
Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive

Jörg Vögele, unter Mitarbeit von Ulrich Koppitz und Hideharu Umehara

Seuchenzüge treten definitionsgemäß in Intervallen auf. Da ihre Ätiologie und Epidemiologie im Vorfeld zunächst meist mit erheblichen Unsicherheiten behaftet sind, werden historische Denkweisen und Analogien herangezogen, um Seuchengefahren zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu treffen. Die zugrunde liegenden Traditionen lassen sich teilweise über Jahrzehnte oder gar Jahrhunderte zurück verfolgen.¹ Zur Bekämpfung von AIDS wurden beispielsweise sozialhygienische Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen erfolgreich umgesetzt.² Auch die Einschätzung des sogenannten Schweinegrippevirus H1N1 erfolgte aufgrund historischer Erfahrung (1918/19) bzw. archäologisch-molekularbiologischer Rekonstruktionen.³ Epidemien und auch Pandemien bilden daher ein klassisches Thema der Medizingeschichte⁴ mit zahlreichen Anknüpfungspunkten zur Sozial-, Wirtschafts- und Kulturgeschichte. Der zeitliche Schwerpunkt der Forschung liegt dabei auf dem 18. und vor allem 19.

-
- 1 Heather MacDougall, "Toronto's Health Department in Action: Influenza in 1918 and SARs in 2003," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 62 (2007), 56-89.
 - 2 Jan Leidel, „AIDS - zur Frühgeschichte der Krankheit in Köln,“ in: *Krank - gesund: 2000 Jahre Krankheit und Gesundheit in Köln*, ed. Thomas Deres (Köln: Kölnisches Stadt-Museum, 2005), 298-305.
 - 3 Jeffery K. Taubenberger, J. V. Hultin and D. M. Morens, "Discovery and Characterization of the 1918 Pandemic Influenza Virus in Historical Context," *Antiviral Therapy* 12 (2007), 581-591; S. M. Zimmer and D. S. Burke, "Historical Perspective - Emergence of Influenza a (H1n1) Viruses," *New England Journal of Medicine* 361 (2009), 279-285. Zur medizinhistorischen Literaturlage H. Philips, "The Re-Appearing Shadow of 1918: Trends in the Historiography of the 1918-19 Influenza Pandemic," *Canadian Bulletin of Medical History* 21 (2004), 121-134.
 - 4 Heinrich Häser, *Bibliotheca epidemiographica* (Greifswald: Libr. acad., 1862); K. F. Kiple (ed.), *The Cambridge world history of human disease* (Cambridge: CUP, 1993).

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

J. Vögele et al. (Hrsg.), *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive*,
Edition Centaurus – Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte,
DOI 10.1007/978-3-658-13875-2_1

Jahrhundert; hier ist die Zahl der vorliegenden Studien nahezu abundant, wobei regelmäßig auf neue Wege in der Seuchengeschichte hingewiesen wird.⁵

Im Folgenden sollen deshalb zunächst (1.) globale langfristige Entwicklung der Epidemien auf der Basis einer historischen Epidemiologie skizziert werden. Anschließend sollen (2.) einige ausgewählte Zugangsmöglichkeiten skizziert und im Anschluss umgekehrt ausgehend von ausgewählten Gastroenteritiden potentielle Zugänge zu einer Geschichte der Seuchen abgeleitet werden.

Schließlich werden (3.) die in diesem Band veröffentlichten Beiträge zur internationalen Arbeitstagung „*Epidemics and Pandemics in Historical Perspective*“, die im Oktober 2011 anlässlich des 65. Geburtstags von Alfons Labisch in Düsseldorf organisiert wurde, im Überblick vorgestellt.⁶

Danksagung

Der besondere Dank der Herausgeber gilt der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), der Heinrich-Heine-Universität, der Philosophischen und der Medizinischen Fakultät, welche die Tagung finanziell unterstützt haben, sowie der Anton Betz Stiftung für einen Druckkostenzuschuss. Schließlich danken wir auch den vielen Mitgliedern des Instituts für Geschichte der Medizin, die an Tagung und Tagungsband mitgewirkt haben.⁷

5 R. Otto, R. Spree und J. Vögele, „Seuchen und Seuchenbekämpfung in deutschen Städten während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Stand und Desiderate der Forschung,“ *Medizinhistorisches Journal* 25 (1990), 286-304; Martin Dinges und Thomas Schlich, Hrsg., *Neue Wege in der Seuchengeschichte* (Stuttgart: Steiner 1995).

6 Vgl. den Tagungsbericht: *Epidemics and Pandemics in Historical Perspective*, 27.10.2011 – 29.10.2011 Düsseldorf, in: H-Soz-Kult, 09.02.2012, www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-4007. Bibliographien von Alfons Labisch und den Institutsmitgliedern sind veröffentlicht in Jörg Vögele, ed., *Retrospektiven - Perspektiven. Das Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 1991 bis 2011* (Düsseldorf: Düsseldorf University Press, 2013), Informationen zum Rektorat und darüber hinaus sind mittlerweile publiziert in: Max Plassmann und Hans Süßmuth, *Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Von der Gründung zur Exzellenz* (Düsseldorf: DUP, 2015).

7 Dank für die Tagungsorganisation und -durchführung geht an Marita Bruijns-Pötschke, Vanessa Miller, Christa Reißmann und vor allem Birgit Uehlecke. Für die Redaktion des Bandes danken die Herausgeber Kathrin Heper, Ulrich Koppitz, Isabell Nießen, Luisa Rittershaus, Marie-Isabelle Schwarzburger, Saskia Trapp und vor allem Sophia Sotke.

1 Der Epidemiologische Übergang

Das langfristige Absinken der Sterbeziffern und der Wandel des Todesursachenpanoramas werden im Folgenden unter dem von Abdel R. Omran in den 1970er Jahren vorgeschlagenen Konzept des Epidemiologischen Übergangs zusammengefasst. Es beschreibt die Entwicklungstrends der Sterberate analog zu den verschiedenen Phasen des demographischen Übergangs und geht von Wechselwirkungen zwischen dem durchschnittlichen Gesundheitszustand einer Bevölkerung und dem sozioökonomischen Wandel aus. Drei Phasen werden unterschieden:

Das Konzept des Epidemiologischen Übergangs unterscheidet drei regelhaft ablaufende Phasen:⁸

1. die *Periode der Seuchen und Hungersnöte* (Pestilence and Famine) ist durch eine hohe und stark schwankende Sterbeziffer gekennzeichnet; die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt ist niedrig und liegt zwischen 20 und 40 Jahren;
2. in der eigentlichen Übergangsphase, der *Periode der rückläufigen großen Epidemien* (Receding Pandemics), verstetigt sich die Sterberate und nimmt allmählich ab; die schweren Epidemien werden seltener und bleiben später ganz aus; die Lebenserwartung bei der Geburt steigt auf rund 50 Jahre;
3. die bis in die jüngste Zeit andauernde *Periode der gesellschaftlich verursachten Krankheiten* („Man-Made Diseases“) ist durch eine niedrige Sterberate und eine gleichzeitige hohe Lebenserwartung bei der Geburt geprägt, die 50 Jahre übersteigen kann.

Mit dem Epidemiologischen Übergang im historischen Europa haben sich zahlreiche Studien beschäftigt.⁹ Im Mittelpunkt der Diskussion stand dabei die Phase 2, da der Beginn von Phase 1 und das Ende von Phase 3 offen sind. In der Regel wird diese

8 Abdel R. Omran, „The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change,“ *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49,1 (1971), 509-538; Abdel R. Omran, „Epidemiologic Transition in the United States. The Health Factor in Population Change,“ *Population Bulletin* 32,2 (1977), 1-42.

9 Anders Brändström and L.-G. Tedebrand, eds., *Society, Health and Population during the Demographic Transition* (Stockholm: Almqvist & Wiksell 1988); Marie C. Nelson and J. Rogers, eds., *Urbanisation and the Epidemiologic Transition* (Uppsala: Univ. Reprocent., 1989); Roger Schofield, D. Reher and A. Bideau, eds., *The Decline of Mortality in Europe* (Oxford: Clarendon, 1991); R. Spree, *Der Rückzug des Todes. Der Epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts* (Konstanz: Univ.-Verl., 1992); J. Vögele, *Urban Mortality Change in England and Germany, 1870-1910* (Liverpool: LUP, 1998); J. Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker & Humblot, 2001).

Phase auf die zweite Hälfte des 19. und den Beginn des 20. Jahrhunderts datiert. In verschiedenen Regionen verringerte sich die Sterblichkeitsrate bereits während des späten 18. und frühen 19. Jahrhunderts,¹⁰ allerdings wurde ihr langfristiger Rückgang um die Mitte des 19. Jahrhunderts unterbrochen. Erst im Anschluss war die Sterblichkeitsentwicklung schließlich durch einen bis in die Gegenwart sinkenden Trend gekennzeichnet, die demographischen Auswirkungen der Kriegsjahre sowie der Influenza-Epidemie von 1918-19 ausgenommen.

In der klassischen Form bietet das Konzept nach wie vor eine wichtige Arbeitsgrundlage für historische Arbeiten und wurde entsprechend konkretisiert, indem die wichtige Rolle von sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen herausgearbeitet wurde. Betont wurde beispielsweise, daß die Pest schon seit dem späten 17. Jahrhundert aus Mittel- und Westeuropa verschwand und auch die übrigen schweren Seuchen aufgrund geringerer Militäraktivitäten und veränderter Militärorganisation rückläufig waren; oder, dass sich die sogenannten „Human-Crowd Diseases“ (v.a. Pocken, Masern, Scharlach und Keuchhusten) im Europa des späten 18. und frühen 19. Jahrhundert im Zuge wachsender Bevölkerungs- und Kommunikationsdichte von altersunspezifischen zu typischen Kinderkrankheiten wandelten.

