus.

Ab 1902 übernahm er den Vorsitz des Vereins „Arbeiterpresse“. Gleichzeitig (von 1902 bis 1917) leitete er zusammen mit Karl Kautsky (1854-1934), der ein führender Parteitheoretiker war und das „Erfurter Programm“ mitentworfen hatte, die „Neue Zeit“. In diesem seit 1881 bestehenden Organ, das alle bedeutenden theoretischen Debatten des Marxismus und wissenschaftlichen Sozialismus veröffentlichte, erschienen unter vielen anderen auch die tonangebenden programmatischen Ideen von Karl Marx, Friedrich Engels, Rosa Luxemburg, Leo Trotzki und Wilhelm Liebknecht. Auch Wurm beschäftigte sich eingehend mit theoretischen Aspekten, die er als Dozent an der am 15. November 1906 in Berlin gegründeten SPD-Parteischule im Fach „Naturerkenntnis“ weitergab.

In den Reichstagsdebatten setzte sich Wurm für die Verbesserung des Arbeitsschutzes ein und prangerte die Missstände in den Fabriken an. Nach seiner Meinung kosteten die „Schlachtfelder der Industrie“ mehr Opfer als die Kriege. Er verlangte schärfere Verordnungen für einzelne Produktionszweige, vor allem technischen Arbeitsschutz, wie etwa verstärkte Ventilation und Absaugung der schlechten Luft. Im Streit um die Bewilligung der Kriegskredite, die am 4. August 1914 von der SPD einstimmig angenommen worden waren, gehörte Wurm zu der Minderheit, die sich dem Fraktionszwang widersetzt hatte. Er schied 1916 zusammen mit seinem Freund Kautsky aus der Fraktion aus und schloss sich der neu gegründeten Unabhängigen Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (USPD) an. Während der Zeit vom 14. November 1918 bis zum 13. Februar 1919 war Wurm Staatssekretär des Reichsernährungsamts, von 1900 bis 1919 Stadtverordneter und von 1919 bis 1920 Stadtrat in Berlin.

Der Weimarer Nationalversammlung gehörte er bis zu seinem Tod an. Wurm starb am 3. Mai 1920 an den Folgen einer Operation in Berlin. Sein Gehirn hatte er dem Neurologen und Hirnforscher Oskar Vogt (1870-1959) zu Forschungszwecken vermacht. Seine zahlrei-

chen naturwissenschaftlichen, hygienischen, sozial- und finanzpolitischen Veröffentlichungen zeugen vom grundlegenden Studium der sozialen Hygiene und Gesundheitspflege.<sup>1048</sup>

*Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.*<sup>1049</sup> Auf dieser bedeutendsten These Virchows zur öffentlichen Gesundheitspflege fußten seit 1848 zahlreiche soziale Programme, wie beispielsweise das Aktionsprogramm der Berliner Ärzte- und Chirurgengesellschaft, das am 30. März 1849 für den Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des öffentlichen Gesundheitswesens vorgelegt worden war.<sup>1050</sup> Auch zahlreiche Vereine zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege waren auf den Prinzipien Virchows und Leubuschers gegründet worden. Insbesondere fanden ihre Ideen Niederschlag in sozialpolitischen Programmen, unter anderen dem „Erfurter Programm“ der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands „zur wirksamen nationalen und internationalen Arbeiterschutzgesetzgebung“ von 1891.<sup>1051</sup>

Nun, im Rahmen der Beratungen zum Reichsseuchengesetz, übte Wurm, wie andere Abgeordnete bereits vor ihm, Kritik an dem viel zu eng gefassten Rahmen der Gesetzvorlage und dem Mangel von grundlegenden seuchenvorsorgenden Bestimmungen. Seine umfassenden Ausführungen lesen sich in weiten Teilen wie die ehemals von Rudolf Virchow in der „Medizinischen Reform“ von 1848 vertretenen Maximen und Forderungen:

---

<sup>1048</sup> Kürschner, Der neue Reichstag, 375; Schröder (1995), 812, Nr. 251100; DBE (1999), 10, 599; Friedrich-Ebert-Stiftung ([www.library.fes.de](http://www.library.fes.de)): „Chronologie der deutschen Gewerkschaftsbewegung von 1794 bis 1918“, vom 16. Januar 2008.

Weitere Veröffentlichungen Wurms: „Naturerkenntnis“ (1891) oder „Lebenshaltung des deutschen Arbeiters“ (1892), „Gesundheitsschutz in Staat, Gemeinde und Familie“ (1901), „Alkoholfrage und Sozialdemokratie“ (1908), „Die Finanzgeschichte des Deutschen Reiches“ (1910), „Die Alkoholgefahr. Ihre Ursachen und ihre Bekämpfung“ (1912), „Die Teuerung, ihre Ursachen und Bekämpfung“ (1915), „Richtlinien für ein Gemeindeprogramm“ (1919).

<sup>1049</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 18, 34 (3. Nov. 1848).

<sup>1050</sup> Rosen, Die Entwicklung der sozialen Medizin, 100: Im Aktionsprogramm der Berliner Ärzte- und Chirurgengesellschaft wurde eine gesunde geistige und körperliche Entwicklung des Bürgers, die Verhütung aller Gefahren für die Gesundheit, und die Kontrolle von Krankheiten gefordert. Zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens gehörten gesunde Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsbedingungen und im Krankenfall müsse genügend und gut ausgebildetes medizinisches Personal und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Wechselwirkende Bedingungen sollten die Rechte und Pflichten zwischen dem Einzelnen und dem Staat regeln: Bei Armut und Gebrechlichkeit habe der Einzelne das Recht auf Unterstützung vom Staat, umgekehrt dürfe der Staat das Recht und die Pflicht der Einschränkung der persönlichen Freiheit des Einzelnen, z.B. im Fall übertragbarer Krankheiten und Geisteskrankheiten in Anspruch nehmen.

<sup>1051</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 7, 19 und 21 (18. August 1848): Ein „Gesetz über die Arbeitszeit der verschiedenen Altersklassen“ wurde nach französischem Vorbild und dem Tagungsprogramm des Arbeiter-Parlaments von 1848 gefordert.

Mommsen, Deutsche Parteiprogramme, 352: Im „Erfurter Programm“ ist verankert: die Festsetzung eines Normalarbeitstages von höchstens acht Stunden, Verbot der Erwerbsarbeit für Kinder unter 14 Jahren, eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens 36 Stunden in jeder Woche für jeden Arbeiter, Verbot des Trucksystems, die Überwachung aller gewerblichen Betriebe, Erforschung und Regelung der Arbeitsverhältnisse durch Arbeitsämter und eine durchgreifende gewerbliche Hygiene.

So hielt Wurm für „dringend nothwendig [...], das Seuchengesetz rasch zu verabschieden“. Auch müsse jetzt, nachdem 1893 die Debatte nur sehr oberflächlich geführt worden sei,<sup>1052</sup> der Gesetzentwurf mit Bedacht und Besonnenheit geprüft werden. Schließlich handele sich um „einschneidende Maßregeln von außerordentlicher Tragweite und in einer Ausdehnung, wie noch nie zuvor“, die dem deutschen Volke auferlegt werden sollten. Er räumte ein, dass „man gewisse Eingriffe zum Schutze der Gesammtheit gegen Einzelne vorzunehmen [habe] und die Pflicht des Einzelnen [sei], sich im Interesse der Gesammtheit [...] zu unterwerfen“. Der Eingriff in die persönliche Freiheit sei selbst bei Schädigung des Einzelnen das kleinere Übel, „denn der größte Eingriff in die persönliche Freiheit ist und bleibt nun einmal Krankheit und Tod“.<sup>1053</sup>

Seinerzeit hatte Virchow auf die Verpflichtung der Gesamtheit verwiesen, *dem Rechte der Einzelnen auf Existenz und zwar auf gesundheitsgemäße Existenz nachzukommen*. Daraus folge, *daß die Gesammtheit auch von den Einzelnen wiederum die Mittel ihrer Existenz verlangen [...], daß der Staat, die sittliche Einheit der Einzelnen, zu seiner Existenz als Ganzes unter gewissen Umständen jede Aufopferung der Einzelnen fordern darf*.<sup>1054</sup>

Nach dem Standpunkt, dass die Politik zuständig sei für die „Medizin im Großen“, hielt Wurm die Gesetzvorlage als Bankrotterklärung des ganzen Staatswesens auf dem Gebiet der Gesundheitspflege. Es handelte sich nur um „Scheinmaßregeln“, denn in der Gesetzvorlage würde ausdrücklich erklärt, dass mit dem Seuchengesetz nicht beabsichtigt werde, „das weite Gebiet der Gesundheitspflege überhaupt zu regeln und Handhaben zur Hebung des Gesundheitszustandes im allgemeinen zu schaffen“. Unbedingt müsse in einem Gesetz zur Seuchenbekämpfung jedoch „die Fürsorge für einen guten Gesundheitszustand der Bevölkerung, für gute Wohnungsverhältnisse, für gesunde Luft, gutes Trinkwasser, ausreichende Ernährung, zweckentsprechende Beseitigung der Abfallstoffe etc.“ geregelt werden.<sup>1055</sup> Für „eine zweckmäßige durchgreifende Sozialreform [als] die beste Wehr und Waffe gegen die Verseuchung des Landes“ hatten Medizinalreformer gekämpft und auch der Standpunkt der modernen Wissenschaft sei, „daß die Prophylaxis, die Vorbeugung gegen die Krankheiten die Hauptsache ist“, nicht erst im Falle einer Gefahr angewendete einzelne, wenn auch noch so strenge Maßregeln. Man wisse, dass außer der Übertragung durch Mikroorganismen vor allem auch „die Disposition, die Empfänglichkeit bei der Infektion eine vorwiegende Rolle spielt.

<sup>1052</sup> Sten.Ber. 3 (1893), 1464-1467.

<sup>1053</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5069.

<sup>1054</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 7, 17 (vom 18. August 1848).

<sup>1055</sup> Sten.Ber.Anl. 6 (1898-1900), 4194.

Deshalb muss in allererster Linie diese Disposition [...] einer solchen Krankheit [...] bekämpft werden, und zwar nicht erst zur Zeit der Epidemie, sondern damit, daß man die großen Volkskreise, die ja hauptsächlich diesen Krankheiten zum Opfer fallen, die ärmere Bevölkerung, schützt schon zu Zeiten, wo eine solche Krankheit nicht vorhanden ist“. Am Beispiel der verheerend um sich greifenden Tuberkulose suchte Wurm die dringende Notwendigkeit weitergreifender Gesundheitsreformen zu erklären. In Deutschland habe es im Jahre 1897 in den Orten mit 15.000 und mehr Einwohnern 126.000 Erkrankungs- und 34.258 Todesfälle an Schwindsucht sowie 35.606 Todesfälle an akuten Erkrankungen der Atmungsorgane gegeben. Gegen die in derart erschreckender Weise unter den Arbeitern zunehmende Tuberkulose könne weder „die freie Liebestätigkeit“,<sup>1056</sup> noch die „schleunige Unterbringung der Schwindsuchtskranken in Heilstätten“ eine Lösung sein, für die sich anlässlich des 1899 in Berlin veranstalteten Kongresses Ärzte, Vertreter der Regierung, Kommunen, Arbeitsversicherungsverwaltungen, Krankenkassen und Invalidenversicherungsanstalten ausgesprochen hatten.<sup>1057</sup> Solange nicht durchgreifender Arbeiterschutz gewährt und „Ueberarbeit und Unterernährung verhindert wird, [sei] eine Einschränkung dieser Proletarierkrankheit“ nicht zu erhoffen. „Wenn man für gesunde Zustände in den Werkstätten, verkürzte Arbeitszeit, gerechtere und zureichendere Entlohnung der Arbeiter [sorge], ihre Nahrungsmittel verbillige und „im Namen des Gesundheitsschutzes des Volkes“ die geplante Fleischverteuerung und die Nahrungsmittelzölle verhindere, könne man das Volk vor Seuchen schützen.“<sup>1058</sup>

Ein halbes Jahrhundert früher hatte Virchow am Beispiel des Hungertyphus die Berechtigung Aller auf gesundheitsgemäße Existenz eingefordert und dazu einen Bericht des damaligen Oberpräsidenten von Schlesien, Wilhelm Felix Heinrich Magnus von Wedell (1801-1866), veröffentlicht. Darin hieß es: „Die schlechte Nahrung erzeugt Krankheiten aller Art, der Typhus fordert in jedem Jahre seine Opfer, und man nennt ihn vorzugsweise Hungertyphus, weil durch schlechte Nahrungsmittel und Mangel der entkräftete Körper der Krankheit am meisten ausgesetzt ist. Dem Mangel und der schlechten Ernährung kann sich aber der Arme selbständig nur entziehen, wenn er lohnende Arbeit findet und ausführen kann“.<sup>1059</sup> Virchow kommentierte diesen Bericht mit „brennenden“ Fragen: [...] *und was die Lebensweise anbetrifft, so ist es hinlänglich anerkannt, dass die deutschen Arbeiter unendlich viel schlechter leben, als die grosse Menge der englischen. Haben wir also nicht hier würdige Aufgaben für die öffentliche Gesundheitspflege? Gewährt nicht die jetzige Lebensweise unse-*

<sup>1056</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5069.

<sup>1057</sup> Wurm, Emanuel (Hg.): Gesundheitsschutz in Staat, Gemeinde und Familie. Stuttgart 1901, hier 24-25.

<sup>1058</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5070.

<sup>1059</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 5, 16-17 (4. August 1848).

*res Volkes die vielfachsten Anknüpfungspunkte für grosse Verbesserungen? Ist nicht in Kleidung, Nahrung und Wohnung unendlich viel zu reformiren?*<sup>1060</sup> *Ist es so unklar, dass unsere Bewegung eine sociale ist und dass man nicht Anleitungen zu schreiben hat, um die Inhaber von Melonen und Lachsen, von Pasteten und Eistorten, kurz den wohlhabigen Bourgeois zu beruhigen, sondern dass man Anstalten treffen muss, um den Armen, der kein weiches Brod, kein gutes Fleisch, keine warme Kleidung, kein Bett hat, der bei seiner Arbeit nicht mit Reissuppen und Chamillenthee bestehen kann, den Armen, der am meisten von der Seuche getroffen wird, durch eine Verbesserung seiner Lage vor derselben zu schützen?*<sup>1061</sup>

Ebenso erkannte Virchow die *Nothwendigkeit gründlicher Veränderungen in der Hygiene der ländlichen Wohnungen, in der Regulirung des Stromlaufs, der Entwässerung von Sümpfen und Wiesen zur Vermeidung und großen Verbreitung der so verheerende[n] Krankheiten, wie Typhus, Tuberkulose und Wechselfieber.*<sup>1062</sup> Auch Wurm griff nun nach fünfzig Jahren die beengte, menschenunwürdige und gesundheitsschädigende Wohnsituation an, die sich infolge der Industrialisierung und des unüberschaubaren Zustroms Arbeitssuchender in die Großstädte verlagert hatte. Die Wohnhygiene sei in besonders unzureichender Weise im Gesetzentwurf berücksichtigt worden: „Zur Zeit der Epidemie soll man Wohnungen, von denen man annimmt, daß sie verseucht sind, zwangsweise räumen dürfen, ohne daß man sich in der seuchenfreien Zeit auch nur im geringsten darum kümmert, daß auch Wohnungen da sind, in denen man die Leute unterbringen kann – oder daß man für gesunde Wohnungen sorgt, in denen die Leute nicht erst krank werden.“ Die Wohnungsgesetzgebung sei „ein Theil der Lösung der sozialen Frage“. Wie unerträglich die Missstände auf dem Gebiet des Wohnungswesens seien, zeige die Situation in Hamburg. Dort hätten „Hausagrariere in der Hamburger Bürgerschaft“ sechs Jahre lang jegliche Initiative für ein Wohnungsgesetz verhindert, obwohl die höchste Krankheitsdichte in den ungesundesten, sanitär am mangelhaftesten ausgestatteten Arbeiterwohnungen nachgewiesen worden war.<sup>1063</sup> Nur allmählich zeichne sich eine positive Entwicklung ab und einige der schlimmsten Wohnviertel seien inzwischen niedergelegt worden. Zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, beispielsweise in Mannheim, Darmstadt, Mainz und Berlin seien von Ärzten oder Arbeiterselbsthilfegruppen Ortsgesundheitsräte bzw. Arbeiter-Sanitätskommissionen gegründet worden, die „alle groben sanitären Missstände in

<sup>1060</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 7, 21 (18. August 1848).

<sup>1061</sup> Ebd., 8, 25 (25. August 1848).

<sup>1062</sup> Ebd., 7, 21 (18. August 1848).

<sup>1063</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5070.