Zwei wichtige Punkte sind allerdings bei aller Würdigung zu beachten: Die erste Anmerkung bezieht sich auf Omrans Quellen und sein methodisches Vorgehen. So entwickelt er sein Modell am Beispiel von Daten zu Ceylon, Chile, Japan und England und Wales sowie Schweden. Ohne Afrika zu berücksichtigen, bleibt eine der epidemiologisch bedeutsamsten Infektionskrankheiten, die Malaria, nahezu unberücksichtigt (Tabelle 1). Ähnliches gilt für die Tuberkulose, wenn keine Angaben aus Afrika, China, Indien und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion herangezogen werden. Was die europäischen Befunde angeht, beschränkt er sich auf Nord-West- bzw. Westeuropa und blendet so die hohe und im 19. Jahrhundert sogar wachsende Bedeutung von gastrointestinalen Krankheiten in Zentral-, Ost- und Südeuropa aus. Diese bedrohten wiederum primär Säuglinge und Kleinkinder und waren die Haupttodesursache der Hochindustrialisierungsphase, weit vor den skandalisierten Erkrankungen der Atmungsorgane (inklusive der Tuberkulose) sowie den klassischen Infektionskrankheiten (meist des Kindesalters).

Zweitens ist zu fragen, ob das Modell des Epidemiologischen Übergangs (aus den 1970er Jahren) angesichts der Zunahme neuer, aber auch längst besiegt geglaubter

10 W. Robert Lee, "The Mechanism of Mortality Change in Germany, 1750-1850," *Medizinhistorisches Journal* 15 (1980), 244-288; Peter Marschalck, *Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1984); Arthur E. Imhof, *Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert* (Weinheim: VCH, 1990); Josef Ehmer, *Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1800-2000* (München: 2004).

Infektionskrankheiten mittlerweile um eine weitere Phase ergänzt werden sollte.¹¹ Hier ist an erster Stelle HIV/Aids zu nennen, eine Infektionskrankheit die seit den 1980er Jahren global mehr als 37 Millionen Todesopfer gefordert hat (Tabelle 1).

Mit Aids verbunden ist auch ein verstärktes Wiederauftreten der Tuberkulose. Etwa ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit Tuberkuloseerregern infiziert. Knapp neun Millionen Menschen erkranken und etwa 1,7/1,8 Millionen sterben an der Erkrankung pro Jahr (2009). Die meisten Todesfälle treten in Südost-Asien (480.000) und Afrika (430.000) auf, wobei die Sterberate mit 50 pro 100.000 Lebenden in Afrika am höchsten liegt.¹²

Im Rahmen einer Global Burden of Disease Studie wurden 19 Risikofaktoren nach ihren Auswirkungen auf die Gesundheit untersucht. Als Maßeinheit wurde das Disability-Adjusted Life Year (DALY) eingeführt. Das DALY beschreibt den Unterschied zwischen einer tatsächlichen Situation und einer idealen Situation, in der jede Person bei voller Gesundheit bis zu dem Alter lebt, das den Standardwerten der Lebenserwartung entspricht.

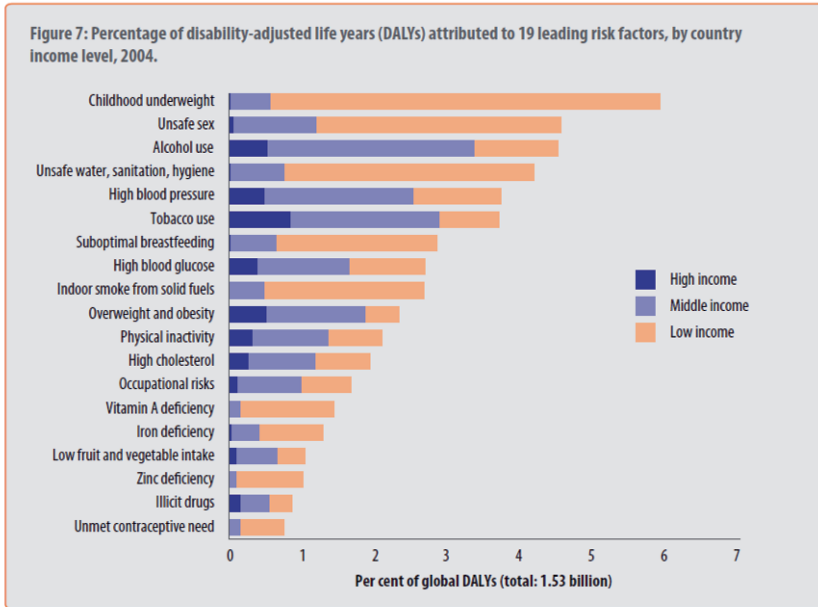
Tab. 1 Ausgewählte schwere Epidemien und Seuchen des 20. Jahrhunderts

1918/19	Spanische Grippe	40 Mio. Todesfälle
1957/58	Asiatische Grippe	4 Mio.
1968/69	Hong Kong Grippe	2 Mio.
1980er	HIV/AIDS	>37 Mio.
1991	Cholera/Lateinamerika	12.000
2002/03	SARS	800
2003	H5N1	250 (250.000-500.000 sterben an saisonaler Grippe)
Malaria	1 Mio. jährlich (Deutschland 4-8)	
Tuberkulose	1,8 Mio. jährlich (Deutschland 150)	
AIDS	1,8 Mio. jährlich (Deutschland 550)	

Quellen: Internetseiten WHO, Robert Koch Institut (Abruf 12.12.2012).

11 Vgl. dazu auch die Diskussion in S. Jay Olshansky et al., "Infectious Diseases - New and Ancient Threats to World Health," *Population Bulletin* 52 (1997), 2-46.

12 WHO – Tuberculosis: Fact sheet N°104; November 2010 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html (aufgerufen 25.1.2012).



Schaubild

Quelle: WHO, *Global health risks: mortality and burden of disease*, Geneva 2009, 10.

Diese Standard-Lebenserwartung ist basierend auf Sterbetafeln bei der Geburt mit 80 Jahren für Männer und 82,5 Jahren für Frauen festgelegt. Die mit einer Behinderung gelebte und die durch vorzeitigen Tod verlorene Lebenszeit wird im DALY kombiniert: die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre (Years of life lost = YLL) entsprechen im Wesentlichen der Anzahl von Todesfällen multipliziert mit der verbliebenen Lebenserwartung in dem Alter, in dem der Tod vorzeitig eintritt. Doch wird nicht nur die Sterblichkeit, sondern auch die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Krankheit (Years lived with Disability = YLD) erfasst und in einer Maßzahl zusammengerechnet.

Haupttrisikofaktoren sind demnach Childhood underweight, unsafe sex, alcohol use, unsafe water, sanitation hygiene. Drei der fünf Faktoren erhöhen das Risiko von Infektionskrankheiten und bedrohen insbesondere die armen Länder in Südost Asien und Sub-Sahara Afrika.

Auch in europäischer Perspektive macht das Auftreten von Pandemien von der „Spanischen Grippe“ bis zur „Schweinegrippe“ oder die Ausbreitung von AIDS deutlich, dass Infektionskrankheiten bis heute ein gravierendes Problem geblieben sind. Auf Deutschland bezogen hat das RKI 127 Infektionserreger nach ihrer Bedeutung für die epidemiologische Forschung und Überwachung priorisiert. Die Gruppe mit der höchsten Priorität umfasst 26 Erreger. Darunter sind solche, die seit Jahren bereits einen großen Raum im Öffentlichen Gesundheitsdienst und im Infektionsschutz einnehmen, wie HIV, Influenza, Legionellen, Masern oder Tuberkulose. In dieser Gruppe finden sich auch Erreger, die häufig im Krankenhaus übertragen werden oder aufgrund von Resistenzen mit Antibiotika schwer zu behandeln sind, etwa Klebsiella oder Staphylococcus aureus (einschließlich der multiresistenten *S. aureus*, MRSA).¹³

Zusätzlich zum tatsächlichen epidemiologischen Befund scheint es interpretatorisch weitreichend auch von einer emotionalen Epidemiologie zu sprechen. Diese kann einen eigenen, von der faktischen Infektionssituation mehr oder weniger unabhängigen Verlauf haben, der jedoch gleichfalls zu einer Belastung der individuellen Gesundheit und des Gesundheitssystems führen kann. Hier ließen sich zahlreiche Krankheiten anführen. Man denke etwa, dass im Zuge des Auftretens von Ebola andere, oft mehr Todesopfer fordernde Krankheiten aus dem Blickfeld geraten. Im Folgenden seien vier Beispiele aus Geschichte und Gegenwart kurz angesprochen: Die Sterblichkeit in Stadt und Land während der Industrialisierung, die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Rolle von Krankenhausinfektionen sowie der gesellschaftliche Umgang mit H1N1.

Stadt-Land Unterschiede: Traditionell wurden die Städte als besonders ungesunde Orte mit extrem hohen Sterberaten angesehen. Bereits im 17. Jahrhundert wurde dieses Bild von John Graunt (1662) entworfen und im 18. Jahrhundert von Johann Peter Süssmilch in seiner berühmten Schrift über die ‚göttliche Ordnung‘ (1741) aufgenommen. Im 19. Jahrhundert machten verschiedene Autoren, zunächst in England, auf Gesundheitsgefährdungen durch die Industrialisierung aufmerksam und verwiesen auf die extrem hohen städtischen Sterberaten. Mit dem Einsetzen der Industrialisierung in Deutschland übernahmen Statistiker hierzulande diesen Topos: Eng verbunden mit dem Industrialisierungsprozess war eine rapide steigende Konzentration der Bevölkerung in den Städten während der Urbanisierungsphase. Da eine hohe Bevölkerungsdichte die Ausbreitung der vorherrschenden akuten und chronischen Infektionskrankheiten begünstigte, wirkte sich dies nachhaltig auf die Gesundheitsverhältnisse aus. Dabei wird übersehen, dass sich die Sterberaten in

13 Pressemitteilung des RKI, 7. November 2011.

verschiedenen Städten Europas und Nordamerikas gegen Ende des neunzehnten und zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts sowohl absolut als auch relativ gesehen substantiell verbesserten, die Unterschiede zwischen den Sterberaten von Stadt und Land sich verringerten und die städtische Übersterblichkeit sich abschwächte oder sogar gänzlich verschwand,¹⁴ während das Bild von der ungesunden Stadt weiterhin allgemein vorherrschte und auch medial transportiert wurde. Insbesondere skandalisierte Seuchen fanden im städtischen Umfeld mehr Beachtung als in ländlichen Regionen.¹⁵

Alkohol-Abusus: Alkohol gilt als eine gesellschaftliche legitimierte und legalisierte Droge. Dabei werden die gesundheitlichen Folgen von Alkohol Missbrauch kaum beachtet, allenfalls familiäre Gewalt rückt gelegentlich in den medialen Blick. Dabei sei jeder vierte Todesfall von Männern im Alter von 35 bis 65 Jahren in Deutschland auf die Folgen des Alkoholkonsums zurückzuführen.¹⁶ Für Personen mit chronischem Alkoholmissbrauch verkürzt sich die Lebenserwartung um durchschnittlich 23 Jahre.¹⁷ Die Diagnoseklasse F10 (ICD-10) „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist, nach chronisch ischämischer Herzkrankheit, der zweithäufigste Behandlungsanlass bei Männern in Krankenhäusern.¹⁸ Abhängig vom Schweregrad einer alkoholbedingten Leberzirrhose sterben im Zeitraum von fünf Jahren nach Diagnosestellung zwischen 40 und 80% der Betroffenen.¹⁹

Krankenhausinfektionen: Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gibt in seinem Bericht drei Millionen nosokomiale Infektionen mit 50.000 zuschreibbaren Todesfällen pro Jahr in Europa an.²⁰ In Deutschland sterben jedes Jahr zwischen 10.000 und 15.000 Menschen, weil sie sich im Krankenhaus eine schwere Infektion zugezogen haben. Die Gesamtzahl

14 Jörg Vögele, *Urban Mortality Change in England and Germany, 1870-1910* (Liverpool: LUP, 1998).

15 Der Beitrag von Malte Thiessen stellt grundlegende Überlegungen zur Transregionalität der Seuchengeschichte bzw. zum charakteristischen Stadt-Land-Gradienten der Quellenlage am Beispiel der Spanischen Grippe in Norddeutschland dar.

16 Ulrich John and M. Hanke, "Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country — Germany," *Alcohol and Alcoholism* 37 (2002); 581-585.

17 *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*.

18 *Statistisches Bundesamt Deutschland 2003*.

19 *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*.

20 European Centre for Disease Prevention and Control, ed., *Annual European Communicable Disease Epidemiological Report 2005* (Stockholm: 2007), 259.

dieser nosokomialen Infektionen wird auf 400.000 bis 600.000 pro Jahr geschätzt.²¹ Ein steigender Anteil sind multiresistente Bakterien. Am häufigsten sind Wundinfektionen nach Operationen mit 225.000 Fällen. Es folgen Harnwegsinfekte mit 155.000 Fällen pro Jahr und 80.000 tiefe Atemwegsinfektionen, darunter 60.000 Pneumonien. Bei 20.000 Patienten treten die Erreger ins Blut, es kommt zur Sepsis.²²

H1N1-Pandemie 2009/10: Seit dem Frühling 2009 machte sich eine panikartige Stimmung breit, die Bevölkerung fragte nach einer Impfung (sogar solche, die die jährliche Grippeimpfung ablehnten).²³ Immer wieder wurde dabei auf die verheerende Spanische Grippe 1918/19 hingewiesen. Die Ängste nahmen zu als die WHO Ende April 2009 vor einer weltweiten Verbreitung, einer Pandemie, warnte.²⁴ Bis Oktober 2009 waren weltweit mehr als 440.000 laborbestätigte Infektionen gemeldet, von denen mindestens 5.700 tödlich verliefen. Im August 2010 wurden 18.449 Todesfälle mit der Infektion in Verbindung gebracht, Deutschland 258 (weniger als durch saisonale Grippe: 600-26.000).²⁵ Für die Pharmaindustrie wurde die Entwicklung eines Impfstoffes zu einem Milliardengeschäft. Als im Herbst 2009 schließlich eine Impfung zur Verfügung stand und umfassende Impfkampagnen gestartet wurden, war die Nachfrage allerdings gering: Sie sei nicht getestet und zudem schlecht verträglich. Bald stellte sich zudem heraus, dass das H1N1-Virus im Vergleich zu üblichen saisonalen Grippeerkrankungen relativ harmlos war. Anfang Mai 2010 waren in den deutschen Bundesländern noch etwa 28,3 Millionen der beschafften Impfdosen, deren Wert auf bis zu 236 Millionen Euro geschätzt wird. Verhandlungen mit anderen Staaten über einen Weiterverkauf scheiterten. Die Haltbarkeit des Serums lief Ende 2011 aus und musste weitgehend vernichtet werden. Für die Bundesländer entstand ein Verlust in Höhe von 239 Millionen Euro, weil die abgelaufenen Impfdosen nicht von den Krankenkassen finanziert wurden. Deshalb muss hier auch festgehalten werden, dass die panische Angst vor Infektionskrankheiten oft ebenso schnell nachlässt, wie sie sich aufbaut – teilweise epidemiologisch begründet, wie in diesem Fall, teilweise aber auch, weil sich Be-

21 Petra Gastmeier und Christine Geffers: „Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? Eine Schätzung für das Jahr 2006,“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 133, Nr. 21 (2008), 1111-1115.

22 Einen anregenden Vortrag zu Epidemiologie und Debatten zum nach wie vor aktuellen Problem der Krankenhausinfektionen in Geschichte und Gegenwart hielt Flurin Condrau auf der Tagung.

23 Danielle Ofri, “The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination,” *New England Journal of Medicine* 361 (2009), 2594-2595.

24 WHO, *Pandemic (H1N1) 2009 – update* 112.

25 RKI, *Epidemiologisches Bulletin* 10/2011.

völkerungsgruppen mit dem Risiko arrangiert haben – man denke etwa an Ängste vor bioterroristischen Anschlägen oder das mittlerweile wieder risikoreichere Sexualverhalten und das HIV-Ansteckungsrisiko.²⁶

2 Ausgewählte Seuchen: Cholera asiatica, Cholera infantum, Säuglingssterblichkeit

Cholera asiatica

Die Cholera gilt als die klassische Seuche des 19. Jahrhunderts. Ab den 1830er Jahren suchte sie Europa in mehreren Seuchenzügen heim und löste alsbald Pest und Pocken als die ‚skandalisierte Krankheit‘ schlechthin ab. Zunächst die Seuchenzüge und dann oftmals allein schon die Furcht vor einer drohenden Heimsuchung versetzten den Staat, die Industriestädte und die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Die Unklarheit über die Ansteckungswege der Krankheit, die entsetzlichen Symptome und der Tod aus „heiterem Himmel“ verschärfte die Reaktionen zusätzlich. Entsprechend ihrer Bedeutung sind die zeitgenössischen Publikationen zur Cholera Legion.

Insbesondere die angelsächsische Geschichtswissenschaft hatte vor einigen Jahren die großen Seuchen und gerade die Choleraepidemien des 19. Jahrhunderts als wichtiges Themenfeld (wieder)entdeckt. Dabei wurden, meist anhand von Lokalstudien, Epidemieverlauf und allfällige Gegenmaßnahmen rekonstruiert. In der Analyse galt dann die Cholera als Test für die Stabilität bzw. Anfälligkeit einer Gesellschaft in einer Krisensituation.²⁷ Berühmtestes Beispiel hierfür ist die mittlerweile schon klassisch zu nennende Arbeit von Richard Evans über die Cholera in Hamburg.²⁸ In den vergangenen Jahren sind nun zahlreiche weitere Arbeiten über die Cholera erschienen. Dabei ist das Analysespektrum erheblich

26 Auf der Tagung Norbert W. Paul zu kulturellen Grundlagen und komplexen Aushandlungsprozessen eines pandemischen Risikos am Beispiel der Schweinegrippe; R. Burger über historische und vor allem rezente Abwehrmaßnahmen von Epidemien, Pandemien und Bioterrorismus.

27 Etwa bei Barbara Dettke, *Die Asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preußischen Provinzen Posen, Preußen und Schlesien* (Berlin: de Gruyter, 1995); Frank M. Snowden, *Naples in the Time of Cholera. 1884-1911* (Cambridge: CUP, 1995); Catherine J. Kudlick, *Cholera in Post-Revolutionary Paris. A Cultural History* (Berkeley: Univ. Calif. Pr., 1996).

28 Richard J. Evans, *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910* (Oxford: OUP, 1987).

ausgeweitet und gezeigt worden, auf welcher vielfältigen Weise das Thema Cholera – und damit Seuchen allgemein – für die Geschichtswissenschaft fruchtbar gemacht werden kann. Zur Sprache kamen, um nur einige zu nennen, Aspekte der sozialen Ungleichheit hinsichtlich der Cholera, sanitäre Reformen und Daseinsfürsorge,²⁹ Cholera als Movers für die Entstehung des modernen Krankenhauses und auch die Ausgestaltung des freien medizinischen Marktes,³⁰ Cholera als skandalisierte Krankheit, wenn es im Rahmen der Experimentellen Hygiene um die Verbindung von Nationalökonomie und Medizin ging.