Wohn- und Arbeitsräumen, Straßen und Höfen“ der Öffentlichkeit und den zuständigen Behörden mitteilten.<sup>1064</sup>

Ausdrücklich begrüßte Wurm die von Ärzten unterstützten Gesundheitsvereine der Arbeiter sowie einen auf Initiative des Reichs-Versicherungsamts gegründeten „Deutschen Verein für Volkshygiene“.<sup>1065</sup> Die in diesen Vereinen angebotenen Vorträge zur hygienischen Unterrichtung der Arbeiter sei einer der wichtigsten Grundlagen zur Bekämpfung der weit verbreiteten Missstände. Eigentlich sei es die Pflicht des Staates, dass zur Hebung der Volksgesundheit „die Bevölkerung so erzogen und unterrichtet wird, daß sie fähig und im Stande ist, sich selber zu schützen“. In Anwendung der Maxime: „Wenn man den Frieden will, [müsse] man zum Kriege rüsten“ könnte man Krankheiten und speziell Seuchen vorbeugen. „Nur wenn Sie in Friedenszeiten gegen diesen Krieg, den die Spaltpilze gegen die Menschen führen, denen er durch seine Lebenshaltung erst den Nährboden liefert, rechtzeitig rüsten, nur dann ist es möglich, der Epidemien Herr zu werden.“ Es sei der gesetzlichen Vernachlässigung zuzuschreiben, wenn noch immer „kolossale Opfer“ durch die Kurpfuscherei und absoluteste Unwissenheit auf hygienischem Gebiete gebracht werden müssten, „indem unsere Schulen es auf das gröblichste vernachlässigen, Unterricht über den menschlichen Körper den Schulkindern zu erteilen“.<sup>1066</sup> Das vom Reichsgesundheitsamt herausgegebene „Gesundheitsbüchlein“ würde deshalb auch von der großen Masse ohne vorbereitenden Schulunterricht nicht verstanden.<sup>1067</sup>

Die Beziehung zwischen der öffentlichen Gesundheitspflege und dem öffentlichen Unterricht hatte Virchow ebenfalls bereits 1848 verdeutlicht: *Nicht bloss die physische Erziehung, die Gymnastik in ihrer weitesten Ausdehnung, die Bestimmung der Unterrichtszeit gehören hierher, sondern der Unterricht selbst muss gewisse Impulse von der Medicin erhalten. Populäre Unterweisungen, die eine allgemeine, vernünftige Diätetik, eine, durch den Unterricht allgemeinere Prophylaxe u.s.w. begründen, müssen sich auf eine, durch den Unterricht allgemeiner verbreitete Kenntniss des menschlichen Körpers und seiner Verrichtungen stützen.*<sup>1068</sup> *Das Hauptmittel der Demokratie ist die Bildung. Steigern wir die Bildung der Ärzte und die Bildung der Laien, so wird die Pfuscherei immer seltener werden. Je vollkommener die medicinischen Unterrichtsanstalten des Staats, je mehr naturwissenschaftlich und demonstrativ der medicinische Unterricht, je strenger und sorgfältiger die medicinischen Prüfungen sein werden, um so zuverlässiger werden die vom Staate anerkannten, die den Laien*

<sup>1064</sup> Wurm, Gesundheitsschutz, 26.

<sup>1065</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5071.

<sup>1066</sup> Ebenda.

<sup>1067</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5072.

<sup>1068</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 7, 21-22 (18. August 1848).

*officiell empfohlenen Ärzte sein, und um so grösseres Vertrauen werden sie vorfinden und erwerben.*<sup>1069</sup>

Die unentbehrlichsten Grundlagen für eine erfolgreiche Epidemiebekämpfung waren die ausreichende ärztliche Versorgung und eine angemessene Unterbringung. Dazu hatte sich Virchow erneut 1893 kritisch geäußert und darauf hingewiesen, dass es in Deutschland, *recht wenig ausreichende Kinderkrankenhäuser giebt, welche im Stande sind, beim Auftreten größerer Epidemien auf diesem Gebiete überhaupt nur Platz zu bieten für die Aufnahme derartiger Kranken. Alles ist hier zurückgeblieben, weil man sich gescheut hat, irgendwo anzufassen.*<sup>1070</sup> Wurm ergänzte: „In den 7 Jahren, die seit dem Vorlegen des ersten Seuchengesetzes verstrichen sind, ist nichts geschehen.“ [...] „Mußte doch die organisirte Arbeiterschaft Berlins durch einen Boykott eingreifen, um die alte Charité los zu werden!“ Somit habe „sich viel gebessert gegen früher; es sind solche Schandflecke der Zivilisation, wie sie manche Krankenhäuser mit ihren verrotteten, alten schlechten Sälen und Stuben boten, endlich wegrasirt worden [...].“ Nicht nur an Krankenhäusern fehle es bei einem Epidemieausbruch. Man wisse von den überfüllten Krankenhäusern in Berlin, „daß wir da bereits in den Baracken, die für Cholerakranke gebaut sind, andere Kranke liegen haben, und daß, wenn plötzlich eine Epidemie ausbräche, wir einfach dasäßen und nicht wüßten, wohin mit den Kranken“. Auch gäbe es nicht genügend Ärzte, Techniker, Wärterpersonal und zum Desinfizieren ausgebildete Arbeiter. „Was haben Sie gethan von Seiten der Regierungen, der Reichsregierung, wie der Landesregierungen, um für ein Wärterpersonal zu sorgen, um ein geschultes Krankenpflegerpersonal zu schaffen, um für Leute zu sorgen, die mit der Desinfektion umzugehen verstehen?“<sup>1071</sup>

Zu den streitbaren Punkten im Zusammenhang mit der Organisation im Seuchenfall gehörte der Aufgabenbereich des beamteten Arztes und seine Stellung. Noch immer galt Virchows Forderung nach unabhängigen Ärzten, die *so weit gesichert sind in ihrer amtlichen Stellung, dass sie energisch eingreifen können, indem ihnen eine gewisse Exekutivgewalt beigelegt wird, sondern die auch in ihrer bürgerlichen Stellung so gesichert sind, dass sie es wagen können, gegen die Interessen dieser oder jener Familie aufzutreten.*<sup>1072</sup> Befriedigende Veränderungen habe es bisher nicht gegeben, auch wenn im preußischen Abgeordnetenhaus darüber vielfach diskutiert worden sei. Abhängig und unfrei bei Entscheidungen zu Isolierung, Kran-

<sup>1069</sup> Virchow, Die Medicinische Reform, 37, 54 (16. März 1849).

<sup>1070</sup> Sten.Ber. 3 (1893), 1960.

<sup>1071</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5072-5073.

<sup>1072</sup> Sten.Ber. 3 (1892/93), 1962.

kenhausaufenthalt und anderen Maßnahmen war der „teil-beamtete“ Arzt geblieben, der sein geringes Jahresgehalt von 900 Mark durch eine Privatpraxis aufstocken müsse, berichtete Wurm von der fortbestehenden unerquicklichen Situation.<sup>1073</sup>

Eine andere an Exekutivgewalt mangelnde Institution, der Reichsgesundheitsrat, gehörte zu den Kernpunkten, die Wurm in seine kritische Betrachtung miteinbezog. Verschiedene andere Abgeordnete hatten schon vor ihm die Funktion des Reichsgesundheitsrats in Frage gestellt. Man wollte eher dem bestehenden Reichsgesundheitsamt „eine weitergehende Initiativ- und Exekutivmacht“ zuerkennen, statt „eine neue Körperschaft daneben“ zu setzen, die nach §40 lediglich befugt war, „den Landesbehörden auf Ansuchen Rat zu erteilen“.<sup>1074</sup> Dieses von Wurm als „Dekorationsfigur“ bezeichnete Amt war zwar von den Sozialdemokraten gewünscht worden, jedoch nicht, wie das Reichsgesundheitsamt, als eine Behörde in untergeordneter Stellung, die „nicht die geringste Exekutivgewalt, nicht das geringste Recht“ auf Selbständigkeit habe. Man hatte vom Gesundheitsamt erwartet, „daß es Gesundheitsschutz des Volkes schaffen wird, daß es Maßnahmen im großen Stil vorschlagen wird auf dem Gebiet der Wohnungsfrage, der Nahrungsmittelversorgung, der Trinkwasserversorgung, gegen die Verseuchung der Flüsse vorgehen durch Abwässer aus Fabriken und Städten“. Nun enthielte der Gesetzentwurf für ein Seuchengesetz nicht einmal die geforderten nutzenbringenden hygienischen Maßnahmen. „Wir können aber nicht die Verantwortung übernehmen, daß wir das Volk glauben machen, es seien durch diesen Gesetzentwurf die Vorbedingungen zur Bekämpfung der Seuchengefahr erfüllt“.<sup>1075</sup> Trotzdem werde die Mehrheit seiner Parteigenossen dem Gesetz zustimmen, weil es einen richtigen Standpunkt vertrete. Als Aufgabe habe man gesehen, durch Eingaben bei der Sachverständigenkommission „alle die Schäden, die der Bevölkerung durch solch eingreifende Maßnahmen zugefügt werden können, so viel als möglich zu mildern“.<sup>1076</sup> Ansonsten erhoffte man von der Regierung, „daß die Medizinalreform wirklich zur That wird und durchgreifende Aenderungen geschehen in der Anstellung der beamteten Ärzte, der Einrichtung der Krankenhäuser, der Erziehung des Wärterpersonals und das andere, was nothwendig ist zur Durchführung des Gesundheitsschutzes des Volkes: Aufklärung und die Möglichkeit, Maßnahmen zu treffen, die der Einzelne in Folge der Aufklärung verlangen wird, das ist es, was eine wirksame Bekämpfung der Seuchen allein ermöglicht. Daß dazu auch eine durchgreifende Besserung des sozialen Lebens der Arbeiter nötig

---

<sup>1073</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 5073.

<sup>1074</sup> Ebd., 5074.

<sup>1075</sup> Ebd., 5075.

<sup>1076</sup> Ebd., 6014.

ist, ist selbstverständlich [...]“. Alle Parteien müssten für die sozialen Reformen stimmen. „Denn nur durch die wirkliche soziale Hebung der Lage der arbeitenden Klassen, das heißt der großen Volksmassen, ist es möglich, alle Seuchen, die von außen zu uns dringen, und denjenigen, die sich im Reiche bereits fest eingenistet haben, wirksam entgegenzutreten.“<sup>1077</sup>

## 5 Abstimmung und Beschluss des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900

Die siebenjährige Verzögerung der Beratungen zum Gesetzentwurf und in erster Linie die missliche preußische Sachlage forderten einen möglichst zügigen Abschluss des Reichsseuchengesetzes, der zum Charakteristikum der Beratungen im April und Juni 1900 wurde. In den Sitzungen verhehlte man keineswegs, „dass wir nur auf weitergehende Wünsche verzichten, weil wir uns in einer Nothlage befinden, [...] die uns zwingt, auf weitere Erörterungen zu verzichten. Die Erörterungen verlängern, hieße das Zustandekommen des Gesetzes gefährden“.<sup>1078</sup>

Die Beratungen über den Gesetzentwurf begannen am 24. April. Nach vier Sitzungen wurden die Verhandlung am 12. Juni 1900 abgeschlossen und das Gesetz „mit großer Mehrheit“ angenommen.<sup>1079</sup>

Am 30. Juni 1900 wurde das „Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“, kurz „Reichsseuchengesetz“ genannt, erlassen. Am 6. Oktober 1900 folgten die Ausführungsbestimmungen und Anweisungen zur Bekämpfung der im Gesetz behandelten Krankheiten: für die Pest am 3. Juli 1902, für den Aussatz, die Cholera, das Fleckfieber und die Pocken am 28. Januar 1904. Die Bekämpfung der übrigen Krankheiten wurde den einzelnen Landesregierungen überlassen (gemäß §5 des Reichsseuchengesetzes). Die überwiegende Mehrzahl der Bundesstaaten beschränkte sich auf die Ausführungen des Reichsgesetzes und regelte die Anzeigepflicht neu.<sup>1080</sup>

<sup>1077</sup> Sten.Ber. 6 (1898-1900), 6015-6016.

<sup>1078</sup> Ebd., 6014.

<sup>1079</sup> Ebd., 6014-6017, bes. 6017.

<sup>1080</sup> Kirchner, Die gesetzlichen Grundlagen, XIV.

## 6 Resümee

Für die Staaten des Norddeutschen Bundes bzw. für das gesamte Deutsche Reich nach Reichseinigung wurde eine Verwaltungsreform der öffentlichen Gesundheitspflege gefordert, die in erster Linie die reichseinheitliche Seuchenprophylaxe regeln sollte. Formuliert wurden diese Bestrebungen in einer Petition, die die Sektionen für öffentliche Gesundheitspflege und für Medizinalreform im März 1870 an den Reichstag richteten. Als wichtigste Grundlage war zunächst ein Reichsgesundheitsamt geplant, das als zentrale Behörde eine Medizinalstatistik für spätere Gesetzesvorbereitungen erstellen sollte.

Die begutachtende Königliche Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen lehnte diese Forderungen hauptsächlich mit der Begründung ab, dass es zur Abwehr epidemischer Krankheiten und für statistische Zwecke der Einrichtung einer Reichsbehörde nicht bedürfe und für die öffentliche Gesundheitspflege die Einzelstaaten zuständig seien.

Vorschub für die Gründung eines Reichsgesundheitsamtes leistete im März 1874 die Verabschiedung des Reichsimpfgesetzes, die zu einer Resolution Anlass gab, die nahelegte, dass zur wirksamen und ordnungsgemäßen Ausführung der Impfbestimmungen eine übergeordnete Zentralbehörde notwendig sei.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt wurde schließlich 1876 als eine dem Reichskanzler unterstellte Behörde gegründet und war weder mit initiativer, noch exekutiver Gewalt ausgestattet. In der Denkschrift von 1878 hatte der als Direktor berufene Heinrich Struck für die vorbeugende Seuchenbekämpfung sowohl die Medizinalstatistik als auch ein Leichenschaugesetz als vorrangig eingestuft. Neben diesen Aufgaben stellte er auch zukünftige gesetzliche Maßnahmen zur Bekämpfung epidemischer hoch ansteckender Krankheiten in Aussicht. Diese Ankündigungen nährten die Hoffnung auf eine baldige Einleitung der erwarteten breit angelegten Seuchenvorsorge. Auf Anfrage durch eine Interpellation über den Stand der Vorbereitungen berichtete die Reichskanzlei, dass bereits Gesetzentwürfe zur Einführung der obligatorischen Leichenschau und zur Anzeigepflicht bei gemeingefährlichen Krankheiten existierten. Diese waren dem Reichstag deshalb noch nicht vorgelegt worden, weil der Bundesrat die gleichzeitige Vorlage dieser beiden Gesetzentwürfe als Bedingung gestellt hatte, vom preußischen Staatsministerium jedoch die endgültige Zustimmung noch ausstand. Über die dort fehlende obligatorische Leichenschau wurde nicht entschieden und das Ziel verfehlt, baldmöglichst die „Grundzüge einer Medizinalstatistik“ zu erreichen.

Erneute Epidemien, wie etwa die Pest am Kaspischen Meer Ende der 1870er Jahre, besonders aber der Choleraausbruch in Hamburg 1892, gaben schließlich den Anstoß für die

Ausarbeitung eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Unter Mitwirkung von Robert Koch und anderen Hygienikern aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und den Gesundheitsministerien verschiedener Bundesstaaten kam ein Gesetzentwurf zustande, der im April 1893 erstmals beraten wurde. Danach ruhten die Verhandlungen wegen Unstimmigkeiten in den Kommissionsberatungen und auch frühzeitiger Auflösung des Reichstags.

Mehrfache Petitionen in den Jahren 1895 und 1896 zur Wiederaufnahme der Verhandlungen blieben erfolglos. Doch ständig wiederkehrende Krankheitsherde von Lepra, Milzbrand und Typhus und besonders eine neue Bedrohung durch die Pest 1897 belebten wieder den Gesetzgebungsprozess. In erster Linie zeigte nun Preußen Interesse an einer erneuten Vorlage des Gesetzentwurfs, weil sich inzwischen in der preußischen Landesgesetzgebung eine Gesetzeslücke aufgetan hatte. Das preußische Regulativ von 1835 war vom Reichsgericht zwar als noch gültig anerkannt worden, die später hinzugekommenen Verordnungen jedoch nicht, weil sie keine Anzeigepflicht für seuchenverdächtige Erkrankungen und choleraverdächtige Personen enthielten. Die anwendbaren Schutzmaßnahmen griffen nun nicht weit genug für einen sicheren Schutz gegen die näherrückende Pest.

Die Notlage in Preußen und der allseitige Wunsch nach einem längst überfälligen Gesetz beschleunigten den Verhandlungsprozess, der in Anbetracht der weitreichenden Bedeutung des Seuchenproblems in einem unangemessen kurzen Zeitrahmen von April bis Juni 1900 nach nur vier Sitzungen abgeschlossen wurde. Einmütig begrüßten die Referenten zwar die reichseinheitliche Seuchenvorsorge, bemängelten jedoch die bemessene Zeitdauer, zumal stark einschränkende und unbefriedigende Modifikationen durch die Landesregierungen in Kauf zu nehmen waren. Deshalb konnten zum Missfallen zahlreicher Abgeordneten wesentliche hygienische Anforderungen nicht berücksichtigt werden. So wurden etwa Bestimmungen zur Verbesserung der vielerorts bestehenden schlechten sanitären Zustände, zur Kontrolle der Wasserversorgung oder zur Bauordnung für Neubauten gesetzlich nicht festgelegt. Der einstigen Vorstellung von einem Gesetz, das eine umfassende Seuchenvorsorge garantierte, stand bereits die Begründung des Entwurfs entgegen, wonach das Gesetz keinesfalls als Grundlage für eine Verbesserung der allgemeinen Gesundheitspflege dienen sollte.

Nicht verwunderlich, dass der Gesetzentwurf als „Stückwerk“ bezeichnet wurde, auch deshalb, weil er lediglich die sechs gemeingefährlichen Infektionskrankheiten Aussatz (Lepra), asiatische Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken enthielt. In der Diskussion des §1, der diese Begrenzung festlegte, kritisierte man, dass doch zumindest die Tuberkulose als die verheerendste Volksseuche, die jeden siebten Todesfall verursachte und sich zuneh-

mend verbreitete, hätte aufgenommen werden müssen. Diesem allgemeinen Vorwurf versuchte der für das Gesetz engagierteste Vertreter Graf von Posadowsky-Wehner zu begegnen und gab zu bedenken, dass die Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose mit ihren völlig anderen Behandlungsmethoden und umfangreichen Vorbedingungen den Rahmen des vorgesehenen Gesetzes sprengte. Ebenso habe man deswegen die Anzeigepflicht für zahlreiche andere in der Diskussion erwähnten weit verbreiteten Erkrankungen, wie Typhus, Diphtherie, Scharlach, Kindbett- und Rückfallfieber, Rotz, Milzbrand und Geschlechtskrankheiten, der Entscheidung der einzelnen Landesregierungen überlassen müssen.