Max von Pettenkofer (1818-1901) gilt als der Begründer der experimentellen Hygiene, die die fachliche Diskussion ab der Mitte des 19. Jahrhunderts für drei Jahrzehnte bestimmte. Zwar auf gesellschaftlichen Nutzen und Verwertbarkeit ausgerichtet, verstand sich die Experimentelle Hygiene doch als objektive Naturwissenschaft: Gesundheit wurde als physiologisch normierbar, funktional und in diesem Sinne positivistisch wertfrei aufgefasst. Als Mitglied der 1848 eingerichteten „Königlichen Kommission für die Erforschung der indischen Cholera“ entwickelte Pettenkofer seine lokalistische Bodentheorie, die auf die Bedeutung ökologisch mittelbar und unmittelbar umgebungsbezogener Interventionen abhob. Danach waren Miasmen, die durch Fäulnis und Zersetzung in feuchtem Grund entstünden, die Ursache zahlreicher Seuchen, wie Typhus oder Cholera. Entsprechend könnten diese Prozesse durch Trockenlegung des Bodens gestoppt werden.³¹

Während die staatliche Seuchenbekämpfung mittels Sanitätspolizei erst bei Ausbruch einer Epidemie in Aktion trat, gab die experimentelle Hygiene insbesondere den Städten damit Abwehrmaßnahmen an die Hand, die auf eine generelle Krankheitsprophylaxe, das heißt auf eine dauerhafte Gesundheitssicherung durch Änderung der Umweltverhältnisse, zielten.³² Damit versprach Pettenkofers naturwissenschaftlich-technischer Ansatz auch praktischen ökonomischen Nutzen: In seiner ersten Vorlesung „Ueber den Werth der Gesundheit für eine Stadt“ machte Pettenkofer explizit auf die ökonomischen Verluste durch Krankheit aufmerksam.³³

29 Michael Haverkamp, „... herrscht hier seit heute die Cholera“. *Lebensverhältnisse, Krankheit und Tod. Sozialhygienische Probleme der städtischen Daseinsvorsorge im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Osnabrück* (Osnabrück: Rasch, 1996).

30 Michael Toyka-Seid, *Gesundheit und Krankheit in der Stadt. Zur Entwicklung des Gesundheitswesens in Durham City 1831-1914* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1996).

31 Max von Pettenkofer, Ueber die Verbreitungsart der Cholera, *Zeitschrift für Biologie* 1 (1865), 322-374.

32 Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker & Humblot, 2001).

33 Max von Pettenkofer, „Über den Werth von Gesundheit für eine Stadt,“ in: M. von Pettenkofer, *Populäre Vorträge* (Braunschweig: Vieweg, 1876), 3.

Auf der Basis einer ‚human capital‘ - Ökonomie stellte er Berechnungen an, dass die durch sanitäre Maßnahmen geretteten Leben die Investitionskosten dieser Einrichtungen bei weitem überschritten, d.h. der Wert eines Menschenlebens wurde zunehmend in eine Kosten-Nutzen-Analyse eingeschlossen. So errechnete er die durch hygienische Maßnahmen erzielbaren Einsparungen der Stadt München zwischen 1877 und 92 und bezifferte die Minderausgaben durch eine Ersparnis an Krankheitstagen auf 2,5 Millionen Mark. Zudem betonte er, dass eine ausreichende sanitäre Infrastruktur wesentlich für das Funktionieren einer modernen Industriestadt war. Traditionelle Formen staatlicher Intervention wie Quarantäne oder Isolation waren im Kontext einer modernen Wirtschaft, die auf dem freien Austausch von Waren und Dienstleistungen basierte, vollkommen kontraproduktiv.³⁴

Pettenkofer betonte, dass ein Abbrechen des Handelsverkehrs, um die Ausbreitung der Cholera zu verhindern, ein größeres Übel als die Cholera selbst sei, und dass viele Menschen eine Epidemie einer schwerwiegenden Einschränkung ihres Lebensstandards vorzögen.³⁵ Für die berühmte Cholera - Epidemie in Hamburg 1892, die durch ungefiltertes Leitungswasser verursacht wurde und insgesamt über 8.000 Todesfälle forderte, wurden deshalb nicht nur der finanzielle Verlust durch Erkrankungen und Todesfälle, sondern auch die Abnahme des Handels berechnet: Einem Gesamtverlust von 430 Millionen Mark wurden die dagegen bescheiden anmutenden Kosten von 22,6 Millionen Mark für die im folgenden Jahr vollendeten Filteranlagen des Wasserwerks gegenübergestellt. Bei einem rechtzeitigen Bau hätte die Stadt somit insgesamt 407,4 Millionen Mark sparen können.³⁶

Cholera infantum, Säuglingssterblichkeit

Epidemiologisch wesentlich bedeutsamer als die skandalisierten Krankheiten Cholera und Typhus war die enorm hohe Säuglingssterblichkeit. Insbesondere in den heißen Sommermonaten starben Säuglinge (und Kleinkinder) in großer Zahl an gastrointestinalen Störungen, von den Zeitgenossen häufig auch als Cholera Infantum bezeichnet. Gleichzeitig ist der Rückgang der Säuglingssterblichkeit eine wesentliche Komponente des säkularen Sterblichkeitswandels. Bis ins 20. Jahrhundert bildeten die Säuglinge die Hauptrisikogruppe; entsprechend ist die gesteigerte Lebenserwartung zu einem entscheidenden Maß auf den Rückgang der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen. Während zur Mitte des 19. Jahrhunderts mehr als 20 Prozent eines Geburtsjahrganges nicht den ersten Geburtstag

34 Vgl. Alfons Labisch, *Homo Hygienicus* (Frankfurt a.M.: Campus, 1992), 124-132.

35 Max von Pettenkofer, *Was man gegen die Cholera thun kann* (München: Oldenbourg, 1873), 6.

36 Adolf Gottstein, *Die Lehre von den Epidemien* (Berlin: Springer, 1929), 182.

erlebten, liegt die Säuglingssterblichkeit heute unter 0,5 Prozent (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 4,1 von 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 2004).

Erst um die Wende zum 20. Jahrhundert begann dann der bis heute andauernde nachhaltige Rückgang der Säuglingssterblichkeit. Eine entscheidende Trendwende setzte mit Beginn des 20. Jahrhunderts ein. Parallel dazu lösten sinkende Geburtenraten gegen Ende des 19. Jahrhunderts Befürchtungen aus, dass die Zukunft der Nation in wirtschaftlicher und militärischer Hinsicht gefährdet sei und von der erfolgreichen Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit abhinge. In internationaler Perspektive waren die Sterberaten der Säuglinge im Deutschen Reich tatsächlich enorm hoch, insbesondere der direkte Vergleich mit den als rivalisierend angesehenen Nationen England und Frankreich (1905: England und Wales: 128 pro 1000 Lebendgeborene; Frankreich: 135; Deutschland: 205)³⁷ rückte die Säuglingssterblichkeit in das gesellschaftliche Blickfeld, sie wurde nun thematisiert und skandalisiert. Dies berührte zunächst Politik, Wissenschaft und die bürgerlichen Eliten. Wie weit eine gesellschaftliche Breitenwirkung erzielt werden konnte, soll an drei ausgewählten Beispielen kurz in den Blick genommen werden. Zunächst geht es (a.) um die Anfänge der Säuglingsfürsorge als Volksbelehrung, im Anschluss (b.) um die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Ersten Weltkrieg oder die Frage, ob der Krieg gut für die Überlebenschancen der Säuglinge war und (c) um die Säuglingssterblichkeit im Kalten Krieg bis in die 1970/80er Jahre.

(a) Säuglingsfürsorge, Stillpropaganda und „Volksaufklärung“

Heute als Katastrophe empfunden, soll die Säuglingssterblichkeit in historischer Perspektive traditionell als nicht abzuwendendes Schicksal verstanden worden sein. Philippe Ariès postulierte eine elterliche Indifferenz gegenüber Säuglingen und Kleinkindern, während Mutterliebe als Konstrukt der Moderne galt.³⁸ Einerseits schützten sich Eltern angesichts der hohen Säuglingssterblichkeit durch Distanz emotional, andererseits führte genau dies wiederum zu weiteren Todesfällen.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entdeckte die Nationalökonomie im Rahmen von Überlegungen zum Wert des Menschen die Bedeutung der Säuglingssterblichkeit und stellte Berechnungen über den Kostenwert eines Neugeborenen an. Dieser wurde um die Jahrhundertwende auf einen Ausgangswert von 100 Mark

37 Carlo A. Corsini and P. P. Viazzo, eds., *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750-1990* (Den Haag: Nijhoff, 1997).

38 Philippe Ariès, *Geschichte der Kindheit* (München: 1975); Edward Shorter, „Der Wandel der Mutter-Kind-Beziehungen zu Beginn der Moderne,“ *Geschichte und Gesellschaft* 1 (1975), 257-87; Elisabeth Badinter, *Mutterliebe. Die Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute* (München: 1981).

taxiert. Gleichzeitig wurde auf die vergeblichen Aufwendungen aufmerksam gemacht, wenn die Kinder ‚vorzeitig‘ starben. Für das Jahr 1900 wurden diese reichsweit auf über 38 Millionen Mark geschätzt.³⁹ Andererseits konnte man auch argumentieren, dass, wenn die Kinder wegsterben, diese dann möglichst frühzeitig sterben sollten, um die Eltern als Produktivkräfte möglichst wenig zu belasten.⁴⁰

Während sich die Nationalökonominnen aus dieser bevölkerungspolitischen Debatte zunehmend zurückzogen, wurde diese immer stärker biologisch-medizinisch geprägt.⁴¹ Gerade beim Thema Säuglingssterblichkeit sicherten sich die Ärzte wissenschaftliche Autorität und erlangten durch die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung des bevölkerungswissenschaftlichen Diskurses erhöhte Aufmerksamkeit. So gelang es, die Pädiatrie um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als eigenes Fach in der universitären Medizin zu etablieren.⁴² Im Mittelpunkt stand dabei die wissenschaftliche Erforschung der Säuglingssterblichkeit und ihrer Determinanten. Für die Pädiatrie bedeutete diese zugleich eine Auseinandersetzung mit sozial- und rassenhygienischen Konzepten.⁴³ In Zusammenhang mit sozialdarwinistischem Gedankengut galt die hohe Säuglingssterblichkeit sogar als gewünschter Selektionsmechanismus. War der frühe Tod eine Auslese, die Degeneration verhinderte und zur ‚Güte der Rasse‘ beitrug?⁴⁴ Auf diesen Gedanken weist auch die Diagnose ‚Lebensschwäche‘ als häufig angegebene Todesursache unter den Säuglingen hin. In diesem Sinn wären soziale Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit für die Gesellschaft sogar kontraproduktiv. Der Medizinalstatistiker Friedrich Prinzing konnte dies mit offiziellen Zahlen der amtlichen Statistik allerdings klar

39 Max Seiffert, „Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution und Nationalvermögen,“ *Klinisches Jahrbuch* 14 (1905), 65-94.