Die Debatte um die §§ 2-4, die die anzeigepflichtigen Personen und die Anzeigeform betrafen, berührte zwei Kompetenzbereiche. Zum einen mussten die Personen festgelegt werden, die zur Anzeige verpflichtet werden sollten. Hierbei einigte man sich auf den Arzt als den Erstverantwortlichen, und ihm nachgeordnet, auch auf andere Personen, die besonders in entlegenen Wohngebieten die Anzeige von Seuchenverdächtigen oder -kranken zu übernehmen hatten. Zum anderen ging es um die Abgrenzung der Kompetenzen zwischen dem behandelnden Arzt und dem bei Seuchenverdacht oder Seuchenausbruch mit einzubeziehenden Amtsarzt. Hinsichtlich dieses Streitpunktes setzte sich die Meinung durch, dass durch die Behandlung von Patienten einerseits und den amtsärztlichen Pflichten andererseits keine Konkurrenz entstehe, sondern in der Arbeitsteilung vielmehr eine beiderseitige Entlastung zu sehen sei.

Bei der Diskussion über mögliche Krankenhauseinweisungen zur Isolierung wurde allgemein anerkannt, dass zwar eine Verletzung der persönlichen Freiheit vorliege, diese jedoch zum Wohl der Allgemeinheit hingenommen werden müsse. Es handelte sich um eine Bedingung, die ebenfalls bei der Entschädigungsregelung (§§27f) Anwendung fand und ohne die die Durchführung der Schutzmaßnahmen nicht möglich war. Allerdings durfte die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen nicht mit einem ungebührlich hohen materiellen Schaden Einzelner verbunden sein. Zusätzlich sollten einschlägige Richtlinien ausgearbeitet werden.

Der Konflikt, der durch die in Preußen noch immer nicht eingeführte obligatorische Leichenschau entstanden war, wurde im Reichsseuchengesetz mit einer *Kann*-Vorschrift gelöst. Danach lag es im Ermessen der zuständigen Behörde in Preußen, während Epidemiezeiten „eine amtliche Besichtigung“ einer Leiche anzuordnen. Immerhin war mit dieser Regelung für die genannten sechs übertragbaren Infektionskrankheiten ein für alle Bundesstaaten geltender Konsens geschaffen worden.

Am Schluss der Debatte befasste sich der Abgeordnete der Sozialdemokraten Emanuel Wurm ausführlich mit den noch immer bestehenden Missständen, die zu Massenerkrankungen wie der um sich greifenden Tuberkulose führten und dringend einer grundlegenden, umfassenden Seuchenvorsorge bedurften. Nach Wurms Ansicht verfehlte das Reichsseuchengesetz seine Wirkung, weil es das Kernproblem nicht bekämpfte. Als unabdingbare und beste Seuchenvorsorge gelte die Hebung des Gesundheitszustands der arbeitenden Klasse und die Lösung der sozialen Frage. Damit befand er sich in vollem Einklang mit den Grundsätzen Rudolf Virchows, der bereits 1848 nachdrücklich eine Reform der öffentlichen Gesundheitspflege von der Regierung gefordert hatte.

Am 12. Juni 1900 wurde der Gesetzentwurf mit großer Mehrheit angenommen und am 30. Juni 1900 das Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten erlassen. Damit war ein einheitliches Seuchengesetz für das Deutsche Reich zur Verhütung und Bekämpfung der sechs anzeigepflichtigen Krankheiten mit pandemischen Verbreitungscharakter Aussatz (Lepra), asiatische Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken geschaffen worden. Ab Oktober 1900 folgten die Ausführungsbestimmungen, die in den verschiedenen Bundesstaaten ihren besonderen Verhältnissen gemäß vervollständigt wurden.

Die vormals angestrebte Reform des öffentlichen Gesundheitswesens war ohne Erfolg geblieben.

## **XI Zusammenfassung**

Eine effektive Seuchenbekämpfung ist ohne grundlegende, vom Staat geschaffene Voraussetzungen nicht möglich.

Erste Verordnungen für das Ärzteswesen sind aus dem 5. Jahrhundert unter Theoderich dem Großen getroffen worden. Sie dienten vorwiegend der Sorge um Sittlichkeit und Reinheit, zu der sich die angehende Ärzteschaft zum Wohle der Bevölkerung verpflichten musste. Als sich ab dem 8. Jahrhundert zunehmend Klöster gründeten, erkannten die fränkischen Herrscher bald ihren Wert für eine breitere Wohlfahrts- und Gesundheitspflege. Die in einem Kloster nach christlichen Grundsätzen praktizierte ausgewogene Lebenshaltung - Ablehnung aller Laster und Hinführung zu nützlicher Beschäftigung - wurde beispielsweise von Karl dem Großen vorbildlich gefördert. Er führte ein, dass die Schüler in Klosterschulen zur Hygiene angeleitet und in Kräuterkunde sowie der Arzneiherstellung aus Heilpflanzen unterwiesen wurden. Auch Ludwig der Fromme leistete einen unschätzbaren Beitrag zur Fortentwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege, als er auf dem Aachener Konzil Bischöfe und Äbte zur Fürsorge und Krankenpflege Bedürftiger verpflichtete. Mit dieser bedeutsamen Aufgabe, der sich besonders die Benediktiner-, Franziskaner- und Augustiner-Orden widmeten, legte er den Grundstein für das spätere Krankenhauswesen.

Die Entwicklung der Städte und ihre zunehmende Bevölkerung führte im 11. Jahrhundert zu einem steigenden Bedarf an Pflegeeinrichtungen. Die bisher ausschließlich von Mönchsärzten geleistete ärztliche Betreuung war bald erschöpft und fiel mit dem Behandlungsverbot Mitte des 12. Jahrhunderts ganz aus. Die oft finanziell überforderten Kommunen, die nun selbst für eine ausreichende Krankenversorgung sorgen mussten, erhielten nicht selten von Fürsten, wohlhabenden Bürgern sowie geistlichen und ritterlichen Orden großzügige Stiftungen zur Errichtung von Kranken-, Kinder- und Waisenhäusern sowie Anstalten für Geisteskranke und Lepröse. Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wurden zunehmend Universitäten mit Fakultäten für Heilkunde nach dem Vorbild anderer Städte, wie Toledo, Bologna, Padua, Montpellier und Paris ins Leben gerufen. Die Gründung der ersten deutschen Universität fand 1386 in Heidelberg statt; die Einrichtung der Fakultät für Heilkunde folgte 1390. Die allmählich steigende Zahl verfügbarer Ärzte ist gekennzeichnet durch die zunehmende Verbreitung von Stadtärzten. Falls die Spitäler nicht eigene Ärzte beriefen - eine bahnbrechende Neuerung ab 1486 -, waren die Stadtärzte auch für die Versorgung der Krankenhauspatienten zuständig. Daneben hatten sie die Einhaltung der Medizinalordnungen und der darin festgelegten Regeln zu überprüfen, zum Beispiel Aufgaben und Pflichten sowie Kompe-

tenzbereiche der vielschichtigen in Ausbildung und Fähigkeiten unterschiedlichen heilberuflich tätigen Gruppierungen. Außerdem sollten Missbrauch, etwa durch Quacksalber, Kurpfuscher und „Zauberer“, oder die Überteuering von Medikamenten durch Apotheker verhütet werden.

Als sehr viel komplexere Aufgabe verstand der Frankfurter Stadtarzt Joachim Struppius das Gesundheitswesen. In seiner 1573 erschienenen programmatischen Schrift „Nützliche Reformation zu guter Gesundtheit und Christlicher Ordnung“ legte er, religiös-moralischen Grundsätzen folgend, Rechte und Pflichten für Untertanen, Landes- und Stadtherrn dar. Auch beschrieb er in diesem ersten deutschsprachigen Hygienebuch alle für die Verbesserung der Lebensverhältnisse und zur Verhütung von Seuchen wichtigen Faktoren, wie Reinhaltung der Luft, des Wassers und Bodens, Unratbeseitigung oder Lebens-, Genuss- und Arzneimittelüberwachung. Eine seiner fortschrittlichsten Ideen, die Gründung von Medizinalkollegien, wurde ab den 1580er Jahren in vielen Städten verwirklicht. Die Medizinalkollegien bewährten sich über einen langen Zeitraum und flossen als wichtiges organisatorisches Instrument in die Gesundheits- und Bevölkerungspolitik ein, die ab Mitte des 17. Jahrhunderts zum Mittelpunkt des Staatsinteresses wurde und den neuen Staatsphilosophien etwa von Veit Ludwig Seckendorff, Gottfried Wilhelm Leibniz oder Johann Heinrich Gottlob von Justi entsprachen. Mit der Ausweitung der Medizinalordnungen auf das gesamte Staatsterritorium wurden alle medizinischen Berufsgruppen erfasst. Ihre Zuständigkeit, Privilegien und im Besonderen Ausbildung, beispielsweise Lehrangebote für Ärzte und Hebammen, beschloss und überwachte eine kompetente, ausschließlich aus akademisch gebildeten Ärzten bestehende Medizinalbehörde, das Collegium medicum.

Für die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik, die in erster Linie der Gesunderhaltung aller Arbeitskräfte in staatlichem Interesse diente, lieferte Johann Peter Frank (1745-1821) mit seiner Veröffentlichung „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ ein theoretisches Konzept. Das bedeutsame sechsbändige Werk, das zwischen 1786 und 1817 entstand, blieb bis ins 20. Jahrhundert hinein der Leitfaden für die spätere praktische öffentliche Gesundheitspflege und die Entwicklung der „Sozialen Hygiene“.

Die Zunahme von Handel, Entdeckungsreisen und Kriegsgeschehen verursachte in Europa ein vermehrtes Auftreten unbekannter Seuchen. „Hitzige Fieber“ und „Pestilenzen“ wurden über Schiffe und Landesgrenzen eingeschleppt und zumeist durch Truppenbewegungen verbreitet. Kriegerische Auseinandersetzungen bedeuteten immer auch eine erhöhte Seuchengefahr für die Bevölkerung. Oft wurden die Kampfhandlungen selbst durch Grippe, Milzbrand, Ruhr,

Englischem Schweiß, Fleckfieber oder Typhus entschieden oder beeinträchtigt, wie dies etwa für den Sieben- und Dreißigjährigen Krieg oder die Feldzüge Napoleons zutrifft.

Bis ins späte 19. Jahrhundert waren die besonders gefürchteten in großen Zügen auftretenden pandemischen Infektionskrankheiten Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken und Lepra weitgehend unerforscht. Bevor Klarheit über Erreger und Erscheinungsformen herrschte, gab es keinerlei wirksame Behandlungsmöglichkeiten, so dass die Menschen den krankheit- und todbringenden Seuchen hilflos ausgesetzt waren. Vage Erklärungen über verdorbene Luft, miasmatische Dämpfe, hatte es schon gegeben, bevor 1546 Girolamo Fracastoro erstmals spezifische Keime für die Krankheitsübertragung verantwortlich machte, die sich durch Luft, Einatmung, Berührung oder kontaminierte Kleidung verbreiteten.

Gegen den „Pesthauch“ halfen weder Diäten, noch Ausräucherungen oder Riechstoffe, so dass man nach Ursachen und Schuldigen suchte und oft wurden gesellschaftliche Minderheiten, wie beispielsweise Juden, einer Brunnen- und Quellenvergiftung bezichtigt. Oder man nahm die Pest als Strafe Gottes hin und tröstete sich mit Buß- und Betgottesdiensten. Nicht selten wurde gottgefälliges Leben behördlich dringend empfohlen.

Mannigfaltige Pestdenkmäler zeugen noch heute von der Befindlichkeit der verängstigten Menschen damaliger Zeiten.

Großes Massensterben verursachte die ab 1347 in ganz Europa wütende Pest der „Schwarze Tod“, die vier Jahre lang als neue verheerende Seuche die Menschen in Angst und Schrecken versetzte. Da als einzige Rettung die Flucht galt, wie der Dichter Boccaccio anschaulich im „Decamerone“ schilderte, suchte man sich durch seuchenabwehrende Vorkehrungen und vorbeugende Gesundheitsvorschriften zu schützen. Florenz und Venedig hatten als besonders betroffene Städte im 14. Jahrhundert vorbildliche Maßnahmen entwickelt, die bald von zahlreichen deutschen Städten übernommen wurden. Die Verordnungen und Bestimmungen, die sich im Laufe der Zeit bewährt hatten, wurden immer differenzierter gestaltet und schließlich in Gesetzen festgeschrieben. Dabei stand die städtische Hygiene als vorbeugende Maßnahme im Vordergrund, zu der die Reinhaltung des Trinkwassers und des Bodens sowie die Unratbeseitigung gehörten. Während Seuchenzeiten sorgten Anweisungen für Apotheker und Ärzte, die Anzeigepflicht von Krankheitsfällen, Sperrmaßnahmen und die Isolierung von Erkrankten in Pesthäusern für die Eingrenzung der Epidemie innerhalb der Kommunen. Gegen Seucheneinschleppung wurden in Häfen strenge Überwachungs- und Schutzvorkehrungen getroffen, die auch bald für die Sicherung von Landesgrenzen Anwendung fanden. Mit der Anlage von Kordonen waren Personen- und Warenkontrollen und vor allem Quarantänerege-

lungen oder die vollkommene Unterbindung des Grenzverkehrs möglich. Doch selbst die strengsten Vorkehrungen gewährten keinen verlässlichen Schutz gegen die gefürchteten großen Volksseuchen, die in mehrjährigen Abständen wiederholt alle europäischen Staaten heimsuchten.

Mit der in Europa bis 1830 völlig unbekanntem Cholera sah man sich mit einem außergewöhnlichen und rätselhaften Phänomen konfrontiert. Von Asien herandrängend, zog sie wiederholt und verheerend durch ganz Europa und forderte Hunderttausende von Todesopfern. Unentwegte Diskussionen über ihren ambivalenten Übertragungsmechanismus führten letztlich zu hauptsächlich zwei Theorien gegensätzlicher Anschauung, der Kontagienlehre und der Antikontagien- oder Miasmatheorie. Bei letzterer wurde angenommen, dass die Infektion nicht durch direkte Übertragung ausgelöst würde, sondern dass vielfältige - miasmatische - Bedingungen des Seuchengrundes, wie schlechte Boden- und Grundwasserverhältnisse, bestimmte Luft- und Klimabedingungen sowie zeitliche und individuelle Faktoren eine Rolle spielten. Die Kontagienlehre dagegen ging von einer Infektion über den Kontakt mit infizierten Personen und Waren aus.

Die preußische Kommission, die für die Abwehr der von Osten herannahenden Cholera eingesetzt wurde, gründete ihr Vorbeugungsprogramm - die so genannte „Instruktion“ - auf die Kontagientheorie. Daraus ergab sich, dass ein jeglichen Kontakt unterbindender aufwendiger, militärisch dreifach gesicherter Sperrgürtel mit obligatorischer Quarantäne für Händler und Waren eingerichtet wurde. Trotz dieser rigorosen Vorkehrungen gelang es nicht, die Einschleppung der Cholera zu verhindern. Nachdem die Seuche vorangeschritten und 1831 auch in Berlin ausgebrochen war, modifizierte man die „Instruktion“. Die Bevölkerung der Hauptstadt sollte nicht zusätzlich durch einen lebensbedrohlichen Versorgungseingpass gefährdet werden, zu dem es wegen der strengen Sperrmaßnahmen zuvor in Danzig und Königsberg gekommen war.

Ab Mitte der 1850er Jahre erhärtete sich der Verdacht vom ursächlichen Zusammenhang zwischen Seuchenausbrüchen und den überaus unhygienischen Verhältnissen in den Großstädten. Max von Pettenkofer, Vertreter der Miasmalehre, widmete sich deshalb umfangreichen systematischen Untersuchungen des Bodens, des Wassers und der Luft, um insbesondere die Ursachen für die Cholera und den Typhus aufzuklären. Unermüdlich setzte er sich für die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse des gesamten menschlichen Umfeldes ein und hartnäckig kämpfte er für die Einführung der kommunalen Städtereinigung. Von seinen zahlreichen verdienstvollen Beiträgen, die Pettenkofer für die Epidemiologie und Hygiene

leistete, ist beispielsweise der merkliche Rückgang von Typhusepidemien zu nennen. Die Aufklärung der Cholera, die ihn zeitlebens beschäftigte, gelang ihm jedoch nicht. Diesen Sieg musste er Robert Koch, der die Kontagientheorie vertrat, überlassen. Koch gelang es, nach seinen aufsehenerregenden Entdeckungen des Milzbrand- und des Tuberkelbazillus 1882 in Indien auch den Choleraerreger bakteriologisch nachzuweisen. Die Anerkennung und Durchsetzung seiner Kontagientheorie gestaltete sich allerdings als zäher Kampf, den Koch endgültig erst 1892 während der Cholera-Epidemie in Hamburg gewann. Seine bakteriologischen Erkenntnisse ermöglichten gezielte Präventivmaßnahmen zur Verhütung und Verbreitung der Cholera.

Die effektive Bekämpfung einer Seuche gelang bei den gefährlichen Menschenpocken. Die Pocken konnten als einzige Infektionskrankheit von Menschenhand dank der von Edward Jenner entwickelten aktiven Immunisierung, der Vakzination, ausgerottet werden. Diese Impfmethode wurde ab 1798 als Pockenprophylaxe weltweit erfolgreich angewandt.

Die nicht unumstrittene obligatorische Vakzination bzw. Revakzination, die durch das Reichsimpfgesetz von 1874 vorgeschrieben wurde und nicht selten als Musterbeispiel für die Medikalisierung der deutschen Bevölkerung angeführt wird, hat eine von Rückschlägen, Unsicherheiten und Widerständen begleitete Geschichte von nahezu zweihundert Jahren.