40 Carl Ballod, *Die Lebensfähigkeit der städtischen und ländlichen Bevölkerung* (Leipzig: Duncker & Humblot, 1897), 65.

41 Jörg Vögele und Wolfgang Woelke, „Der „Wert des Menschen“ in den Bevölkerungswissenschaften vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum Ende der Weimarer Republik,“ in *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933*, ed. Rainer Mackensen (Opladen: VS, 2002), 121-133.

42 Eduard Seidler, „Die Kinderheilkunde in Deutschland,“ in *Lebendige Pädiatrie*, ed. Paul Schweier und E. Seidler (München: Marseille, 1983), 13-85.

43 Paul J. Weindling, *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945* (Cambridge: CUP, 1989); Elmer Schabel, *Soziale Hygiene zwischen Sozialer Reform und Sozialer Biologie. Fritz Rott (1878-1959) und die Säuglingsfürsorge in Deutschland* (Husum: Matthiesen, 1995); Siegrid Stöckel, *Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik* (Berlin: de Gruyter, 1996).

44 Wilhelm Schallmayer, *Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker* (Jena: Fischer, 1903).

widerlegen: Eine erhöhte Säuglingssterblichkeit zog keineswegs eine niedrigere Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen nach sich.⁴⁵

Höhe und Trend der Säuglingssterblichkeit wird vielmehr durch ein komplexes Geflecht von Faktoren bestimmt:⁴⁶ Legitimität der Säuglinge, Fertilität, Witterung und Klima, verbesserte hygienische Bedingungen im Zuge sanitärer Reformen, öffentliche Gesundheitsfürsorge, Wohnsituation und allgemeine Lebensbedingungen, Bildungsgrad, Wohlstand und Beruf der Eltern sowie allgemeine Einstellungen zu Leben und Tod. Als Schlüsselvariable gilt die Ernährungsweise der Säuglinge, d.h. konkret: die Frage, wie viele Frauen ihre Säuglinge gestillt haben. Die sog. künstliche Ernährung war mit einer hohen Säuglingssterblichkeit verbunden, extensives Stillen dagegen mit niedrigen Sterbeziffern.

Nach Schätzungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Sterblichkeit der ‚Flaschenkinder‘ in Deutschland bis zu sieben mal höher als diejenige der ‚Brustkinder‘. Lokale Erhebungen weisen darauf hin, dass die Stillhäufigkeit mit steigendem Einkommen tendenziell abnahm und speziell in den oberen Schichten wenig verbreitet war. Noch markanter waren jedoch die starken regionalen Unterschiede hinsichtlich der Stillquoten. In den östlichen bzw. südöstlichen Gebieten des Deutschen Reiches ging die hohe Säuglingssterblichkeit mit dem Nichtstillen der Säuglinge in diesen Regionen einher.

Damit rückte die Ernährungsweise als entscheidender Faktor für Höhe und Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in den Mittelpunkt. Entsprechend wurde die Ernährung des Säuglings zum Herzstück der Sozialpädiatrie und der von ihr lancierten Säuglingsfürsorgebewegung im frühen 20. Jahrhundert deklariert.

Nach einer kurzzeitigen Euphorie für künstliche Ernährung im Zuge der aufkommenden Bakteriologie während der 1880er Jahre, wurde bald das Stillen als alleinige adäquate Säuglingsernährung propagiert und gegen die Nahrungsmittelindustrie polemisiert und protestiert, die ihrerseits versuchte, mit aufwendigen Werbefeld-

45 Friedrich Prinzing, „Die angebliche Wirkung hoher Kindersterblichkeit im Sinne der Darwinschen Auslese,“ *Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege* 22 (1903), 111-129.

46 Reinhard Spree, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1981); Hallie J. Kintner, „The Determinants of Infant Mortality in Germany from 1871 to 1933.“ unveröff. Diss., Univ. Michigan, 1982; Arthur E. Imhof, *Lebenserwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden im 19. und 20. Jahrhundert* (Berlin: Akad.-Verl., 1994); Reinhard Spree, *On Infant Mortality Change in Germany since the Early 19th Century* (München: LMU, 1995); Michael Haines and Jörg Vögele, „Infant and Child Mortality in Germany, 19th-20th Centuries,“ Colgate Univ. Dept Economics Working Paper Series 100-10, Hamilton, NY 2000; Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker & Humblot 2001).

zügen künstliche Milchersatzprodukte auf den Markt zu bringen. Insgesamt wurde künstliche Ernährung mit einer hohen Säuglingssterblichkeit assoziiert, Vollstillen dagegen mit niedrigen Sterbeziffern. Ziel der Pädiater war es dementsprechend, neben einem allgemeinen hygienischen Umgang mit dem Säugling, vor allem die Stillquoten zu heben bzw., sofern der Mutter das Stillen nicht möglich war, auf eine adäquate Ersatznahrung, die sogenannte künstliche Ernährung, hinzuwirken. Dazu wurden Lehrmaterial und Aufklärungsbroschüren entwickelt, in denen die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Kinderheilkunde popularisiert werden sollten. Die vornehmlich in den größeren Städten entstehenden Säuglingsfürsorgestellen zielten angesichts sinkender Stillquoten darauf ab, junge Mütter durch Aufklärungskampagnen und Geldprämien zum Stillen zu bewegen.⁴⁷

(b) Erster Weltkrieg, Geburtenrückgang und Reichswochenhilfe

Die Säuglingsfürsorgebewegung gewann im Deutschen Reich rasch an Popularität, im Jahr 1907 existierten bereits 101 Fürsorgestellen. So sehr sie auch in Einzelfällen erfolgreich gewesen sein mögen, kann den Fürsorgestellen in der Kaiserzeit - epidemiologisch gesehen - kaum durchschlagende praktische Wirkung zugeschrieben werden. Versorgt werden konnten lediglich die von der Polizeiaufsicht erfassten oder von der Armenfürsorge gepflegten Personen. Viele Stellen hatten finanzielle Schwierigkeiten und sahen sich zudem starken gesellschaftlichen Widerständen ausgesetzt, die beispielsweise von niedergelassenen Ärzten oder von Industriebetrieben kamen. Beim Kernstück der Bewegung, den Stillkampagnen, wirkten die Kontrollmechanismen eher kontraproduktiv,⁴⁸ vor allem aber liefen viele Elemente den Lebensbedingungen der angesprochenen Zielgruppen entgegen.

Dies änderte sich in den Kriegsjahren. Die Auswirkungen des Ersten Weltkriegs auf die Zivilbevölkerung werden unterschiedlich eingeschätzt.⁴⁹ Einerseits herrschten schwierige Lebensumstände, Rationierung und wirtschaftliche Not, andererseits

47 Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker & Humblot 2001); Silke Fehleemann, *Armutsrisiko Mutterschaft, Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924* (Essen: Klartext, 2009).

48 Ute Frevert, "The Civilizing Tendency of Hygiene. Working-Class Women under Medical Control in Imperial Germany," in *German Women in the Nineteenth Century. A Social History*, ed. John C. Fout (New York: Homes & Meyer, 1984), 320-344; Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker & Humblot, 2001).

49 Deborah Dwork, *War is Good for Babies and Other Young Children. A History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898-1918* (London: Tavistock, 1987); Jay Winter and Joshua Cole, "Fluctuations in Infant Mortality Rates in Berlin During and After the First World War," *European Journal of Population* 9 (1993), 235-263.

wurde gerade in den Kriegsjahren die Säuglingsfürsorge intensiviert. Zahlreiche fürsorgereiche Maßnahmen wurden in die Wege geleitet, und tatsächlich ging die Säuglingssterblichkeit insbesondere in den Städten in den folgenden Jahren 1915 und 1916 signifikant zurück, was im Wesentlichen auf ein verändertes Stillverhalten zurück zu führen ist. So wurden für die ersten Kriegsmonate ein Rückgang der Stillhäufigkeit und ein Anstieg der Säuglingssterblichkeit registriert, mit zunehmenden Ernährungsengpässen erfolgte eine stärkere Hinwendung der Mütter zu ihren Säuglingen, insbesondere durch ein verstärktes Stillen. Dies wurde unterstützt durch die Einführung der Reichswochenhilfe. Die Zahlung der staatlichen Wochenhilfe wurde – anders als die städtischen Stillprämien – nicht von Kontrollbesuchen abhängig gemacht. Zwar leitete sich der Anspruch auf Reichswochenhilfe aus der Kriegsteilnahme des Vaters bzw. Ehemannes ab und bezog sich nicht auf die Stellung der Wöchnerin. Allerdings zahlten auch die Krankenkassen während des Krieges eine erweiterte Wochenhilfe, so dass auch selbstversicherte Frauen diese Leistungen erhielten. Über die Regelungen der Reichswochenhilfe gelang es zudem, die Rolle der Fürsorgestellen zu stärken, indem die in der Reichswochenhilfe festgelegten Stillgelder nach Vereinbarung mit den Krankenkassen in der Regel durch die Säuglingsfürsorgestellen ausgezahlt wurden.

Auf diese Weise konnten die Besuche der Beratungsstellen erheblich gesteigert und zugleich die Mütter langfristiger an die Fürsorgestelle gebunden werden. Die Arbeit der Beratungsstellen wurde so in das öffentliche Leistungsangebot integriert. Daraus erwuchs ein enormer Ausbau von Säuglingsfürsorgestellen während des Ersten Weltkrieges. Marie Baum, die Geschäftsführerin des Düsseldorfer Vereins für Säuglingsfürsorge, kommentierte, dass der Krieg geschafft habe, was sämtliche Stillpropaganda und Stillprämien nicht geschafft hätten, eine Rückkehr der Mütter zum Stillen.⁵⁰

(c) 1960/70er Jahre – ‚Kalter Krieg‘ und ‚Stillrevolte‘

Da die Säuglingssterblichkeit als Indikator für Wohlstand und Entwicklung einer Gesellschaft gilt, ließ sich die unterschiedliche Höhe der Säuglingssterblichkeit in Ost und West in den ideologischen Auseinandersetzungen des Kalten Krieges als propagandistisches Argument gebrauchen. Phasenweise niedrigere Werte in der DDR in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren wurden dabei im Westen auf zu dieser Zeit in der DDR neu eingeführte Kriterien für eine Lebendgeburt,⁵¹

50 *Bericht über das neunte Geschäftsjahr des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf 1915/16* (Düsseldorf: 1916), 65.