Bereits vor der Entwicklung der Vakzination suchte man nach geeigneten Bekämpfungsmethoden gegen die gefürchtete Seuche. Als vorbeugender Schutz wurde seit Jahrhunderten die Variolation oder Inokulation, das „Einimpfen“ von Menschenpocken, in China, Indien und Zentralafrika angewendet. Über Konstantinopel gelangte diese Methode Anfang des 18. Jahrhunderts auch nach Westeuropa, konnte sich hier jedoch aus Kostengründen und vor allem wegen ihrer hohen Infektionsgefahr nicht durchsetzen. Eine flächendeckende Pockenprophylaxe stellte erst die von dem Landarzt Edward Jenner auf empirischen Grundlagen entwickelte ungefährlichere Vakzination in Aussicht: Seine Feststellung, dass die harmlose Infektion mit Kuhpocken einen vorbeugenden Schutz vor den weitaus gefährlicheren und oft tödlichen Menschenpocken bewirkte - eine Entdeckung, die in bäuerlichen Kreisen seit langem bekannt war - veranlassten ihn zu einem (sehr kritisch zu bewertenden) Menschenversuch. Diesen führte er an einem achtjährigen Jungen durch, den er zuerst mit Kuhpocken und danach mit Menschenpocken impfte. Der Junge blieb gesund und der Nachweis für die erste aktive Immunisierung gegen Pocken war erbracht. Seine Erkenntnisse publizierte Jenner 1798 unter dem Titel „An Inquiry into the Causes and Effects of Variolae Vaccinae“ in Eigeninitia-

tive, weil die Royal Society eine Veröffentlichung abgelehnt hatte. Die Impfmethode, die binnen kürzester Zeit in aller Welt bekannt wurde, fand nahezu überall begeisterte Aufnahme, bewahrte sie doch vor einer besonders für Kinder gefährlichen Erkrankung, die den Tod bringen oder Blind- und Taubheit und schreckliche Entstellungen hervorrufen konnte.

Deutsche Ärzte begannen 1799 mit den ersten Impfungen, und Landesfürsten, die an der höchst nutzbringenden Präventivmaßnahme außerordentlich interessiert waren – immerhin verursachten die Pocken einen 25 bis 30%igen Bevölkerungsverlust –, ließen Impfinstitute für umfangreiche Impfprogramme einrichten. Die Entwicklung der Impfstrategien verlief jedoch in den einzelnen deutschen Staaten sehr unterschiedlich, wie die zum Vergleich herangezogenen Beispiele für Preußen, Bayern, Baden und Sachsen exemplarisch veranschaulichen. Allen Staaten gemeinsam jedoch stand mit der Organisation eines landesweiten Impfprogramms ein ehrgeiziges Unternehmen bevor, mit dem sie sich auf völliges Neuland begaben. Erst im Laufe zunehmender Impfkaktivität offenbarte sich eine Reihe unvorhersehbarer Probleme, die nicht einfach durch Gesetze beherrscht, sondern nur durch einen beharrlichen, langjährigen Entwicklungs- und Erfahrungsprozess gelöst werden konnten.

Das in den einzelnen Staaten entwickelte Impfwesen wurde von den Entscheidungen des Landesherrn und seiner Medizinalgremien, die den besonderen Verhältnissen ihres Landes Rechnung trugen, geprägt:

Preußen richtete das erste Impfinstitut für Testimpfungen ein und organisierte eine intensive Impfpropaganda. Umfassende dem neuesten wissenschaftlichen Stand entsprechende Seuchen- und Impfrichtlinien folgten 1806 und 1835 mit dem „Regulativ“. Dieses Gesetz enthielt einerseits lediglich die dringende Empfehlung zur Impfung, andererseits übertrug es der Medizinalpolizei die Berechtigung für Zwangsimpfungen bei Pockenausbruch. Außerdem wurde allen Arbeitssuchenden im Handwerks- und Haushaltsbereich, Angehörigen öffentlicher staatlicher Schulen sowie Stipendiaten und Unterstützungsempfängern die Impfung vorgeschrieben. Diese Vorschriften behielten bis 1874 ihre Gültigkeit. Ein allgemeiner Impf- oder Wiederimpfzwang wurde jedoch nicht erhoben.

In Bayern erfolgte unmittelbar nach Abschluss der als erfolgreich bewerteten dreijährigen Testimpfungen die systematische Organisation aller für eine landesweite Durchimpfung notwendigen Voraussetzungen: die Einrichtung einer Impfarztstelle, Sicherung der Impfstoffversorgung, Ausbildung von Impfpersonal und Schulung der Verantwortlichen im Kommunalbereich zur Erfassung und Kontrolle aller Impfpflichtigen. Konsequenterweise folgte auf diese Vorbereitungen 1807 das Impfgesetz. Durch ständige Beobachtung der Impfszenerie flossen die neuesten Erkenntnisse als Ergänzungen in die Gesetzgebung ein. Die viel disku-

tierte Revakzinationspflicht wurde allerdings gesetzlich nicht festgelegt, sondern der Eigenverantwortlichkeit der Erwachsenen überlassen.

Badens Stärke, bereits im Vorfeld von Epidemien prophylaktische Maßnahmen zu treffen, war auch Leitmotiv von höchster Priorität bei der Abwehr von Pockenepidemien. Ein frühes, gut organisiertes Impfprogramm führte 1815 zur gesetzlichen streng kontrollierten Impfpflicht. Das bedeutete, dass bei örtlich vermehrt auftretenden Pockenfällen und beim Herannahen von Epidemien Impfrevisionen durchgeführt wurden. Insbesondere Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren und ansteckungsgefährdete Arbeiter in Papierfabriken wurden Revakzinationen unterzogen.

In Sachsen hatte sich das Vertrauen, das die Regierung in die Initiativen von Ärzten und Landständen setzte, einige Jahrzehnte lang bewährt und zu einem hohen Impfschutz in der Bevölkerung geführt. Die Gepflogenheit, Kinder zum Schulbeginn impfen zu lassen, wurde ab 1868 durch eine verhältnismäßig starke impfgegnerische Beeinflussung unterbunden. Es gelang den Impfagitatoren, die Impfgewohnheiten bei fehlenden gesetzlichen Impfbestimmungen und bestehendem Schulzwang zu untergraben und besonders die ärmere Arbeiterschicht zu verunsichern. Die damit erzeugte massive Impfverweigerung führte zur Höchstgefährdung vorwiegend der Kleinkinder in den Großstädten, dokumentiert durch besonders hohe Sterberaten während der Pockenepidemie von 1870 bis 1872.

Eine gesetzliche Impf- oder Wiederimpfpflicht war bis 1870 nicht eingeführt worden.

Die unerwartet heftige und ausgedehnte Pockenepidemie von 1870 bis 1872 stellte die gesamte bisherige Impfpolitik in Frage und war mit Tausenden von Krankheits- und Todesfällen die traurige Bilanz der vielfältigen und unterschiedlichen, aber gescheiterten Impfbemühungen, die in den einzelnen Staaten praktiziert worden waren.

Von Anbeginn lag das Risiko, dem hohen Anspruch eines dauerhaften wirksamen Pockenschutzes zu genügen, in der schwer einschätzbaren und unerforschten Impfmethode. Diese als wirksame Vorbeugungsmaßnahme für umfängliche Massenimpfungen einzusetzen, bedeutete eine erhebliche fachliche, technische und organisatorische Herausforderung. Dazu gehörten Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Impftechnik und der Beschaffung von Impfstoff bestanden. Ein gänzlich unerwartetes Problem, das die anfängliche Begeisterung für die Impfung nach knapp zwei Jahrzehnten merklich dämpfte, tauchte mit der Erkenntnis auf, dass die einmalige Impfung nicht den erwarteten lebenslangen Pockenschutz bot. Vermehrt auftretende Pockenerkrankungen bei bereits Geimpften machten Revakzinationen notwendig, die, zusammen mit atypischen Pockenverläufen, gelegentlichen Impfneben-

wirkungen und Überimpfungen von Krankheiten, insbesondere der Syphilis, nicht nur auf größere Mängel verwiesen, sondern auch Misstrauen, Ängste und Zweifel auslösten oder verstärkten. Die Skeptiker, die von Anfang an gegen die Impfung agitierten, fühlten sich in ihrer Kritik bestätigt. Eine Verschärfung der Situation wurde noch durch den in einigen Staaten gesetzlich erzwungenen körperlichen Eingriff ausgelöst, so dass ab den 1850er Jahren erste Impfgegner aus ärztlichen Kreisen öffentlich zum Impfwiderstand aufriefen. Während die früheren Impfunwilligen krankheitsvorbeugende Maßnahmen, wie sie die Impfung darstellte, wegen religiöser oder tief verwurzelter traditioneller Ansichten ablehnten, beriefen sich nun die neuen Impfgegner auf die real vorhandenen Impfprobleme.

Verschiedene Faktoren, wie Zweifel an der Impfung selbst, Ängste vor Gesundheitsschädigungen und auch eine von Sorglosigkeit geprägte nicht zu unterschätzende Impfmüdigkeit, die sich nach einer Reihe epidemiearmer Jahre eingeschlichen hatte, führten allmählich zu erheblichen Impflücken und zu einer höheren Gefährdung der Zivilbevölkerung. Anzeichen dafür waren die bereits in den Jahren 1864 und 1866 in Preußen, 1865 in Bayern und Baden und 1869 in Sachsen aufgetretenen umfangreicheren Pockenausbrüche. Dieser kritische Sachverhalt löste trotz häufiger Erörterungen und Warnungen aus ärztlichen Kreisen dennoch keine Signalwirkung für gesetzliche Regelungen, insbesondere im Hinblick auf eine Revakzinationspflicht aus. Wie dringlich Ärzte das allgegenwärtige Pockenproblem behandelten, bestätigen die wiederholten Diskussionen um die einheitliche gesetzliche Regelung zur Pockenverhütung, die sowohl auf der 43. Versammlung Deutscher Ärzte und Naturforscher in Innsbruck 1869, als auch im Reichstag 1870 zu Resolutionen führten. Doch Konsequenzen wurden daraus vorerst nicht gezogen, so dass das in den Jahren 1870 bis 1872 unvermutet auftretende Pockendesaster von der Zivilbevölkerung nicht abgewendet werden konnte.

Anders dagegen lagen die Befunde beim Militär, für das die gesetzlichen Regelungen auf Wiederimpfungen erweitert worden waren. So beharrlich der preußische König darauf bestand, keinen allgemeinen Impf- oder Wiederimpfzwang auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen, so selbstverständlich fand er die zwangsweise Durchimpfung und Revakzination der Angehörigen seines Heeres in den Jahren 1802, 1820 bzw. 1831, das gesund und einsatztauglich der Verteidigung und Erhaltung des Staates zu dienen hatte. Gleiche Bestimmungen zur Wiederimpfung des Militärs wurden in Bayern 1807 und 1833, in Baden 1829 und 1830 und, sehr spät, 1868, auch in Sachsen getroffen.

Zum Vergleich herangezogene Zahlen dokumentieren die sehr viel geringeren Verluste an Pockenkranken und -toten in den Armeen. Sie sind ein Beleg für den Erfolg der strikten Impf- und Wiederimpfbestimmungen, die selbstverständlich anderen Gesetzmäßigkeiten un-

terlagen. So verzeichnete 1872 allein Berlin 262 Todesfälle auf 100.000 Einwohner. Beim preußischen Militär erkrankten von 590.262 Soldaten lediglich 2.745, wovon 146 starben. In Bayern gab es einen ähnlich eklatanten Unterschied: In den Jahren 1870/71 erkrankten 30.742 Menschen, von denen 4.784 starben. Beim Militär wurden 1871 von 91.965 Soldaten 1.128 pockenkrank und (statistisch) starb höchstens ein Soldat. In Baden verzeichnete man 1871 über 1000 Sterbefälle bei 620.000 Einwohnern. Beim Militär mit insgesamt 21.955 Soldaten kam es 1870/71 zu 288 Erkrankungs- und 12 Sterbefällen. In Sachsen stiegen 1871 in den Großstädten die Sterberaten um das Dreifache der vorangegangenen Jahre, wie beispielsweise in Leipzig 1871 auf 14,7%, bei Kleinkindern sogar auf 82%, gegenüber vorher 4,5%. Bei den 42.355 Mann starken Truppen waren 262 Pockenfälle aufgetreten und 29 Soldaten starben.

Diese Erfahrungen hatten wesentlichen Anteil am Zustandekommen des Reichsimpfgesetzes von 1874, in dem neben der Erstimpfung auch die Revakzination vorgeschrieben wurde.

Außer den Pocken herrschten zahlreiche andere lebensbedrohliche Infektionskrankheiten. Mit der fortschreitenden Industrialisierung drängten scharenweise arbeitssuchende Menschen in die bald überfüllten Städte, die den unaufhaltsamen Zustrom und die nachfolgenden hygienischen Missstände nicht bewältigen konnten. Von den vermehrt auftretenden Epidemien war besonders die untere Bevölkerungsschicht betroffen, die verarmt, überarbeitet, unterernährt und in beengten ungesunden Behausungen ihr Dasein fristete. Der offenkundige Zusammenhang zwischen der katastrophalen Stadthygiene, zunehmenden Seuchenausbrüchen und hoher Krankheitsanfälligkeit infolge menschenunwürdiger Lebensverhältnisse löste eine breite öffentliche Diskussion aus und rückte die soziale Frage in den Vordergrund des allgemeinen Interesses.

In erster Linie wurden Ärzte tagtäglich und unausweichlich mit dem Elend der kranken Armen durch den Kurierzwang konfrontiert. Doch konnten sie der unsäglichen Not weder durch eine angemessene Behandlung abhelfen noch sonstige Hilfe anbieten, da sie sich selbst in einer finanziell schwierigen Lage befanden. Aufgrund der Konkurrenz untereinander, der zu niedrigen Taxen und der Abhängigkeit von strenger staatlicher Kontrolle mit Berichtspflicht und der oft kostenlosen oder karg bezahlten Versorgung der armen Bevölkerung kämpften sie um ihre eigene Existenz. In ärztlichen Vereinen, die sich ab 1830 überall in Deutschland gründeten, diskutierten sie über ihre missliche Lage und nahmen bald demokratisches Gedankengut mit der Idee einer Medizinalreform auf. Ausdruck dafür war eine erstarrende Medizinalreformbewegung, die schließlich 1848 mit revolutionären Zügen ihren Höhe-

punkt erlangte. Unter maßgeblicher Führung von Rudolf Virchow galt die Überzeugung, dass die „abnormen“ Lebensbedingungen Ursache der großen Volkskrankheiten seien. In seiner Zeitschrift „Die Medizinische Reform“, die er zusammen mit Rudolf Leubuscher und Salomon Neumann herausgab, forderte er die Ärzteschaft als „natürliche Anwälte der Armen“ auf, für eine Neuordnung der Medizinalgesetzgebung zu kämpfen. Darin wurde die Sicherung umfassender sozialer Lebensbedingungen für die untere Bevölkerungsschicht und gleichzeitig eine finanzielle und gesellschaftliche Besserstellung für die Ärzte gesehen.

Diese Ansprüche, die zunächst mit dem Einsetzen der Reaktion im Juni 1849 unterbunden wurden, nahm der Dresdner Arzt Eberhard Richter nach Wiedererlaubnis von Vereinsgründungen ab Mitte der 1860er Jahre erneut auf. Seit 1845 hegte er den Wunsch nach einer „Organisation des ärztlichen Standes“, den er nun durch eine geschickte Vereinigungspolitik verwirklichte. Im Jahre 1867 gründete er die Sektion für Medizinalreform und 1873 den Deutschen Ärztevereinsbund als Dachverband aller partikularstaatlichen Vereine und gab das selbstfinanzierte „Organ des Deutschen Ärztevereinsbundes“, seit 1929 „Deutsches Ärzteblatt“, zur Orientierung aller Ärzte heraus.

Parallel zu den ärztlichen Bestrebungen entwickelte sich angesichts des drängenden Seuchenproblems eine Hygienebewegung, die sich unter der Ägide des Frankfurter Arztes und Hygienikers Georg Varrentrapp der Städtesanierung als präventives Gesundheitskonzept verschrieben hatte. Zur Realisierung dieses großtechnischen Projekts, das eine immense finanzielle und praktische Herausforderung bedeutete, gründete Varrentrapp 1867 eine dem Vorhaben förderliche Interessengemeinschaft, die Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege. In dieser Fachabteilung der GDNÄ vereinigte er, von Max von Pettenkofer unterstützt, neben Ärzten und Hygienikern auch Ingenieure, Chemiker und höhere Verwaltungsbeamte. Als Leitfaden gab er ab 1869 die überregionale „Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ heraus. Ein weiterer für die politische Einflussnahme wichtiger Schritt war 1873 die Gründung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, mit der er alle Hygieniker auf Reichsebene zusammenführte.

Eine ideale Ergänzung der Interessen von Ärzten und Hygienikern, legislative Maßnahmen für gesundheitspolitische Veränderungen zu erreichen, bewirkte 1869 der Zusammenschluss der beiden Fachabteilungen, der Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege und der Sektion für Medizinalreform. Im Verbund kam eine Resolution zustande, die Varrentrapp und seinen Mitstreitern eine Eingabe beim Reichstag des Norddeutschen Bundes ermöglichte. In der von

5000 Unterschriften unterstützten Petition wurde die Reform der Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege gefordert. Sie sollte sich an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren und der Heilung von Krankheiten und im Besonderen der Prävention von Seuchen widmen. Als Grundlage hielt man zunächst die Einrichtung einer Zentralbehörde und die Erstellung einer Medizinalstatistik für unabdingbar. Diese geforderten Maßnahmen stützten sich auf Artikel 4, 15 der Bundesverfassung, nach der Maßregeln der Medizinal- und Veterinärpolizei der Bundesgesetzgebung unterlagen.