51 Während in der BRD seit 1957 neben der Lungenatmung auch Herzschlag oder Pulsieren der Nabelschnur als Lebenszeichen galt, wurden in der DDR seit 1961 für die Einstufung

im Osten auf die dortige intensive Prävention und Fürsorge zurückgeführt, die allerdings langfristig nicht mehr mit der westlichen ‚High-Tech-Medizin‘ mithalten konnte.⁵² Traditionell führte man dabei die Säuglingssterblichkeit als Argument ins Feld, um die Mütter zum Stillen zu bewegen. So wurden beispielsweise in der DDR anfänglich sozialhygienische Ansätze der Weimarer Republik wieder aufgenommen. Gleichwohl geriet man zunehmend in das Dilemma, die in staatlichen Betrieben hergestellten Produkte zur künstlichen Ernährung kaum als ungeeignet deklarieren zu können. Trotzdem galt das Stillen in der DDR weiterhin als vorteilhaft, und es wurde deshalb darauf verwiesen, dass überschüssige Milch in mütterlicher Solidarität ausgetauscht werden kann bzw. von der Frauenmilchsammelstelle abgeholt und dafür ein Entgelt gezahlt wird.⁵³

In den 1960er und 1970er Jahren wurden die starren Stillempfehlungen nach ernährungsphysiologischen Erkenntnissen – unterstützt durch Druck der Frauenbewegung – aufgeweicht und ein aus den USA stammendes Self-demand-feeding-Programm propagiert.⁵⁴ Auch die starke Betonung des Stillens als Grundvoraussetzung für die gesunde Entwicklung des Säuglings wurde zugunsten der künstlichen Ernährung bereits ab der 3. oder 4. Woche abgeschwächt. Gleichzeitig entwickelten die Forschungslabors der großen Lebensmittelkonzerne industrielle Babynahrung zu einem Hightech-Produkt, das mit ausgeklügelten Werbekampagnen weltweit vertrieben wurde. Die Frage ‚Brust oder Flasche?‘ wurde für Eltern zunehmend auch eine Frage des Lebensstils.⁵⁵

eines Geborenen als Lebendgeburt mindestens zwei Lebenszeichen verlangt, nämlich Lungenatmung und Herzschlag, wodurch bei der Berechnung der Säuglingssterblichkeit aus dem Quotienten von gestorbenen Säuglingen bezogen auf die Lebendgeborenen der Divisor verändert wird, vgl. Stephan Mallik, *Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Fokus gesellschaftlicher Bedingungen. Ein Ost-West-Vergleich* (Berlin: IFAD, 2007), 23.

- 52 Stephan Mallik, *Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Fokus gesellschaftlicher Bedingungen. Ein Ost-West-Vergleich* (Berlin: IFAD, 2007); Roland R. Wauer und G. Schmalisch, „Die Entwicklung der Kinder-, Säuglings- und Neugeborenensterblichkeit in Deutschland seit Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde,“ in *125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.* (Berlin: 2008), 133-143.
- 53 Mirka Klimova-Fügnerova, *Unser Kind. Vor der Geburt – Im 1. Lebensjahr – In den Vorschuljahren* (Berlin: Verl. Volk u. Gesundh., 1956), 122.
- 54 Friedrich Manz, Irmgard Manz und Thomas Lennert, „Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland,“ *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 145 (1997), 572-587.
- 55 Timo Heimerdinger, „Brust oder Flasche? Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien,“ in *Bilder, Bücher, Bytes. Zur Medialität des Alltags*, 36. Kongress

In den fortschritts- und technologiegläubigen 1960er und 1970er Jahren fiel die entsprechende Propagierung eines frühen Übergangs zur künstlichen Ernährung auf fruchtbaren Boden. Zudem wurde im Zuge der aufkommenden Umweltbewegung auf die potentielle toxische Belastung der Muttermilch hingewiesen und sowohl in der Wissenschaft – die sogenannte Rückstandskommission der DFG berichtete 1978 über Schadstoffkonzentrationen in der Muttermilch – als auch in den Medien thematisiert. Erst in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts regte sich Widerstand gegen die Vermarktung von Produkten zur künstlichen Säuglingsernährung insbesondere in den Entwicklungsländern, wo die Nahrungsmittelkonzerne nicht zuletzt angesichts der sinkenden Geburtenraten in den Industrienationen versuchten, neue Märkte zu erschließen. Entsprechend internationalisierten sich die Debatten. Dies führte schließlich zu einem von WHO und UNICEF erarbeiteten und 1981 von 118 Mitgliedstaaten der WHO verabschiedeten ‚International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes‘. Gleichzeitig verwiesen die Fachleute seit den 1980er Jahren wieder verstärkt auf die gesundheitlichen Vorteile des Stillens und propagierten auch in den industrialisierten Staaten nahezu einhellig eine mindestens sechsmonatige Stillzeit.

3 Ausgewählte Forschungsschwerpunkte und Aufbau des Konferenzbandes

The Global and the Local, Historische Epidemiologie

Im Mittelpunkt einer erweiterten Seuchengeschichte stehen meistens ausgewählte Epidemien bzw. Pandemien, wie etwa der Schwarze Tod als von China ausgehende Pestepidemie, die von 1347 bis 1353 in Europa geschätzte 25 Millionen Todesopfer – ein Drittel der damaligen europäischen Bevölkerung – forderte.⁵⁶ Einen breiten Raum in der Forschung nehmen die großen Epidemien des 19. und frühen 20. Jahrhunderts ein: Cholera, Typhus, Pocken und Influenza. Trotz des Konzepts der „mikrobiellen Globalisierung“,⁵⁷ entwickelt anhand der Ausbreitung der Syphilis

der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz vom 23. bis 26. September 2007, ed. Michael Simon et al. (Münster: Waxmann, 2009), 100-110.

56 Vgl. etwa Mischa Meier (Hg.), *Pest. Die Geschichte eines Menschheitstraumas* (Stuttgart: Clett-Kotta, 2005).

57 Emile Le Roy Ladurie, «Un concept: l'unification microbienne du monde (XIV.-XVII. siècles),» *Schweizerische Zs. für Geschichte* 23 (1973), 627-696; Alfred W. Crosby, "Virgin Soil. Epidemics as a Factor in the Aboriginal Depopulation in America," *William and*

bzw. den Ursachen für hohe Mortalitätsziffern der Indigenen Amerikas sowie der von den USA ausgehenden sog. „Spanish Influenza“,⁵⁸ wird in der westlichen Welt der Topos vom „Seuchenherd“ zumeist mit dem „Osten“ in Verbindung gebracht.⁵⁹

Als Vektoren geraten Tiere oder Menschen, d.h. Verkehrsströme und Migrationsbewegungen aber auch Verhaltensweisen in den Blick.⁶⁰ Schließlich treffen Seuchen lokal und regional auf unterschiedliche Bedingungen (The Global and the Local). Seit dem Spätmittelalter wurden obrigkeitliche Abspermaßnahmen entwickelt, gegen deren Nebenwirkungen im 19. Jahrhundert der Antikontagionismus als Ausprägung des bürgerlichen Liberalismus argumentierte.⁶¹ Auch Eradikations- oder Assanierungsbestrebungen waren häufig eng mit politischen bzw. ideologischen Leitbildern verknüpft.⁶² Daher erscheint die historische Analyse

Mary Quarterly 33 (1976), 289-299; Chr. W. McMillen, „The Red Man and the White Plague: Rethinking Race, Tuberculosis, and American Indians, ca. 1890-1950,” *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008), 608-645.

- 58 Alfred W. Crosby, *America's forgotten pandemic - the influenza of 1918*, 2nd ed. (Cambridge: 2003); Wilfried Witte, *Tollkirschen und Quarantäne: Die Geschichte der Spanischen Grippe* (Berlin: 2008); u.v.a.: Séverine Ansart et al., „Mortality Burden of the 1918-1919 Influenza Pandemic in Europe,” *Influenza and Other Respiratory Viruses* 3 (2009), 99-106.
- 59 Etwa Barbara Dettke, *Die asiatische Hydra - die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preußischen Provinzen Posen, Preußen und Schlesien* (Berlin: de Gruyter, 1995); Paul J. Weindling, *Epidemics and Genocide in Eastern Europe, 1890-1945* (Oxford: OUP, 2003).
- 60 Tom Quinn, *Flu : A Social History of Influenza* (London: New Holland, 2008); Gerardo Chowell et al., „The 1918-1919 Influenza Pandemic in England and Wales: Spatial Patterns in Transmissibility and Mortality Impact,” *Proceedings of the Royal Society B - Biological Sciences* 275 (2008), 501-509. Peter Caley, D. J. Philp and K. McCracken, „Quantifying Social Distancing Arising from Pandemic Influenza,” *Journal of the Royal Society Interface* 5 (2008), 631-639. Andrea Riecken, *Migration und Gesundheitspolitik: Flüchtlinge und Vertriebene in Niedersachsen 1945-1953* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006); Kai Peter Jankrift, Die Pest im Nahen Osten und in der Mittelalterlichen Arabischen Welt, in *Pest. Die Geschichte eines Menschheitstraumas*, ed. Mischa Meier (Stuttgart: Clett-Kotta, 2005), 225-236.
- 61 Zur Klassischen These von **Erwin H. Ackerknecht**, „**Anticontagionism between 1821 and 1867**,” *Bulletin of the history of medicine* 22 (1948), 562-593 – vgl. u.a. Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930* (Cambridge: CUP, 2005). Zur Quarantäne: Andrea A. Conti and Gian F. Gensini, „The Historical Evolution of Some Intrinsic Dimensions of Quarantine,” *Medicina nei secoli* 19 (2007), 173-187; John Booker, *Maritime Quarantine. The British Experience, c. 1650-1900* (Aldershot: Ashgate, 2007).
- 62 Alfons Labisch, „Species Sanitation of Malaria in the Netherlands East Indies (1913-1942) – an example of applied medical history?,” *Michael Quaterly* 7 (2010), 296-306; Gordon M. Patterson, *The Mosquito Crusades: A History of the American Anti-Mosquito Movement from the Reed Commission to the First Earth Day* (New Brunswick: Rutgers

gesellschaftlicher Reaktionen, wie z.B. von Richard Evans zur Choleraepidemie 1892 in der Hafenstadt Hamburg,⁶³ ebenso aufschlussreich wie historisch-geographische Rekonstruktionen,⁶⁴ insbesondere im kolonialen Kontext.⁶⁵ So können die sich seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert rapide modernisierenden Gesellschaften Asiens, gleichsam im Spiegel ihrer Seuchenbekämpfung d.h. eines Teilbereichs der Medizin als Medium multipler Modernitäten analysiert werden.⁶⁶

-
- UP, 2009); Sandra Sufian, *Healing the Land and the Nation: Malaria and the Zionist Project in Palestine, 1920-1947* (Chicago: Univ. Chicago Pr., 2007); Eric D. Carter, "‘God Bless General Perón’: DDT and the Endgame of Malaria Eradication in Argentina in the 1940s," *J History Med. Allied Sciences* 64 (2009), 78-122.
- 63 Richard J. Evans, *Death in Hamburg 1830-1910: society and politics in the cholera years* (Oxford: OUP, 1987); Robert Barde, "Plague in San Francisco: An Essay Review," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 59 (2004), 463-470; Jörg Vögele, „Tore zum Tod? Zur Sterblichkeit in Hafenstädten," *Schiff und Zeit* 59 (2004), 28-32.
- 64 Beispielsweise Akihito Suzuki, "Measles and the Spatio-Temporal Structure of Modern Japan," *Economic History Review* 62 (2009), 828-856; Niall Johnson, *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue* (London, New York: Routledge, 2006); Flurin Condrau and Michael Worboys, "Epidemics and Infections in 19th C. Britain," *Social History of Medicine* 22 (2009), 165-172. Stephan Curtis, "In-Migration and Diphtheria among Children in the Sundsvall Region During the Epidemics of the 1880s," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 63 (2008), 23-64; Carol A. Benedict, *Bubonic Plague in Nineteenth-Century China* (Stanford Ca: SUP, 1996); Myron J. Echenberg, *Plague ports. The global urban impact of bubonic plague, 1894-1901* (New York: NYUP, 2007).
- 65 David Arnold, *Colonizing the Body" - State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India* (Berkeley: CUP, 1993); Ka-Che Yip, ed., *Disease, Colonialism, and the State: Malaria in Modern East Asian History* (Hong Kong: HKUP, 2009); Wataru Iijima, "The establishment of Japanese Colonial Medicine: Infectious and Parasitic Disease Studies in Taiwan, Manchuria, and Korea under the Japanese Rule before WW II," *Aoyama Shigaku* 28 (2010), 77-106; Eric T. Jennings, "Confronting Rabies and its Treatments in Colonial Madagascar, 1899-1910," *Social History of Medicine* 22 (2009), 263-282.
- 66 Shizu Sakai, Alfons Labisch et al., eds., *Transactions in Medicine and Heteronomous Modernization. Germany, Japan, Korea and Taiwan* (Tokyo: 2009); Ann Jannetta, "Jennerian Vaccination and the Creation of a National Public Health Agenda in Japan, 1850-1900," *Bulletin of the History of Medicine* 83 (2009), 125-140; Ruth Rogaski, *Hygienic Modernity. Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China* (Berkeley: UCP, 2004); Wataru Iijima, *Kansensho no Chugokushi. Koshuisei to Higashi Asia* (Tokyo: Chuo Koron, 2009); Milton J. Lewis and Kerrie L. Macpherson, eds., *Public Health in Asia and the Pacific: Historical and Comparative Perspectives* (London, New York: Routledge, 2008); Christian Oberländer, "The Rise of Scientific Medicine in Japan: Beriberi as the Driving Force in the Quest for Specific Causes and the Introduction of Bacteriology," *Historia scientiarum [Tokyo]* 13 (2004), 176-199; Barbara Volkmar, "The Concept of

Die erste Sektion „*The Global and the Local*“ wird von KARL-HEINZ LEVEN (Erlangen) mit einer Übersicht über methodische Trends der Forschungslandschaft zur Seuchengeschichte im Frühmittelalter unter den Schlagworten „Vandal Minimum and Molecular History“ eröffnet und zeigt auf, dass die Interpretationsräume retrospektiver Diagnostik oder politischer Wirkungsabschätzung nicht selten überdimensioniert erscheinen. Exemplarisch stellt FRITZ DROSS (Erlangen) anhand intensiver Quellenstudien eine rätselhafte Massenerkrankung des Spätmittelalters und deren (un)mögliche Interpretationen als Gnade, Stigma oder Skandal am Beispiel der Reichsstadt Nürnberg vor: den „Portzel“. Mit weiteren diagnostischen Vorbehalten schildert BRIGITTE FUCHS (Wien) die Beschreibungen der mit deprivierten Lebens- und Wohnverhältnisse einhergehenden Hautkrankheiten unter den Bezeichnungen Skerljevo, Frenjak oder Syphilis durch österreichische Ärzte auf dem Balkan. In einem vergleichbaren Spannungsfeld von Seuchendiskursen und Stigmatisierungen analysiert INDIRA DURAKOVIĆ die Konstruktion von Feindbildern.

Die nächsten Beiträge befassen sich mit globalen Verkehrsknotenpunkten und ihren Hygienemaßnahmen, insbesondere den Hafentädten. MICHAEL ZEHETER (Konstanz) veranschaulicht, wie Wissensbestände zur Cholera von englischen Erstbeschreibungen in Indien ausgehend im Commonwealth verbreitet und wie diese Informationen beispielsweise in Kanada rezipiert wurden. Die Entwicklung der Quarantänemaßnahmen in Puerto Rico wurde von PAOLA SCHIAPPACASSE (Washington DC) im Detail rekonstruiert. Anschließend wechselt der Fokus nach Ostasien. Zunächst stellt AKIHITO SUZUKI (Tokyo) die Entwicklung der Seuchenbekämpfung in Japan vor, die im Gegensatz zu Europa bis ins 19. Jahrhundert nicht an der Pest als Modellkrankheit, sondern traditionell an den Pocken orientiert und stärker in die Familienstrukturen integriert war. Anschließend rekonstruierte er Inzidenzen und Ausbreitung der Cholera in der Region Tokyo. Daran anschließend werden zeitgenössische Diskurse zum Seuchengeschehen in ausgewählten Hafentädten vorgestellt: HIDEHARU UMEHARA (Düsseldorf) behandelt die Reaktionen der deutschen, japanischen und chinesischen Experten sowie der Bevölkerung auf die drohende Lungenpest in Nordostasien 1911 und 1917. Dieses Beispiel erscheint besonders geeignet, um das Konzept der Medizin als Medium multipler Modernitäten zu operationalisieren. Im Vergleich dazu berichtet YUKI FUKUSHI (Kyoto) über den „Plague Riot“ gegen drakonische Maßnahmen der europäischen Seuchenabwehr in Shanghai und die anschließende Kompromissfindung.

Anschließend werden Seuchenbekämpfung und -berichterstattung in Deutschland fokussiert. ANNETT BÜTTNER (Düsseldorf-Kaiserswerth) beschreibt den Einsatz von Diakonissen in Choleraepidemien, wobei im ausgehenden 19. Jahrhundert die Rezeption antiseptischer oder bakteriologischer Fortschritte eher zögerlich erfolgte. Abschließend stellt MALTE THIESSEN (Oldenburg) grundlegende Überlegungen zur Transregionalität der Seuchengeschichte bzw. zum charakteristischen Stadt-Land-Gradienten der Quellenlage am Beispiel der Spanischen Grippe in Norddeutschland zur Diskussion.

Zum Schluss der Sektion werden anhand neuerer Entwicklungen globale und originelle Perspektiven kombiniert: Die kulturell geprägte Furcht vor Seuchen und Reisekrankheiten kontrastiert JOHANNES SIEGRIST (Düsseldorf) mit epidemiologischen Daten zur Ausbreitung von Zivilisationskrankheiten in Entwicklungsländern. Im gleichen Sinne diskutiert IRIS BOROWY (Paris) die vernachlässigte ‚gesellschaftliche Epidemie‘ der Straßenverkehrsunfälle vor dem Hintergrund globaler Transitionstheorien und Initiativen der World Health Organization.

Skandalisierung, Emotionale Epidemiologie

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt beschäftigt sich mit den kollektiven Ängsten angesichts von Seuchen sowie den Bedürfnissen nach Erklärungen und Kontrolle.⁶⁷ Seuchen wurden und werden als gleichsam (über-) natürliche Strafen für Fehlverhalten interpretiert. Hier kann den Funktionsweisen der Attribuierung von Schuld sowie den Interpretationsrahmen von Epidemien nachgespürt werden.⁶⁸ Sowohl in der Hochkultur als auch im Alltagsleben haben Seuchenwahrnehmungen unzählige Spuren hinterlassen.⁶⁹ Für die Zeitgenossen ein zentrales Element war bzw. ist der

67 Per Axelsson, “Do Not Eat Those Apples; They’ve Been on the Ground!”: Polio Epidemics and Preventive Measures, Sweden 1880s-1940s,” *Asclepio* 61 (2009), 23-38.