Anlässlich der Reichstagssitzung vom 6. April 1870 folgte das Plenum einem Zusatzantrag und beschloss in Anbetracht der im allgemeinen als bedrohlich eingeschätzten Pockengefahr, den Reichskanzler um eine baldige statistische Untersuchung in den deutschen Staaten zu ersuchen. Es sollte geklärt werden, inwieweit sich die Vakzination bzw. Revakzination auf die Gesundheit der Geimpften und auf die Verbreitung der Pocken auswirkt. Dieser Beschluss leitete die Einführung der reichseinheitlichen gesetzlichen Impfpflicht ein.

Die Erfahrung mit der verlustreichen Pockenepidemie der Kriegsjahre 1870/71 hatte gelehrt, dass die bisherige immerhin siebzig-jährige Impfpraxis ihre Bewährungsprobe nicht bestanden hatte. Keine der unterschiedlichen Impfstrategien, die in den einzelnen Partikularstaaten praktiziert worden waren, erwies sich für einen flächendeckenden Impfschutz als effektiv genug. Deshalb wurden von Ärzten immer nachdrücklicher reichseinheitliche gesetzliche Impfgelungen gefordert. Auch zahlreiche Lebensversicherungsgesellschaften, die durch eine erhöhte Zahl an Pockensterbefällen beträchtliche finanzielle Verluste verzeichnen mussten, wünschten als Rechtsgrundlage für ihre künftigen Versicherungsbedingungen eine eindeutige, gesetzliche Klärung der Erst- bzw. Wiederimpfpflicht.

Der am 22. Mai 1872 vom Königsberger Verein für wissenschaftliche Heilkunde eingereichte Gesetzentwurf eines Impfgesetzes wurde ohne Diskussion als Beschluss an die Reichskanzlei weitergeleitet und von dort bestätigt, so dass am 5. Februar 1874 die Verhandlungen für das Reichsimpfgesetz aufgenommen werden konnten. Diese hatten unter dem Eindruck der vor kurzem überstandenen Pockenepidemie und im Bewusstsein fortdauernder Pockengefahr eine für alle Staaten einheitliche verbindliche Impfgesetzgebung zur Erst- und besonders zur Wiederimpfpflicht zum Ziel.

Die Beratungen des Gesetzentwurfs im März und April 1874 waren von heftigen öffentlichen Protesten und zahlreichen impfgegnerischen Petitionen wortmächtigen, polemischen Inhalts begleitet. Der Widerstand richtete sich in erster Linie gegen den Impfwang, der von bekannt gewordenen Gesundheitsschädigungen und Krankheitsübertragungen ausgelöst und von Zweifeln an der Notwendigkeit, Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung genährt wurde. Die kontroversen Meinungen, die sich über die komplexe und schwierige Impfproblematik gebildet hatten, spalteten auch die Reichstagsabgeordneten in Impf(zwang)gegner und Impfbefürworter und führten zu heftigen Auseinandersetzungen. Besonders vier Parlamentarier hoben sich dabei aus der außerordentlich engagiert und kritisch geführten Debatte heraus. Ihnen gelang, unter dem Einsatz ihrer von beruflichen und parteilichen Einflüssen geformten, charakteristischen Denkweise, alle Belange, die mit der weit gespannten Thematik der Pockenschutzimpfung verbunden waren, klar und nachdrücklich zu veranschaulichen. Es handelte sich um den Juristen August Reichensperger und den Zigarrenmacher und Parteifunktionär Otto Reimer, die als Gegner des Impfwangs auftraten, sowie um die beiden Ärzte Wilhelm Löwe und August Zinn, die den Impfwang verteidigten und als die „Väter des Gesetzes“ gelten.

Am 14. März 1874 wurde der in zähen aufreibenden Verhandlungen erkämpfte Entwurf des Impfgesetzes mit einem Abstimmungsergebnis von 160:122 Stimmen im Reichstag angenommen. Damit waren die für einen umfassenden Impfschutz wichtigsten Voraussetzungen geschaffen, die im Impfgesetz vom 8. April 1874 verankert wurden. Am 1. April 1875 trat das Impfgesetz in Kraft.

Das Reichsimpfgesetz beinhaltete folgende wesentliche Regelungen: Jedes Kind musste vor Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres der Impfung mit Schutzpocken, und im 12. Lebensjahr einer Wiederimpfung unterzogen werden. Von dieser Pflicht konnte nur ein Kind befreit werden, das nachweislich die Pockenkrankheit überstanden hatte oder wenn die Impfung die Gesundheit oder das Leben des Kindes gefährdete. Für Eltern, die trotz amtlicher Aufforderung die Impfung ihrer Kinder verweigerten, wurde eine Geldstrafe von 50 Mark oder eine Haftstrafe bis zu drei Tagen angeordnet. Den Landesregierungen wurde die Einrichtung von Impfinstituten „zur Beschaffung und Erzeugung der Schutzpockenlymphe“ übertragen.

Die gesetzliche Impfpflicht, die mit Inkrafttreten des Impfgesetzes ab 1. April 1875 galt, verursachte einen regelrechten Impfstreit auf nationaler Ebene. Der Widerstand ging von einer organisierten Impfgegnerbewegung aus, der sich zahlreiche Vereine in ganz Deutschland an-

schlossen. Die Bewegung, die bis 1914 eine Mitgliederzahl von etwa 300.000 erreichte, wurde hauptsächlich von Anhängern des aufkommenden Vegetarismus, Antivivisektionismus sowie der Naturheilbewegung und Homöopathie angeführt. Einer der aktivsten Agitatoren, der Linnicher Arzt und Glasmalereibesitzer Heinrich Oidtmann, gab das Hauptorgan „Der Impfgegner“ heraus. Darin wurde die Meinung vertreten, dass von der völlig nutzlosen Impfung eine Gesundheitsschädigung hervorgerufen würde. Entsprechend wurden deshalb gelegentlich auftretende Impfnebenwirkungen übertrieben dargestellt und generalisiert. Die ständigen Hinweise auf postvakzinale Komplikationen und auf Impffehler, die leider durch einzelne ernsthafte Impfwischenfälle bestätigt worden waren, verunsicherten und beeinflussten die Bevölkerung in hohem Maß. In einer Flut von Petitionen mit Tausenden von Unterschriften, die sich einige Jahre lang kontinuierlich über den Reichstag ergoss, wurde die Aufhebung des Impfgesetzes, zumindest des Impfwangs, gefordert.

Eine Sachverständigenkommission nahm in einer Denkschrift von 1888 zu allen belastenden Mängeln Stellung. Seltene Fälle von Krankheitsübertragungen, namentlich der Syphilis, bzw. andere Folgeschäden wurden nicht verhehlt. Die Schwierigkeiten, die aufgrund des Lymphmangels und der Abimpfungsmethode von Menschenlymphe und ihrer Weiterverimpfung entstanden, sollten durch Richtlinien auf ein Mindestmaß reduziert werden. Dazu gehörte, dass zukünftige Impfungen mit der weit weniger mit Komplikationen behafteten Tierlymphe durchgeführt und Impffärzte besser ausgebildet und auf ihre Impftätigkeit vorbereitet werden sollten.

Wenn auch unbefriedigend blieb, dass trotz aller Vorsichtsmaßnahmen Impfrisiken nicht völlig ausgeschlossen werden konnten, beschloss der Gesetzgeber im Februar 1913 das Bestehenbleiben des Impfgesetzes.

Im Jahr 1919, nachdem sich zahlreiche Anhänger der inzwischen weit verbreiteten Lebensreformbewegung angeschlossen hatten, wurde das propagandistische Organ „Der Impfgegner“ eingestellt.

Die Überzeugung, dass es sich bei der Pockenschutzimpfung um eine segensreiche prophylaktische Maßnahme von unschätzbarem Wert handelte, fand ihre Bestätigung, als die WHO am 8. Mai 1980 die Erde als pockenfrei erklärte. In Deutschland wurde bereits am 18. Mai 1976 der Impfwang aufgehoben und 1982 das Impfgesetz annulliert.

Eine andere seuchenprophylaktische Maßnahme wurde am 30. Juni 1900 mit dem „Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“, dem Reichseuchengesetz, auf

den Weg gebracht. Das Gesetz, das nach einem langen Prozess von dreißig Jahren zustande kam, enthielt Anweisungen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die aufgrund ihres pandemischen Charakters große Teile des Reiches gleichzeitig gefährden konnten. Dazu gehörten die sechs großen Volksseuchen der Aussatz (Lepra), die asiatische Cholera, das Fleckfieber, das Gelbfieber, die Pest und die Pocken.

Das Seuchengesetz ging aus einer Petition vom März 1870 hervor, in der die Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege den Reichstag um eine Gesetzesvorlage zur „Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde“ ersuchte. Diese Forderung entsprach der einmaligen unter Virchow 1848 angestrebten Medizinalreform, die aufgrund der einsetzenden Reaktion ab Mitte 1849 nicht weiter verfolgt werden konnte. Nun, von führenden Hygienikern und Ärzten neu belebt, sollte unter Anwendung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Reform herbeigeführt werden. Ziel war die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, vor allem in den Städten, um die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und in erster Linie epidemischen Krankheiten vorzubeugen. Dazu wurde als nächstliegende Maßnahme die Einrichtung einer Zentralbehörde vorgeschlagen, die zur Information über die Gesundheits- und Sterbeverhältnisse der Bevölkerung eine Statistik erarbeiten sollte.

Die Pläne für diese umfassende Neugestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege wurden 1871 von der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen durchkreuzt. Als begutachtende Behörde lehnte sie die in der Petition gestellten Forderungen ab mit der Begründung, dass für diese Angelegenheiten die Einzelstaaten verantwortlich seien und es für die Erstellung einer Medizinalstatistik keiner aufwendigen, eigenen Reichsbehörde bedürfte. Erst 1874 wieder wurde die Forderung nach einem Reichsgesundheitsamt aktualisiert, als anlässlich der Verabschiedung des Impfgesetzes eine Resolution zustande kam und diese zur Überwachung der gesetzlichen Impfbestimmungen eine zentrale übergeordnete Behörde als notwendig erachtete. Das schließlich 1876 gegründete Kaiserliche Gesundheitsamt wurde in einer Denkschrift über Aufgaben und Ziele von 1878 vorgestellt. Darin erschien erstmals eine offizielle Stellungnahme zur Seuchenvorsorge, für die als wichtigste Aufgaben die Medizinalstatistik und ein Leichenschaugesetz sowie die Einleitung umfassender Vorarbeiten für spätere gesetzliche Maßnahmen zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten genannt wurden.

Medizinalstatistik und Leichenschaugesetz waren miteinander verquickt: Die Statistik wurde von Daten gespeist, die aufgrund der Anzeigepflicht ansteckender und epidemischer Krankheiten ermittelt wurden. Verlässliche Angaben dafür gewährleistete jedoch nur eine gesetzliche ärztliche Leichenschau. Gesetzesvorlagen sowohl für die Anzeigepflicht bei ge-

meingefährlichen Krankheiten, als auch für die obligatorische Leichenschau waren bereits ausgearbeitet und vom Bundesrat genehmigt, jedoch an die Bedingung der gleichzeitigen Vorlage im Reichstag geknüpft worden. Nur die Verbindung der beiden Gesetze gewährleistete, eine annähernd verlässliche Datenquelle zu erhalten und bot die noch wichtigere Chance, bei einer akut auftretenden Seuche unverzüglich eingreifen und eine Epidemie verhindern bzw. eine Verbreitung eingrenzen zu können. Die Vorlage der beiden Gesetzentwürfe wurde jedoch verhindert, da sich das preußische Staatsministerium zur Einführung der obligatorischen Leichenschau in Preußen nicht entschließen konnte. Somit steckte der Gesetzgebungsprozess fest, der auch durch mehrere Anfragen nicht vorangebracht werden konnte.

Verschiedene Seuchenausbrüche im Ausland, aber hauptsächlich die verlustreiche Cholera-Epidemie in Hamburg 1892/93, verdeutlichten den dringenden Bedarf für reichseinheitliche gesetzliche Maßnahmen. Deshalb erarbeiteten Hygieniker des Kaiserlichen Gesundheitsamts und der bundesstaatlichen Gesundheitsämter unter maßgeblicher Mitwirkung von Robert Koch den Entwurf für ein Reichsseuchengesetz. Die Beratungen wurden jedoch unter anderem wegen frühzeitiger Reichstagsauflösung 1893 abgebrochen, und erst 1897, als eine erneute Pestepidemie drohte, wieder aufgenommen. An einem Reichsgesetz besonders interessiert war inzwischen Preußen, das sich wegen veränderter landesgesetzlicher Regelungen ohne ausreichenden Vorsorgeschutz befand und ein neues Landesgesetz umgehen wollte.

Die Verhandlungen zum Reichsseuchengesetz fanden in einer relativ kurzen Beratungszeit zwischen April und Juni 1900 statt. Aus Rücksicht auf die prekäre Situation in Preußen wollte man noch vor Beendigung der laufenden Sitzungsperiode einen Abschluss erzielen, um den größten Bundesstaat sowie alle anderen deutschen Staaten vor möglichen fatalen Folgen einer Pestepidemie bewahren. Nicht ohne auf diesen Umstand hinzuweisen, bemühten sich die Abgeordneten dennoch um eine sachgerechte Debatte. Selbstverständlich entsprachen zügige Entscheidungen auch dem allgemeinen Anliegen, nach jahrelanger Verzögerung endlich eine reichseinheitliche gesetzliche Seuchenvorsorge auf den Weg zu bringen.

Einer der umstrittenen Punkte des 33 Paragraphen umfassenden Gesetzentwurfs betraf die begrenzte Zahl der aufgenommenen Infektionskrankheiten. Bemängelt wurde, dass im Gesetzentwurf vorgesehen war, die Anzeigepflicht bzw. gesetzlichen Bestimmungen für die zahlreichen anderen Infektionskrankheiten, wie etwa Typhus, Diphtherie, Scharlach, Kindbett- und Rückfallfieber, Milzbrand und Geschlechtskrankheiten in die Verantwortung der einzelnen Landesregierungen zu legen. Besonders aber vermisste man die Aufnahme der Tuberkulose, die am verheerendsten und unaufhaltsam um sich griff. Zu diesem Vorwurf nahm

der Mitinitiators der Wiedervorlage des Gesetzentwurfs Stellung und wies darauf hin, dass die Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose völlig andere und umfangreichere Vorbeugungs- und Behandlungsbedingungen erforderten als der Rahmen des hier vorgesehenen Gesetzes bieten könne.

Ganz besonders enttäuscht äußerte sich ein Großteil der Referenten darüber, dass die grundlegendsten hygienischen Anforderungen, die ein Seuchengesetz zu erfüllen habe, fehlten. So waren beispielsweise Verordnungen zur Trinkwasserversorgung und Abwasserkontrolle oder zur Bauordnung für Neubauten gesetzlich nicht festgeschrieben worden.

Zur Erörterung der wichtigsten Inhalte gehörte die Anzeigepflicht. Einige Abgeordnete wollten diese wegen des oft schwierig abzuklärenden Krankheitsbildes nur auf Ärzte beschränken. Im Hinblick auf entlegene Wohngebiete wurde diese jedoch auch auf Haushaltsvorstände ausgedehnt.

Die Kompetenzen, die sowohl dem behandelnden Arzt als auch dem zusätzlichen Amtsarzt zugeschrieben wurden, erklärte man als eine Art konkurrenzloser Arbeitsteilung. Der Amtsarzt regelte die behördlichen Angelegenheiten und entlastete in Epidemiezeiten den behandelnden Arzt. Außerdem konnte er ihm die oft schwierige und Vertrauen untergrabende Entscheidung über eine Krankenhauseinweisung bei Seuchenverdacht abnehmen.

In diesen Zusammenhang gehörte die Erörterung der Frage, inwieweit in die persönliche Freiheit eingegriffen werden durfte. Fest stand, dass diese nur gewahrt werden könne, wenn die Gefährdung des Allgemeinwohls nicht auf dem Spiel stehe, andernfalls müsse eine Isolierung vorgenommen werden.

Bei der Entschädigungsregelung sollte berücksichtigt werden, dass ein Einzelner, der Nachteile zugunsten des Allgemeinwohls auf sich nehmen müsse, eine angemessene Vergütung erhielt.

Das unleidliche Problem der noch immer in Preußen fehlenden obligatorischen Leichenschau wurde gelöst, indem die amtliche Leichenbesichtigung lediglich als eine Kann-Bestimmung festgelegt wurde.

Die Debatte fand ihren Abschluss durch eine engagierte Rede des sozialdemokratischen Referenten Wurm. Nach seiner Auffassung lag eine wirksame Seuchenprophylaxe einzig und allein in der Verbesserung des Lebensstandards der arbeitenden Bevölkerung. Damit stand er in vollem Einklang mit den einstigen Reformgedanken Rudolf Virchows von 1848. Das Reichsseuchengesetz jedoch war im Hinblick auf eine umfassende Medizinalreform, die zu einer Lösung des sozialen Problems beigetragen hätte, nicht konzipiert worden. Deshalb enthielt die Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich den Hinweis, dass als Ziel weder

umfassende Maßnahmen zur Gesundheitspflege, noch gesundheitsfördernde und heilende Maßnahmen, wie sie etwa eine Tuberkulose-Behandlung erforderte, vorgesehen waren. Das Gesetz war vielmehr auf eine reichseinheitliche Seuchenabwehr und -bekämpfung von großen pandemischen Seuchen, zu denen der Aussatz (Lepra), die Cholera, das Fleckfieber, das Gelbfieber, die Pest und die Pocken zählten, ausgerichtet. Es legte außergewöhnliche Maßregeln fest, die bei Einschleppung der genannten Seuchen getroffen werden mussten. Damit entsprach das Gesetz gleichzeitig den überstaatlichen Verpflichtungen, die im Rahmen der vorangegangenen internationalen Übereinkunft in Dresden vom 15. April 1893 zur Bekämpfung der Cholera oder der internationalen Vereinbarung in Venedig vom 19. März 1897 für die Pest festgelegt worden waren. Die Übereinkommen enthielten die Zusicherung über die gegenseitige Benachrichtigung bei Cholera- und Pestfällen in den eigenen Gebieten sowie die Art der Vorsichts- und Abwehrmaßnahmen mit entsprechenden grenzsichernden Regelungen für den internationalen Waren-, Personen- und Schifffahrtsverkehr.

Am 12. Juni 1900 wurde der Gesetzentwurf in der Gesamtabstimmung mit großer Mehrheit angenommen. Am 30. Juni 1900 trat das Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten in Kraft.

Zwei bedeutende, wirkungsvolle Gesetze zur Seuchenprophylaxe wurden mit dem Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 und dem Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 geschaffen:

Mithilfe des Reichsimpfgesetzes gelang die einzigartige Ausrottung einer der gefürchtetsten Infektionskrankheiten, der Pocken. Am 8. Mai 1980 erklärte die WHO die Erde als pockenfrei. Alle Länder gaben ihre Pockenschutzimpfungen bis 1984 auf.

Das Reichsseuchengesetz, das die einheitliche Neuregelung des gesetzlichen Vorgehens gegen die gefährlichsten Volkskrankheiten mit pandemischem Charakter beinhaltete, unterstützte die einzelnen Bundesstaaten in der Bekämpfung grenzüberschreitender Seuchen und stellte einen großen Fortschritt auf dem Gebiet der Hygiene dar. Eine Novellierung mit der Erweiterung meldepflichtiger Krankheiten fand am 18. Juli 1961 mit dem Bundesseuchengesetz statt. Dieses wurde am 20. Juli 2000 durch das Infektionsschutzgesetz abgelöst.<sup>1081</sup>

Auf internationaler Ebene enthält die Gesundheitsordnung der WHO die wichtigsten Bestimmungen für die Seuchenbekämpfung.

---

<sup>1081</sup> BGBI I, 1045. [www.gapinfo.de/gesundheitsamt/alle/gesetz/seuche/ifsg/absch01/p01.htm](http://www.gapinfo.de/gesundheitsamt/alle/gesetz/seuche/ifsg/absch01/p01.htm) vom 11.01.08

## Quellen- und Literaturverzeichnis

### 1 Quellen

Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, Organ des deutschen Aerztevereinsbundes. Hermann Eberhard Richter (Hg.): Jahrgänge 1872, 1873, 1875-1880, 1899, 1900, 1907, 1909, 1911. Dresden.

Bremer Handelsblatt, Sonderdruck Nr. 1095. Bremen 1871/72.

Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags des Norddeutschen Bundes, Jahrgang 1870. Berlin.

Stenographische Berichte, Anlagen zu Verhandlungen des Reichstags des Norddeutschen Bundes, Jahrgang 1870. Berlin.

Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Jahrgänge 1871-1876, 1878, 1879, 1882-1884, 1888, 1893-1900, 1912-1914. Berlin.

Stenographische Berichte, Anlagen zu Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Jahrgänge 1872-1874, 1878-1879, 1883, 1892-1900, 1913. Berlin.

Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Preußischen Abgeordnetenhauses, Jahrgänge 1891, 1893. Berlin.

Tageblatt der 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Leipzig, 12.-18. August 1872. Leipzig.

Verhandlungen des IV. Deutschen Ärztevereinstages, Düsseldorf, 18. Juni 1876.

Verhandlungen des VII. Deutschen Ärztevereinstages, Eisenach, 12. September 1879.

### 2 Gesetzsammlungen, Verordnungen und Berichte

Augustin, Friedrich Ludwig: Die königlich preußische Medicinalverfassung oder vollständige Darstellung aller, das Medicinalwesen und die medicinische Polizei in den königlich preußischen Staaten betreffenden Gesetze, Verordnungen und Einrichtungen, 1801-1810, Bd. 2, (1818-1823, Bd. 3). Potsdam 1818 (1824).

Baur von Eiseneck, Philipp Carl (Hg.): Sammlung sämtlicher Gesetze, Verordnungen, Instructionen, Belehrungen und Entscheidungen, welche in dem Großherzogthume Baden über Gegenstände der Gesundheitspolizei seit dem Jahre 1803-1829, Bd. 1, (1830-1837, Bd. 2) erschienen sind. Karlsruhe und Baden 1830 (1838).

- Bulmerincq, M[ichael] E[ugen] v[on] (Hg.): Das Gesetz der Schutzpocken-Impfung im Königreiche Bayern, in seinen Folgen und seiner Bedeutung für andere Staaten. Leipzig 1862.
- Choulant, Ludwig (Hg.): Neue Sammlung Sächsischer Medizinalgesetze, Bd.1. Leipzig 1834.
- Döllinger, Georg: Das Medicinalwesen in Bayern, die desfalls bestehenden Anstalten und die seit dem Jahre 1616 bis auf die neueste Zeit erlassenen, noch in Kraft bestehenden Anordnungen, gesammelt und in Auszügen alphabetisch zusammengestellt, Erster Theil. Erlangen 1847.
- Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen. Berlin, Leipzig 1896.
- Eulenberg, Hermann: Das Medicinalwesen in Preussen. Nach amtlichen Quellen bearbeitet von Eulenberg. Dritte umgearbeitete Auflage von W[ilhelm] von Horn, „Das preussische Medicinalwesen“. Berlin 1874.
- Gerstlacher, Carl Fridrich (Hg.): Sammlung aller Baden-Durlachischen, das Kirchen= und Schulwesen, das Leben und die Gesundheit der Menschen, die Versorgung der Armen und Steuerung des Bettels, die innerliche Landes=Sicherheit, die Versorgung der Wittwen und Waisen, die Verhütung der Feuers=Gefahr und Entschädigung derer durch Brand Verunglückten, die Aufnahme der Communen, die Erhaltung der Wege und Straßen, die Beförderung des Nahrungsstandes, und der Landwirthschaft, und endlich die Aufnahme der Professionen und Handwerker betreffenden Anstalten und Verordnungen. Bd. 1. Karlsruhe 1773.
- Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten, 1826. Berlin 1826.
- Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten, 1831-1835. Berlin 1835.
- Jacobi, C[arl] [Fr. Wilhelm]: Das Reichs-Impf-Gesetz vom 8. April 1874 nebst Ausführungs-Bestimmungen des Bundesraths und den in Geltung gebliebenen Landes-Gesetzen über Zwangs-Impfungen bei Pocken-Epidemien. Berlin 1875.
- Langsdorff, Th[eodor] von (Hg.): Gesetze, Verordnungen und Erlasse über das Medizinalwesen im Großherzogtum Baden, Bd.1. Emmendingen <sup>5</sup>1906.
- Medicinalwesen im Königreich Sachsen: Erster Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums der Jahre 1867-69. Dresden 1869.
- Oeffinger, H[ermann] (Hg.): Das Medizinalwesen des Grossherzogtum's Baden. Sammlung der Gesetze, Verordnungen, Erlasse u.s.w., welche den ärztlichen Stand betreffen. Handbuch für Staatsärzte, practische Aerzte und Studierende. Eberbach 1882.
- Reinhard, [Hermann]; Bosse, [Hans Alexander] von (Hg.): Die Medizinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen. Systematisch geordnet und mit Erläuterungen. Leipzig 1874.

Schmalz, Karl Gustav (Hg.): Die Königlich Sächsischen Medizinalgesetze älterer und neuerer Zeit. Dresden 1819.

Wiener, Heinrich (Hg.): Die Medizinal-Gesetzgebung des Königreichs Preußen. In: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten, II, 1. Stuttgart 1885.

Wiener, Heinrich (Hg.): Die Medizinal-Gesetzgebung der Königreiche Bayern und Sachsen. In: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten, II, 2. Stuttgart 1886.

Wiener, Heinrich (Hg.): Die Medizinal-Gesetzgebung des Königreichs Württemberg und der Großherzogthümer Hessen und Baden. In: Handbuch der Medizinal-Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten, II, 3. Stuttgart 1887.

### **3 Sekundärliteratur**

Achilles-Syndrom, Katrin: So macht nun Abbilder eurer Beulen und eurer Mäuse. In: Wilderotter, Hans (Hg.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1995, 94-120.

Ackerknecht, Erwin: Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848. In: Sudhoff's Archiv, 25 (1932), 61-109 und 113-183.

Aldenhoff, Rita: Schulze-Delitzsch. Ein Beitrag zur Geschichte des Liberalismus zwischen Revolution und Reichsgründung. Baden-Baden 1984.

Arnswaldt, Werner Constantin von: Aus der Geschichte der Familie Varrentrapp. Frankfurt (Main) 1908.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt III: Bericht über die Thätigkeit der zur Erforschung der Cholera im Jahre 1883 nach Egypten und Indien entsandten Kommission. Berlin 1887.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt: Beiträge zur Beurtheilung des Nutzens der Schutzpockenimpfung nebst Mittheilungen über Maßregeln zur Beschaffung untadeliger Thierlymphe. Berlin 1888.

Bergdolt, Klaus: Der Schwarze Tod in Europa. Die Große Pest und das Ende des Mittelalters. München 1995.

Bertani, Mauro: Zur Genealogie der Biomacht. In: Stingelin, Martin (Hg.): Biopolitik und Rassismus. Frankfurt (M) 2003, 228-259.

- Bochalli, Richard: Die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte als Spiegelbild der Entwicklung der Naturwissenschaften und der Medizin. In: Frickhinger, H. W. (Hg.): Naturwissenschaftliche Rundschau, Jg. 1, 1 (1948), 275-278.
- Bohn, Heinrich: Handbuch der Vaccination, Leipzig 1875.
- Buess, Heinrich: Über den Beitrag deutscher Ärzte zur Arbeitsmedizin des 19. Jahrhunderts. In: Artelt, Walter; Ruegg, Walter (Hg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, 1, Stuttgart 1967, 166-177.
- Büttner, Lothar; Mayer, Bernhard: Gesundheitspolitik der revolutionären deutschen Arbeiterbewegung. Vom Bund der Kommunisten bis zum Thälmannschen ZK der KPD. Berlin 1984.
- Chalabäus, Theodor: Die staatliche Impfanstalt und das Gewinnen tierischer Schutzpockenlymphe in Dresden. Dresden 1911.
- Denzer, Heinrich: Die Brüder Reichensperger. In: Lau, Dieter; Heyen, Franz-Josef (Hg.): Vor-Zeiten. Geschichte in Rheinland-Pfalz, Mainz 1989, 201-218.
- Deppe, Hans-Ulrich: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt 1987.
- Detke, Barbara: Die asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preußischen Provinzen Posen, Preußen und Schlesien. Berlin 1995.
- Diepgen, Paul: Geschichte der Medizin, Bde. I und II. Berlin 1949.
- Dierksen, Günter: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe 1715-1977. Karlsruhe 1978.
- Dormeier, Heinrich: Ein geystliche Ertzeney fur die grausam erschrecklich pestilentz. In: Wilderotter, Hans (Hg.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1995, 54-93.
- Dorrmann, Michael: Das asiatische Ungeheuer. Die Cholera im 19. Jahrhundert. In: Wilderotter, Hans (Hg.): Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte. Berlin 1995, 202-275.
- Drais von Sauerbronn, C[arl] W[ilhelm] L[udwig] F[riedrich] Fhr.: Geschichte der Regierung und Bildung von Baden unter Carl Friederich. Karlsruhe 1816.
- Dworak, Sabine: Die Entwicklung des Impfwesens der Stadt Hamburg. Die Entwicklung der Pockenschutzimpfung von 1800 – 1940. Diss. med., Hamburg 1984.
- Eberhard-Metzger, Claudia; Ries, Renate: Verkannt und heimtückisch. Die ungebrochene Macht der Seuchen. Basel 1996.
- Eckart, Wolfgang U.: Medizinalordnungen. In: Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Bd. 7 (im Erscheinen).

- Eckart, Wolfgang U.: Öffentliches Gesundheitswesen. In: Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Bd. 7 (im Erscheinen).
- Eckart, Wolfgang U.: Medizinalordnungen. In: Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Bd. 7 (im Erscheinen).
- Eckart, Wolfgang U.; Jütte, Robert: Medizingeschichte. Eine Einführung. Köln, Weimar, Wien 2007.
- Eckart, Wolfgang U.: Geschichte der Medizin, 5., korrigierte und aktualisierte Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 2005.
- Eckart, Wolfgang U.: Betreffend die gemeingefährlichen Krankheiten. In: Süddeutsche Zeitung 169, 2/8, vom 25. Juli 2000.
- Eckart, Wolfgang U.: Sozialhygiene, Sozialmedizin. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie, 9 (1995), 1150-1156.
- Eckart, Wolfgang U.; Christoph Gradmann (Hg.): Ärztelexikon. Von der Antike bis zum 20. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg, New York u.a. 1995.
- Eimer, Chr[istian] H.: Die Blatternkrankheit in pathologischer und sanitätspolizeilicher Beziehung. Leipzig 1853.
- Engelhardt, Dietrich von (Hg.): Zwei Jahrhunderte Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Entwicklungen – Perspektiven. Stuttgart 1998.
- Engelhardt, Dietrich von: Die Geschichte der GDNÄ: <http://www.gdnae./werist/geschi.html> vom 24. Juli 2007.
- Evans, Richard J.: Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek bei Hamburg 1987.
- Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens, Bd.1. Berlin 1933.
- Fischer, Ilse; Zimmermann, Rüdiger: Unsere Sehnsucht in Worte kleiden. Friedrich-Ebert-Stiftung, Forschungszentrum. Bonn 2005.
- Foucault, Michel: In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975-76). Frankfurt (M) 1999.
- Frank, Johann Peter: Seine Selbstbiographie. Eingeleitet und mit Erläuterungen von Erna Lesky (Hg.). Stuttgart 1969.
- Frevort, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen 1984.
- Frick, Karl: Zur Geschichte der ersten Schutzpocken-Impfungen im Rheinland. In: Sudhoff's Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 43 (1959), 276-278.

- Genschorek, Wolfgang; Gläser, Albrecht: Robert Koch. Selbstloser Kampf gegen Seuchen und Infektionskrankheiten. Leipzig 1985.
- Giel, Franz Seraph: Die Schutzpocken-Impfung in Bayern vom Anbeginn ihrer Entstehung und gesetzlichen Einführung bis auf die gegenwärtige Zeit, dann mit besonderer Beobachtung derselben in auswärtigen Staaten. München 1830.
- Gins, Heinrich A. (Hg.): Aus der Zeit der Einführung des Jennerschen Schutzimpfungsverfahrens in Preußen. In: Arch. F. Gesch. Math. Nat.-Wiss. u. Technik 2 (1928), 80-87.
- Gizycki, Rainald von; Pfetsch, Frank R.: Die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte: Bildung von Sektionen und Abspaltung von Gesellschaften. In: Neuloh, Otto; Ruegg, Walter (Hg.): Innovationsforschung als multidisziplinäre Aufgabe, Beiträge zur Theorie und Wirklichkeit von Innovationen im 19. Jahrhundert. Studien zum Wandel von Gesellschaft und Bildung im Neunzehnten Jahrhundert 14, Göttingen 1975, 101-153.
- Gradmann, Christoph: Die Entdeckung der Cholera in Indien – Robert Koch und die DMW. In: Dtsch. Med. Wschr. 124, 40 (1999), 1187-1188.
- Gradmann, Christoph: Krankheit im Labor – Robert Koch und die medizinische Bakteriologie. Göttingen 2005.
- Hahn, Hermann; Langbein, Fritz (Hg.): Fünfzig Jahre Berliner Stadtentwässerung 1878-1928. Berlin 1928.
- Hamberger, Beatrice: Neue Seuchen sind auf dem Vormarsch – alte erleben eine Renaissance. Das Robert Koch-Institut – Deutschlands zentrale wissenschaftliche Institution für Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung. [www.schreibe-texte.de/Leseproben/-BM1\\_07\\_rki\\_portrait.pdf](http://www.schreibe-texte.de/Leseproben/-BM1_07_rki_portrait.pdf) vom 29. April 2008, 16.54 h.
- Hardy, Anne I.: Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts. Reihe Kultur der Medizin, Geschichte - Theorie - Ethik 17, Frankfurt, New York 2005.
- Haunfelder, Bernd: Die Liberalen Abgeordneten des Deutschen Reichstags 1871-1918. Biographisches Handbuch. Münster 2004.
- Heinsdorf, Juliane: Ein Geschenk Gottes. Propagierung der Impfung im Dienste Medizinischer Volksaufklärung. In: Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994, 60-70.
- Helmstädter, Axel: Zur Geschichte der deutschen Impfgegnerbewegung. In: Geschichte der Pharmazie 42, 2 (1990), 19-23.
- Henig, Eva-Maria; Krafft, Fritz: Pockenimpfstoffe in Deutschland. In: [www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/1999-38/titel.htm](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/pza/1999-38/titel.htm) vom 27.06.2008, 16.25 h.

- Herold-Schmidt, Hedwig: Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914. In: Jütte, Robert (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997, 43-95.
- Herrlich, Albert (Hg.): Die Pockenschutzimpfung. In: ders.: Handbuch der Schutzimpfungen. Berlin, Heidelberg, New York 1965, 60-65.
- Hobrecht, James: Über Reinigung und landwirtschaftliche Nutzbarmachung des Kanalwassers. In: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliches Gesundheitswesen 1 (1869), 65-85.
- Höltzcke, Inge: Die Tuberkulose lauert immer an der Tür der Armen. Die Schwindsucht im Laufe der Jahrhunderte – Heute ist sie vor allem ein globales Problem – Gespräch mit Dr. Oswinde Bock-Hensley und Prof. Dr. Wolfgang Uwe Eckart. In: Rhein-Neckar-Zeitung 69, Nr. 19 vom 22. März 2008.
- Hoffmeister, Alexander von: Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern: Wirken und Einfluß der Leib- und Hofärzte auf Gesetzgebung und Organisation. Neue Münchner Beiträge zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Medizinhist. Reihe 6, München 1975.
- Holländer, Eugen: Geschichte der Pocken und des Impfwesens. In: Lentz, Otto; Gins, Heinrich A. (Hg.): Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung. Berlin 1927, 225-240.
- Holsten, Jürgen: Das Kaiserliche Gesundheitsamt und die Pharmazie. Diss., FU Berlin 1978.
- Huerkamp, Claudia: The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public. In: Journal of Contemporary History 20 (1985), 617-635.
- Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen 1985.
- Humm, Caroline M.: Die Geschichte der Pockenschutzimpfung im Spiegel der Impfgegner. Diss. med., Univ. München 1986.
- Jahn, Ellen: Die Cholera in Medizin und Pharmazie im Zeitalter des Hygienikers Max von Pettenkofer. Stuttgart 1994.
- Jahn, Ilse: Gründung und Spezialisierung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte im 19. Jahrhundert – eine Neubesinnung. In: Engelhardt, Dietrich von (Hg.): Zwei Jahrhunderte Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Entwicklungen – Perspektiven. Stuttgart 1998, 101-122.
- Jütte, Robert: Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. München 1991.

- Jütte, Robert (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997.
- Die Kanalisation in der Stadtgemeinde Danzig. In: Sammelwerk der gesundheitlichen Fürsorgeeinrichtungen im Gebiet der Freien Stadt Danzig, hg. von der Gesundheitsverwaltung der Freien Stadt Danzig. Danzig 1928, 28-31.
- Kastner, Hermann: Der Impfzwang und das Reichs-Impfgesetz vom 8. April 1874. Jena, Diss. med., Univ. Berlin 1909.
- Kaulen, Hildegard: Im Würgegriff der Tuberkulose. In: [www.faz.net/...](http://www.faz.net/) vom 8. August 2007.
- Kermann, Joachim: Die pfälzische Revolution von 1849 und die Rolle der Polen. In: Rehm, Clemens; Becht, Hans-Peter; Hochstuhl, Kurt (Hg.): Baden 1848/49. Bewältigung und Nachwirkung einer Revolution. Speyer 2002, 95-132.
- Kies, Tobias: Verweigerte Moderne? Zur Geschichte der „Salpeterer“ im 19. Jahrhundert. Konstanz 2004.
- Kirchner, Martin: Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reich. Jena 1907.
- Kisskalt, Karl; Stoppenbrink, Clara: Die Alterssterblichkeit an Pocken vor Einführung der Impfung. In: Zeitschr. f. Hygiene 90 (1920), 478-488.
- Klinger, C.: Blatternepidemie des Jahres 1871 und die Impfung in Bayern. Nürnberg 1873.
- Koerting, Walther: Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung. In: Bayerisches Ärzteblatt 17 (1862), 88-103.
- Krämer, Gerd: Mann der Arbeit aufgewacht. Zur Geschichte der Altonaer Arbeiterbewegung zwischen 1848-1875. Hamburg 1994.
- Kübler, Paul: Geschichte der Pocken und der Impfung. Berlin (= Bibliothek v. Coler) 1901.
- Kürschner, Joseph: Der neue Reichstag. Stuttgart 1893.
- Lehner, Thomas (Hg.): Die Salpeterer. Berlin 1977.
- Leitschuh, Max: Die Matrikeln der Oberklassen des Wilhelmsgymnasiums in München, 4 Bd. München 2005.
- Lentz, Otto: Die gesetzliche Regelung der Pockenbekämpfung und der Impfung unter besonderer Berücksichtigung der preußisch-deutschen Gesetzgebung. In: Lentz, Otto; Gins, Heinrich A. (Hg.): Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung. Berlin 1927, 495-603.
- Loetz, Francisca: Vom Kranken zum Patienten, „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850. Med GG 10, Beiheft 2, Stuttgart 1993.
- Maehle, Andreas-Holger: Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem: Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874. In: Med GG 9 (1990), 127-148.

- Maehle, Andreas-Holger: Inokulation in Deutschland im Zeitalter der Aufklärung. In: Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994, 42-51.
- Magdeburger General-Anzeiger Am Sonntag, 11. Februar 2001, 2.
- Maler, Friedrich Wilhelm: Geschichte der Kuhpockenimpfungen im Kurfürstenthum Baden. Karlsruhe 1804.
- Matzel, Oskar: Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71. Düsseldorf 1977.
- Mihr, Volker; Tennstedt Florian; Winter, Heidi (Hg.): Sozialreform als Bürger- und Christenpflicht. Aufzeichnungen, Briefe und Erinnerungen des leitenden Ministerialbeamten Robert Bosse aus der Entstehungszeit der Arbeiterversicherung und des BGB (1878-1892). Stuttgart 2005.
- Mommsen, Wilhelm: Deutsche Parteiprogramme. München 1964.
- Münch, Ragnhild (Hg.): Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung. Berlin 1994.
- Münch, Ragnhild (Hg.): Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel. Berlin 1995.
- Nadav, Daniel S.: Julius Moses (1868-1942) und die Politik der Sozialhygiene in Deutschland. Gerlingen 1985.
- Oidtman, Heinrich: Die Zwangsimpfung der Thier- und Menschenblattern. Ein Warnungsruf gegen das Zwangsgesetz der Menschenimpfung. Düsseldorf 1874.
- Otto, Dagmar: Geschichte der Pockenschutzimpfung in Sachsen. Hausarbeit im Hauptseminar „Geschichte der Pockenschutzimpfung“ am Fachbereich Geschichtswissenschaften an der Freien Universität Berlin. Masch-Ms. 1993.
- Pastor, Ludwig: August Reichensperger. Freiburg 1899.
- Paul, Roland: Pfälzische politische Flüchtlinge 1849 in der Schweiz – zwischen Rückkehr und Übersee-Emigration. In: Fenske, Hans; Kermann, Joachim; Scherer, Karl (Hg.): Die Pfalz und die Revolution 1848/49, II. Kaiserslautern 2000, 263-287.
- Pfannenstiel, Max: Kleines Quellenbuch zur Geschichte der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte. Gedächtnisschrift für die hundertste Tagung der Gesellschaft. Berlin, Heidelberg 1968.
- Post, Hans-Peter: Das Medizinalwesen im Hochstift Speyer im 18. Jahrhundert unter besonderer Berücksichtigung der Reformen Johann Peter Franks. Diss. med., Univ. Heidelberg 1984.

- Prinz, Carl Gottlob: Praktische Abhandlung über die Wiedererzeugung der Schutzpockenlymphe durch Übertragung derselben auf Rinder und andere impffähige Haustiere. Dresden 1839.
- Probst, Christian: Die Reform des Medizinalwesens in Bayern zwischen 1799 und 1808. In: Weis, Eberhard (Hg.), Reformen im Rheinbündischen Deutschland. München 1984, 195-212.
- Rhein-Neckar-Zeitung: Die Pandemie wird kommen – irgendwann. Katastrophenübung von Bund und Ländern spielt Horrorszenario einer weltweiten Grippewelle durch. Heidelberg, Nr. 258, 17, 8. November 2007.
- Richter, Götz-Michael: Hermann Eberhard Richter: Leben und Werk eines großen Dresdner Arztes. Diss. med., Univ. Dresden 1964.
- Rosen, George: Die Entwicklung der sozialen Medizin. In: Deppe, Hans-Ulrich; Regus, Michael (Hg.): Seminar: Med GG. Frankfurt 1975, 74-131.
- Rupp, Johannes-Peter: Die Entwicklung der Impfgesetzgebung in Hessen. In: Medizinhistorisches Journal 10 (1975), 103-120.
- Sahmland, Irmtraut; Schermuly, Willi: Joachim Struppis und seine Idee der Gesundheitsfürsorge. In:  
[http:// www.paediatric-hautnah.de/pdf.php?url = /archiv/2002/03/ph0203\\_130.pdf.](http://www.paediatric-hautnah.de/pdf.php?url=/archiv/2002/03/ph0203_130.pdf), 54-56.
- Salaba, Marie: Soziale Lage und Revolution. In: Baden Land-Staat-Volk 1806-1871. Karlsruhe 1980, 113-156.
- Schipperges, Heinrich: Rudolf Virchow. Hamburg 1994.
- Schmiedtgen, J[ohann], G[ottfried], D[aniel] (Hg.): Die Kuhpockenimpfung. Leipzig 1801.
- Schmidt, Martin: Graf Posadowsky. Staatssekretär des Reichsschatzamt und des Reichsamtes des Inneren 1893-1907. Halle 1935.
- Schmidt, Walter; Becker, Gerhard: Illustrierte Geschichte der deutschen Revolution 1848/49. Berlin 1973.
- Schröder, Wilhelm Heinz: Sozialdemokratische Parlamentarier in den Deutschen Reichs- und Landtagen 1867-1933. Biographien-Chronik. Handbuch. Düsseldorf 1995.
- Schulz, Matthias: Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik. Berlin 1888.
- Siegel, [...]: Beiträge zur Pockenstatistik insbesondere aus der Leipziger Epidemie von 1871. In: Archiv der Heilkunde 14 (1873), 124-156.
- Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981.
- Staenglen, Karl: Die Pockenimpfung in Vergangenheit und Gegenwart. Tuttligen 1946.

- Stein, Jürgen: Die Pockenvakzination in Preußen bis zum Reichsimpfgesetz von 1874 unter besonderer Berücksichtigung des Regierungsbezirkes Frankfurt (Oder). In: Geschichte der Medizin, Z. ärztl. Fortbild. 81 (1987), 1081-83.
- Stiefel, Karl: Baden 1648-1952, Bd. II. Karlsruhe 1977.
- Stolberg, Michael: Heilkunde zwischen Staat und Bevölkerung. Angebot und Annahme medizinischer Versorgung in Oberfranken im frühen 19. Jahrhundert. Diss. med., TU München 1986.
- Stolberg, Michael: Theorie und Praxis der Cholerabekämpfung im 19. Jahrhundert. Deutschland und Italien im Vergleich. In: Eckart, Wolfgang U.; Jütte, Robert (Hg.): Das europäische Gesundheitssystem. Stuttgart 1994, 51-72.
- Thomas, L[udwig].: Beiträge zur Pockenstatistik insbesondere aus der Leipziger Epidemie von 1871. In: Archiv der Heilkunde 13 (1872), 167-191.
- Trüb, Paul C. L.; Posch, Josef; Richter, Karl-Heinz: Historische Studie über die Gesundheitsschäden nach Pockenschutzimpfungen. In: Med. Mschr. 26, 3 (1972), 118-121.
- Trüb, Paul C. L.; Posch, Josef; Richter, Karl-Heinz: Die Gegner der Pockenschutzimpfung und ihre Propaganda im 19. Jahrhundert und später. In: Med. Mschr. 27, 2 (1973), 68-77.
- Tutzke, Dietrich: Blatternsterblichkeit und Schutzpockenimpfung in der Oberlausitz zu Beginn des 19. Jahrhunderts. In: Archiv für Hygiene 139 (1955), 75-84.
- Varrentrapp, Georg: Zur Frage der Rätlichkeit der Abstimmungen in einigen Sektionen der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Berlin 1869.
- Vasold, Manfred: Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute. München 1991.
- Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Bd. 7. Berlin 1883.
- Virchow, Rudolf: Die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medicin. Berlin 1849.
- Virchow, Rudolf: Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. In: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, 2. Berlin 1849, 143-322.
- Virchow, Rudolf: Öffentliche Gesundheitspflege und Medicinalreform, Die Medicinische Reform. In: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der Öffentlichen Medizin und Seuchenlehre, Bd. 1. Berlin 1879, 3-77.
- Virchow, Rudolf: Öffentliche Gesundheitspflege und Medicinalreform, Die Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege im Norddeutschen Bunde. Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen. In: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der Öffentlichen Medizin und Seuchenlehre, Bd. 1. Berlin 1879, 78-107.

- Volz, Robert (Hg.): Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins. Karlsruhe 1849.
- Weber, Reinhard: Ärzte und Medizinalwesen im 19. Jahrhundert. In: *ÄrzteAmperland* 4 (1993), 174-180.
- Weech, Friedrich von: Karlsruhe. Geschichte der Stadt und ihrer Verwaltung. Karlsruhe 1893.
- Weigel, Dagmar: Die „Embassy Letters“ der Lady Mary Wortley Montagu. In: Münch, Ragnhild (Hg.): *Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik, Begleitbuch zur Ausstellung*. Berlin 1994, 35-41.
- Weiß, Barbara: *Das Stuttgarter Rumpfparlament 1849*. Stuttgart 1999.
- Wiebe, Eduard: *Über die Reinigung und Entwässerung der Stadt Berlin*, 2 Bde. Berlin 1861.
- Wieninger, Karl: *Max von Pettenkofer*. München 1987.
- Wiesinger, Bettina: *Das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung in Bayern 1800 – 1860*. Diss. med., TU München 1995.
- Wilderotter, Hans (Hg.): *Alle dachten, das Ende der Welt sei gekommen*. In: ders.: *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte*. Berlin 1995, 12-53.
- Wischhöfer, Bettina: *Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft in der Aufklärung. Das Beispiel Lippe 1750 - 1830*. Frankfurt 1991.
- Wolff, Eberhard: *Der „Medizinische Kulturkampf“*. Die Medikalisierung des Patienten durch die Pockenschutzimpfung im 19. Jahrhundert. In: Hahn, Susanne; Thom, Achim (Hg.): *Ergebnisse und Perspektiven sozialhistorischer Forschung in der Medizingeschichte, Kolloquium zum 100. Geburtstag von Henry Ernest Sigerist (1891-1957), 12.-14. Juni 1991, Karl-Sudhoff-Institut, Universität Leipzig, Protokoll*. Leipzig 1991, 89-103.
- Wolff, Eberhard: *Medikalkultur und Modernisierung. Über die Industrialisierung des Gesundheitsverhaltens durch die Pockenschutzimpfung und deren Grenzen im 19. Jahrhundert*. In: Dauskardt, Michael; Gerndt, Helge (Hg.): *Der industrialisierte Mensch*. 28. Deutscher Volkskunde-Kongress in Hagen. Münster 1993, 191-212.
- Wolff, Eberhard: *Die Schlacht auf dem Zahlenberge. Impfgegnerschaft im späten 19. Jahrhundert – das Beispiel Sachsens*. In: Münch, Ragnhild (Hg.): *Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik*. Berlin 194, 113-128.
- Wolff, Eberhard: *Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und Wissenschaftsorientierung*. In: Dinges, Martin (Hg.): *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933)*. Med GG, Beiheft 9, Stuttgart 1996, 79-108.
- Wolff, Eberhard: *Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts*. Med GG, Beiheft 10 (= Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung). Stuttgart 1998.

Wunderlich, Carl Reinhold August: Mittheilungen über die gegenwärtige Pockenepidemie. In:  
Archiv der Heilkunde 13 (1872), 97-106.

Wurm, Emanuel (Hg.): Gesundheitsschutz in Staat, Gemeinde und Familie. Stuttgart 1901.

### **Abkürzungen**

DR = Drucksachen des Deutschen Reichstags

Sten.Ber. = Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Deutschen Reichstags

Sten.Ber. Anl. = Anlagen zu den Stenographischen Berichten über die Verhandlungen  
des Deutschen Reichstags

Sten.Ber. NB = Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags  
des Norddeutschen Bundes

Sten.Ber. NB Anl. = Anlagen zu den Stenographischen Berichten über die Verhandlungen  
des Reichstags des Norddeutschen Bundes

## **Anhang**

1. Impfgesetz, vom 18. April 1874 (Reichsgesetzblatt 1874, Nr. 996, 11:31-34).
2. Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 (Reichsgesetzblatt 1900, Nr. 2686, 306-317).

# Reichs-Gesetzblatt.

No 11.

Inhalt: Impfgesetz. S. 31.

(Nr. 996.) Impfgesetz. Vom 8. April 1874.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen u.

verordnen im Namen des Deutschen Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesraths und des Reichstags, was folgt:

## §. 1.

Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden:

- 1) jedes Kind vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugniß (§. 10) die natürlichen Blattern überstanden hat;
- 2) jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule, mit Ausnahme der Sonntags- und Abendschulen, innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das zwölfte Lebensjahr zurücklegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugniß in den letzten fünf Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist.

## §. 2.

Ein Impfpflichtiger (§. 1), welcher nach ärztlichem Zeugniß ohne Gefahr für sein Leben oder für seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist binnen Jahresfrist nach Aufhören des diese Gefahr begründenden Zustandes der Impfung zu unterziehen.

Ob diese Gefahr noch fortbesteht, hat in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt (§. 6) endgültig zu entscheiden.

## §. 3.

Ist eine Impfung nach dem Urtheile des Arztes (§. 5) erfolglos geblieben, so muß sie spätestens im nächsten Jahre und, falls sie auch dann erfolglos bleibt, im dritten Jahre wiederholt werden.

Die zuständige Behörde kann anordnen, daß die letzte Wiederholung der Impfung durch den Impfarzt (§. 6) vorgenommen werde.

## §. 4.

Ist die Impfung ohne gesetzlichen Grund (§§. 1, 2) unterblieben, so ist sie binnen einer von der zuständigen Behörde zu setzenden Frist nachzuholen.

## §. 5.

Jeder Impfling muß frühestens am sechsten, spätestens am achten Tage nach der Impfung dem impfenden Arzte vorgestellt werden.

## §. 6.

In jedem Bundesstaate werden Impfbezirke gebildet, deren jeder einem Impfarzte unterstellt wird.

Der Impfarzt nimmt in der Zeit vom Anfang Mai bis Ende September jeden Jahres an den vorher bekannt zu machenden Orten und Tagen für die Bewohner des Impfbezirks Impfungen unentgeltlich vor. Die Orte für die Vornahme der Impfungen, sowie für die Vorstellung der Impflinge (§. 5) werden so gewählt, daß kein Ort des Bezirks von dem nächst belegenen Impf-orte mehr als 5 Kilometer entfernt ist.

## §. 7.

Für jeden Impfbezirk wird vor Beginn der Impfzeit eine Liste der nach §. 1, Ziffer 1 der Impfung unterliegenden Kinder von der zuständigen Behörde aufgestellt. Ueber die auf Grund des §. 1, Ziffer 2 zur Impfung gelangenden Kinder haben die Vorsteher der betreffenden Lehranstalten eine Liste anzufertigen.

Die Impfarzte vermerken in den Listen, ob die Impfung mit oder ohne Erfolg vollzogen, oder ob und weshalb sie ganz oder vorläufig unterblieben ist.

Nach dem Schlusse des Kalenderjahres sind die Listen der Behörde einzureichen.

Die Einrichtung der Listen wird durch den Bundesrath festgestellt.

## §. 8.

Außer den Impfarzten sind ausschließlich Aerzte befugt, Impfungen vorzunehmen.

Sie haben über die ausgeführten Impfungen in der im §. 7 vorgeschriebenen Form Listen zu führen und dieselben am Jahreschluß der zuständigen Behörde vorzulegen.

## §. 9.

Die Landesregierungen haben nach näherer Anordnung des Bundesraths dafür zu sorgen, daß eine angemessene Anzahl von Impfinstituten zur Beschaffung und Erzeugung von Schutzpockenlymphe eingerichtet werde.

Die Impfinstitute geben die Schutzpockenlymphe an die öffentlichen Impfarzte unentgeltlich ab und haben über Herkunft und Abgabe derselben Listen zu führen.

Die öffentlichen Impffärzte sind verpflichtet, auf Verlangen Schutzpockenlymphe, soweit ihr entbehrlicher Vorrath reicht, an andere Aerzte unentgeltlich abzugeben.

#### §. 10.

Ueber jede Impfung wird nach Feststellung ihrer Wirkung (§. 5) von dem Arzte ein Impfschein ausgestellt. In dem Impfschein wird, unter Angabe des Vor- und Zunamens des Impflings, sowie des Jahres und Tages seiner Geburt, bescheinigt, entweder,

daß durch die Impfung der gesetzlichen Pflicht genügt ist,  
oder,

daß die Impfung im nächsten Jahre wiederholt werden muß.

In den ärztlichen Zeugnissen, durch welche die gänzliche oder vorläufige Befreiung von der Impfung (§§. 1, 2) nachgewiesen werden soll, wird, unter der für den Impfschein vorgeschriebenen Bezeichnung der Person, bescheinigt, aus welchem Grunde und auf wie lange die Impfung unterbleiben darf.

#### §. 11.

Der Bundesrath bestimmt das für die vorgedachten Bescheinigungen (§. 10) anzuwendende Formular.

Die erste Ausstellung der Bescheinigungen erfolgt stempel- und gebührenfrei.

#### §. 12.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder sind gehalten, auf amtliches Erfordern mittelst der vorgeschriebenen Bescheinigungen (§. 10) den Nachweis zu führen, daß die Impfung ihrer Kinder und Pflegebefohlenen erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grunde unterblieben ist.

#### §. 13.

Die Vorsteher derjenigen Schulanstalten, deren Zöglinge dem Impfwange unterliegen (§. 1, Ziffer 2), haben bei der Aufnahme von Schülern durch Einfordern der vorgeschriebenen Bescheinigungen festzustellen, ob die gesetzliche Impfung erfolgt ist.

Sie haben dafür zu sorgen, daß Zöglinge, welche während des Besuches der Anstalt nach §. 1, Ziffer 2 impfpflichtig werden, dieser Verpflichtung genügen.

Ist eine Impfung ohne gesetzlichen Grund unterblieben, so haben sie auf deren Nachholung zu dringen.

Sie sind verpflichtet, vier Wochen vor Schluß des Schuljahres der zuständigen Behörde ein Verzeichniß derjenigen Schüler vorzulegen, für welche der Nachweis der Impfung nicht erbracht ist.

#### §. 14.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, welche den nach §. 12 ihnen obliegenden Nachweis zu führen unterlassen, werden mit einer Geldstrafe bis zu zwanzig Mark bestraft.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlene ohne gesetzlichen Grund und trotz erfolgter amtlicher Aufforderung der Impfung oder der ihr folgenden Gestellung (§. 5) entzogen geblieben sind, werden mit Geldstrafe bis zu fünfzig Mark oder mit Haft bis zu drei Tagen bestraft.

§. 15.

Ärzte und Schulvorsteher, welche den durch §. 8 Absatz 2, §. 7 und durch §. 13 ihnen auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, werden mit Geldstrafe bis zu einhundert Mark bestraft.

§. 16.

Wer unbefugter Weise (§. 8) Impfungen vornimmt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen bestraft.

§. 17.

Wer bei der Ausführung einer Impfung fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu fünfhundert Mark oder mit Gefängnißstrafe bis zu drei Monaten bestraft, sofern nicht nach dem Strafgesetzbuch eine härtere Strafe eintritt.

§. 18.

Die Vorschriften dieses Gesetzes treten mit dem 1. April 1875 in Kraft. Die einzelnen Bundesstaaten werden die zur Ausführung erforderlichen Bestimmungen treffen.

Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Bestimmungen über Zwangsimpfungen bei dem Ausbruch einer Pocken-Epidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insignel.

Gegeben Berlin, den 8. April 1874.

(L. S.)

Wilhelm.

Fürst v. Bismarck.

---

Herausgegeben im Reichskanzler-Amt.

Berlin, gedruckt in der königlichen Geheimen Ober-Hofbuchdruckerei  
(H. v. Deder).

(Nr. 2686.) Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Vom 30. Juni 1900.

# Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen ꝛ.

verordnen im Namen des Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesraths und des Reichstags, was folgt:

## Anzeigepflicht.

### §. 1.

Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Ausatz (Peptra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern), sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsorts zur Anzeige zu bringen.

### §. 2.

Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

### §. 3.

Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Flossführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrath ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

## §. 4.

Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

## §. 5.

Landesrechtliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Durch Beschluß des Bundesraths können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§. 1 bis 4) auf andere als die im §. 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

### Ermittlung der Krankheit.

## §. 6.

Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im §. 1 Abs. 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntniß erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Nothfällen kann der beamtete Arzt die Ermittlung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

In Ortschaften mit mehr als 10 000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Abs. 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Theile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittlungen nur im Einverständnisse mit der unteren Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

## §. 7.

Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittlungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Deffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung beizuwohnen.

Die in §§. 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu ertheilen.

#### §. 8.

Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

#### §. 9.

Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mittheilung zu machen; sie bleiben solange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweite Verfügung getroffen wird.

#### §. 10.

Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

### **Schutzmaßregeln.**

#### §. 11.

Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§. 12 bis 21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

#### §. 12.

Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

#### §. 13.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Theile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken auf-

gehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.

#### §. 14.

Für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit thunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung nothwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Abs. 2 sinngemäße Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält.

Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.

#### §. 15.

Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind,

1. hinsichtlich der gewerbmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Ueberwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen; die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind,
2. Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen auszuschließen,

3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken,
4. die in der Schifffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen,
5. den Schifffahrts- und Flößereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

#### §. 16.

Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche fern gehalten werden. Hinsichtlich der sonstigen für die Schulen anzuordnenden Schutzmaßregeln bewendet es bei den landesrechtlichen Bestimmungen.

#### §. 17.

In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

#### §. 18.

Die gänzliche oder theilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerlässlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

#### §. 19.

Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaaren ist bei Ausfall, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werthe der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

#### §. 20.

Zum Schutze gegen Pest können Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderem Ungeziefer angeordnet werden.

## §. 21.

Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

## §. 22.

Die Bestimmungen über die Ausführung der in den §§. 12 bis 21 vorgesehenen Schutzmaßregeln, insbesondere der Desinfektion, werden vom Bundesrath erlassen.

## §. 23.

Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten nothwendig sind, zu treffen. Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des §. 37 Abs. 2 Anwendung.

## §. 24.

Zur Verhütung der Einschleppung der gemeingefährlichen Krankheiten aus dem Auslande kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht sowie

1. der Einlaß anderer dem Personen- oder Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge,
2. die Ein- und Durchfuhr von Waaren und Gebrauchsgegenständen,
3. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen,

verboten oder beschränkt werden.

Der Bundesrath ist ermächtigt, Vorschriften über die hiernach zu treffenden Maßregeln zu beschließen. Soweit sich diese Vorschriften auf die gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Seeschiffe beziehen, können sie auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

## §. 25.

Wenn eine gemeingefährliche Krankheit im Auslande oder im Küstengebiete des Reichs ausgebrochen ist, so bestimmt der Reichskanzler oder für das Gebiet des zunächst bedrohten Bundesstaats im Einvernehmen mit dem Reichskanzler die Landesregierung, wann und in welchem Umfange die gemäß §. 24 Abs. 2 erlassenen Vorschriften in Vollzug zu setzen sind.

## §. 26.

Der Bundesrath ist ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung von Gesundheitspässen für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen.

## §. 27.

Der Bundesrath ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.

**Entschädigungen.**

## §. 28.

Personen, welche der Invalidenversicherung unterliegen, haben für die Zeit, während der sie auf Grund des §. 12 in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte beschränkt oder auf Grund des §. 14 abgesondert sind, Anspruch auf eine Entschädigung wegen des ihnen dadurch entgangenen Arbeitsverdienstes, bei deren Berechnung als Tagesarbeitsverdienst der dreihundertste Theil des für die Invalidenversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes zu Grunde zu legen ist.

Dieser Anspruch fällt weg, insoweit auf Grund einer auf gesetzlicher Verpflichtung beruhenden Versicherung wegen einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit Unterstützung gewährt wird oder wenn eine Verpflegung auf öffentliche Kosten stattfindet.

## §. 29.

Für Gegenstände, welche in Folge einer nach Maßgabe dieses Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauche nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist, vorbehaltlich der in §§. 32 und 33 angegebenen Ausnahmen, auf Antrag Entschädigung zu gewähren.

## §. 30.

Als Entschädigung soll der gemeine Werth des Gegenstandes gewährt werden ohne Rücksicht auf die Minderung des Werthes, welche sich aus der Ausnahme ergibt, daß der Gegenstand mit Krankheitsstoff behaftet sei. Wird der Gegenstand nur beschädigt oder theilweise vernichtet, so ist der verbleibende Werth auf die Entschädigung anzurechnen.

## §. 31.

Die Entschädigung wird, sofern ein anderer Berechtigter nicht bekannt ist, demjenigen gezahlt, in dessen Gewahrsam sich der beschädigte oder vernichtete Gegenstand zur Zeit der Desinfektion befand. Mit dieser Zahlung erlischt jede Entschädigungsverpflichtung aus §. 29.

## §. 32.

Eine Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes wird nicht gewährt:

1. für Gegenstände, welche im Eigenthume des Reichs, eines Bundesstaats oder einer kommunalen Körperschaft sich befinden;
2. für Gegenstände, welche entgegen einem auf Grund des §. 15 Nr. 1 oder des §. 24 erlassenen Verbot aus- oder eingeführt worden sind.

## §. 33.

Der Anspruch auf Entschädigung fällt weg:

1. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde, die beschädigten oder vernichteten Gegenstände oder einzelne derselben an sich gebracht hat, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß dieselben bereits mit dem Krankheitsstoffe behaftet oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren;
2. wenn derjenige, welchem die Entschädigung zustehen würde oder in dessen Gewahrsam die beschädigten oder vernichteten Gegenstände sich befanden, zu der Desinfektion durch eine Zuwiderhandlung gegen dieses Gesetz oder eine auf Grund desselben getroffene Anordnung Veranlassung gegeben hat.

## §. 34.

Die Kosten der Entschädigungen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Im Uebrigen bleibt der landesrechtlichen Regelung vorbehalten, Bestimmungen darüber zu treffen:

1. von wem die Entschädigung zu gewähren und wie dieselbe aufzubringen ist,
2. binnen welcher Frist der Entschädigungsanspruch geltend zu machen ist,
3. wie die Entschädigung zu ermitteln und festzustellen ist.

### Allgemeine Vorschriften.

## §. 35.

Die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen. Sie können nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.

Das Verfahren, in welchem über die hiernach gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen zu entscheiden ist, richtet sich nach Landesrecht.

## §. 36.

Beamtete Aerzte im Sinne dieses Gesetzes sind Aerzte, welche vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist.

An Stelle der beamteten Aerzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Aerzte zugezogen werden. Innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrags gelten die Letzteren als beamtete Aerzte und sind befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Aerzten übertragen sind.

## §. 37.

Die Anordnung und Leitung der Abwehr- und Unterdrückungsmaßregeln liegt den Landesregierungen und deren Organen ob.

Die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

Die Kosten der auf Grund des §. 6 angestellten behördlichen Ermittlungen, der Beobachtung in den Fällen des §. 12, ferner auf Antrag die Kosten der auf Grund des §. 19 polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion und der auf Grund des §. 21 angeordneten besonderen Vorsichtsmaßregeln für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

Die Landesregierungen bestimmen, welche Körperschaften unter der Bezeichnung Gemeinde, weiterer Kommunalverband und kommunale Körperschaft zu verstehen sind.

## §. 38.

Die Behörden der Bundesstaaten sind verpflichtet, sich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gegenseitig zu unterstützen.

## §. 39.

Die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt, insoweit davon

1. dem aktiven Heere oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen,
2. Personen, welche in militärischen Dienstgebäuden oder auf den zur Kaiserlichen Marine gehörigen oder von ihr gemietheten Schiffen und Fahrzeugen untergebracht sind,
3. marschirende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppentheile des Heeres und der Marine sowie die Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände derselben,
4. ausschließlich von der Militär- oder Marineverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden, den Militär- und Marinebehörden ob.

Auf Truppenübungen finden die nach diesem Gesetze zulässigen Verkehrsbeschränkungen keine Anwendung.

Der Bundesrath hat darüber Bestimmung zu treffen, inwieweit von dem Auftreten des Verdachts und von dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit sowie von dem Verlauf und dem Erlöschen der Krankheit sich die Militär- und Polizeibehörden gegenseitig in Kenntniß zu setzen haben.

#### §. 40.

Für den Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverkehr sowie für Schiffahrtsbetriebe, welche im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der staatlichen Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, liegt die Ausführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den zuständigen Reichs- und Landesbehörden ob.

Inwieweit die auf Grund dieses Gesetzes polizeilich angeordneten Verkehrsbeschränkungen und Desinfektionsmaßnahmen

1. auf Personen, welche während der Beförderung als krank, krankheits- oder ansteckungsverdächtig befunden werden,
2. auf die im Dienste befindlichen oder aus dienstlicher Veranlassung vorübergehend außerhalb ihres Wohnsitzes sich aufhaltenden Beamten und Arbeiter der Eisenbahn-, Post- und Telegraphenverwaltungen sowie der genannten Schiffahrtsbetriebe

Anwendung finden, bestimmt der Bundesrath.

#### §. 41.

Dem Reichskanzler liegt ob, die Ausführung dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zu überwachen.

Wenn zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten Maßregeln erforderlich sind, von welchen die Gebiete mehrerer Bundesstaaten betroffen werden, so hat der Reichskanzler oder ein von ihm bestellter Kommissar für Herstellung und Erhaltung der Einheit in den Anordnungen der Landesbehörden zu sorgen und zu diesem Behufe das Erforderliche zu bestimmen, in dringenden Fällen auch die Landesbehörden unmittelbar mit Anweisungen zu versehen.

#### §. 42.

Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Der Bundesrath ist ermächtigt zu bestimmen, inwieweit im späteren Verlaufe dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Mittheilungen über Erkrankungs- und Todesfälle zu machen sind.

#### §. 43.

In Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wird ein Reichs-Gesundheitsrath gebildet. Die Geschäftsordnung wird vom Reichskanzler mit Zu-

stimmung des Bundesraths festgestellt. Die Mitglieder werden vom Bundesrathe gewählt.

Der Reichs-Gesundheitsrath hat das Gesundheitsamt bei der Erfüllung der diesem Amte zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ansuchen Rath zu ertheilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

### **Strafvorschriften.**

#### **§. 44.**

Mit Gefängniß bis zu drei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an Andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an Andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den auf Grund des §. 22 vom Bundesrathe beschlossenen Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Geräthschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder Anderen zur Benutzung überläßt.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark erkannt werden.

#### **§. 45.**

Mit Geldstrafe von zehn bis einhundertfünfzig Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§. 2, 3 oder nach den auf Grund des §. 5 vom Bundesrathe beschlossenen Vorschriften obliegende Anzeige unterläßt oder länger als vierundzwanzig Stunden, nachdem er von der anzuzeigenden Thatsache Kenntniß erhalten hat, verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer im Falle des §. 7 dem beamteten Arzte den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;

3. wer den Bestimmungen im §. 7 Abs. 3 zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund des §. 13 erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§. 46.

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer den im Falle des §. 9 von dem beamteten Arzte oder dem Vorsteher der Ortschaft getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den auf Grund des §. 10 von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer den auf Grund des §. 12, des §. 14 Abs. 5, der §§. 15, 17, 19 bis 22 getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. wer den auf Grund der §§. 24, 26, 27 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt.

**Schlussbestimmungen.**

§. 47.

Die vom Bundesrathe zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen allgemeinen Bestimmungen sind dem Reichstage zur Kenntniß mitzutheilen.

§. 48.

Landesrechtliche Vorschriften über die Bekämpfung anderer als der im §. 1 Abs. 1 genannten übertragbaren Krankheiten werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

§. 49.

Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insignel.

Gegeben Travemünde, den 30. Juni 1900.

(L. S.)

Wilhelm.

Graf von Posadowsky.