68 Samuel K. Cohn, “The Black Death and the Burning of Jews,” *Past and Present* 196 (2007), 3-36.

69 Mischa Meyer, ed., *Pest. Die Geschichte eines Menschheitstraumas* (Stuttgart: Klett-Cotta, 2005); darin insbes. 317-327 Klaus Bergdolt, „Das Pestmotiv in der Bildenden Kunst“; Jennifer Cooke, *Legacies of Plague in Literature, Theory and Film* (Houndmills NY: Palgrave Macmillan, 2009); Gauvin A. Bailey, *Hope and Healing: Painting in Italy in a Time of Plague, 1500-1800* (Worcester Ms: Univ. Chicago Pr., 2005); Robin Mitchell-Boyask, *Plague and the Athenian Imagination: Drama, History and the Cult of Asclepius* (Cambridge: CUP, 2008); Elina Gertsman, “Visualizing Death. Medieval Plagues and the Macabre,” in *Piety and Plague. From Byzantium to the Baroque*, ed. Franco Mormando and Thomas Worcester (Kirkville: Manchester UP, 2007), 64-89.

Umgang mit der Seuchenfurcht.⁷⁰ Der Rolle der Medien kann hier eine wichtige Bedeutung zukommen.⁷¹ Auch in der Belletristik wurden Seuchen häufig thematisiert, um einerseits das Faszinosum nach zeitgenössischem Kenntnisstand zu schildern,⁷² andererseits auch als Stilmittel um die Handlung in Gang zu bringen.⁷³ Als *Movens* werden Seuchen nicht nur in Kultur, Religion, Politik, Presse und Geisteswissenschaften instrumentalisiert,⁷⁴ sondern bevorzugt auch in der Gesundheitspolitik. Der durch historisch gewachsene Institutionen begünstigten Überbewertung von Seuchen im Gesamtmortalitätsspektrum⁷⁵ durch die Gesundheitsberichterstattung entspricht die Begriffswahl bei weiteren Kampagnen.⁷⁶ Diese Phänomene können im Sinne einer emotionalen Epidemiologie oder im Sinne Alfons Labischs als „Skandalisierung“ analysiert werden.⁷⁷

-
- 70 Olaf Briese, *Angst in den Zeiten der Cholera*, 4 Bde. (Berlin: Akad.-Verl., 2003); Philip M. Teigen, „Legislating Fear and the Public Health in Gilded Age Massachusetts,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 62 (2007), 141-170; Daniel J. Wilson, „Psychological Trauma and Its Treatment in the Polio Epidemics,” *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008), 848-877.
- 71 Eckard Michels, „Die ‚Spanische Grippe‘ 1918/19 – Verlauf, Folgen und Deutungen in Deutschland im Kontext des Ersten Weltkriegs,” *Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte* 1/2010; 1-33.
- 72 Vgl. z.B. Heiner Fangerau: „The novel Arrowsmith, Paul de Kruif (1890-1971) and Jacques Loeb (1859-1924): A literary portrait of medical science,” *Medical Humanities* 32 (2006), 82-87.
- 73 David E. Shuttleton, *Smallpox and Literary Imagination, 1660-1820* (Cambridge: CUP, 2007); Arnold Weinstein, „Afterword: Infection as Metaphor,” *Literature and Medicine* 22 (2003), 102-115; Anja Schonlau, *Syphilis in der Literatur - über Ästhetik, Moral, Genie und Medizin, 1880-2000* (Würzburg: Königshausen & Neumann, 2005).
- 74 Daniel Beer, „Microbes of the Mind: Moral Contagion in Late Imperial Russia,” *Journal of Modern History* 79 (2007), 531-572; Philipp Sarasin, „Ausdünstungen, Viren, Resistenzen. Die Spur der Infektion im Werk Michel Foucaults,” *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 16 (2005), 88-108; Daniel T. Reff, *Plagues, Priests, and Demons: Sacred Narratives and the Rise of Christianity in the Old World and the New* (Cambridge: CUP, 2005).
- 75 Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung* (Berlin: Duncker & Humblot, 2001); Reinhard Spree, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod - zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1981).
- 76 Sander Gilman, „Some Weighty Thoughts on Dieting and Epidemics,” *Lancet* 371 (2008), 1498-1499; Gary A. Giovino, „The Tobacco Epidemic in the United States,” *American Journal of Preventive Medicine* 33 (2007), S318-S326; Katherine K. Christoffel, „Firearm Injuries: Epidemic Then, Endemic Now,” *American Journal of Public Health* 97 (2007), 626-629.
- 77 Alfons Labisch, *Homo hygienicus* (Frankfurt a.M.: Campus, 1992).

Die zweite Sektion „*Decameron revisited: Cultural Impact*“ widmet sich methodisch und inhaltlich den kulturgeschichtlichen Auswirkungen von Seuchen, insbesondere der Rezeptionsgeschichte der Pest. Einführend interpretiert KAY PETER JANKRIFT (Augsburg) Darstellungen der Pest in der Grimmschen Sagensammlung. Im Bereich der bildenden Kunst hinterfragt STEFANIE KNÖLL (Düsseldorf) anhand von Graphiken mit Totentanz-Motiven das Verhältnis von Tradition und zeitgenössischer Seuchenerfahrung im 19. Jahrhundert. Vom Cholera-Diskurs ausgehend kommentiert REINHARD SPREE (Berlin) das Verhältnis von Medizin und Gesellschaft in historischer Perspektive.

Wie Seuchenthemen didaktisch verwendet wurden, stellen die folgenden drei Beiträge dar: Zunächst untersucht ANJA SCHONLAU (Göttingen) am Beispiel von Bert Brecht und Eugène Brieux die dramaturgische Verarbeitung des Themas Syphilis vom sozialhygienischen Drama zur sozialhygienischen Posse. Für den Einsatz historischer oder dramaturgischer Elemente im Unterricht plädiert zunächst IRWIN W. SHERMAN (La Jolla), bevor MAIKE ROTZOLL (Heidelberg) und MARION HULVERSCHEIDT (Berlin) mit studentischen Fortschreibungen belletristischer Seuchenklassiker wie des Dekameron Erfahrungen aus einem medizinhistorischen Lehrexperiment vorstellen.

Men vs. Microbes – and other science studies

In der engeren Medizingeschichte weichen die Schilderungen von abenteuerlichen Expeditionen und spannenden Experimenten als moderne Heldengeschichte(n)⁷⁸ weitgehend zeitgemäßen wissenschaftshistorischen Analysen wie Netzwerk- oder Laborstudien.⁷⁹ Nicht mehr eine lineare Erfolgsgeschichte, sondern die Historizität der Wege der Forschung steht dabei im Vordergrund.⁸⁰

78 Beispielsweise Johannes Grüntzig und Heinz Mehlhorn, *Expeditionen ins Reich der Seuchen – Medizinische Himmelfahrtskommandos der Deutschen Kaiser- und Kolonialzeit* (München: 2005). Vgl. die Klassiker von Paul de Kruif, z.B.: *Microbe Hunters* (New York: Blue ribbon, 1927), *Men against Death* (New York: Harcourt) u.v.a.

79 Etwa Wilfried Witte, „Die Grippe-Pandemie 1918-20 in der Medizinischen Debatte,“ *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 29 (2006), 5-20. Alfredo Morabia, „Epidemiologic Interactions, Complexity, and the Lonesome Death of Max von Pettenkofer,“ *American Journal of Epidemiology* 166 (2007), 1233-1238; Christoph Gradmann, *Krankheit im Labor: Robert Koch und die Medizinische Bakteriologie* (Göttingen: Wallstein, 2005).

80 Alfons Labisch, „Die bakteriologische und die molekulare Transition der Medizin - Historizität und Kontingenz als Erkenntnismittel?“ in *Historizität: Erfahrung und Handeln in Geschichte in der Medizin*, ed. Alfons Labisch und Norbert Paul (Stuttgart: Steiner, 2003), 211-223; Tom Koch and Kenneth Denike, „Crediting His Critics’ Concerns: Remaking John Snow’s Map of Broad Street Cholera, 1854,“ *Social Science and Medicine* 69 (2009), 1246-1251; S. D. Jones and P. M. Teigen, „Anthrax in Transit: Practical Experience and

Doch gegenüber wirksamen Therapieformen, wie den zunächst empirisch begründeten und erst mit zeitlicher Verzögerung standardisierten Impfmaßnahmen,⁸¹ nicht zuletzt auch bei der Viehseuchenbekämpfung,⁸² stand mit dem Siegeszug der Bakteriologie zunächst vor allem die Grundlagenforschung im Vordergrund.⁸³ Kritisch beleuchtet werden muss die Tendenz zu Humanexperimenten, in der Pionierphase⁸⁴ ebenso wie im Zweiten Weltkrieg in Deutschland⁸⁵ und Japan⁸⁶

Intellectual Exchange,” *Isis* 99 (2008), 455-485; Scott D. Holmberg, *Scientific Errors and Controversies in the U.S. HIV/Aids Epidemic: How they slowed Advances and were Resolved* (Westport, London: Praeger, 2008); Claude Chastel, “Le Centenaire de la Decouverte du Vibrion d’el Tor (1905) Ou les Débuts Incertains de la Septième Pandémie du Choléra,” *Histoire des sciences médicales* 41 (2007), 71-82; Hyung W. Park, “Germs, Hosts, and the Origin of Frank Macfarlane Burnet’s Concept of Self and Tolerance, 1936-1949,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 61 (2006), 492-534.

- 81 Zur Pockenimpfung vgl. Themenheft *Bulletin of the History of Medicine* 83 (2009) sowie zum Impfwesen John M. Eyler, “The Fog of Research: Influenza Vaccine Trials During the 1918-19 Pandemic,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 64 (2009), 401-428; zur Standardisierung u.a. Volker Hess, “The Administrative Stabilization of Vaccines: Regulating the Diphtheria Antitoxin in France and Germany, 1894-1900,” *Science in Context* 21 (2008), 201-227; zur Impfgegnerschaft vgl. Eberhard Wolff, *Einschneidende Maßnahmen: Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts* (Stuttgart: Steiner, 1998).
- 82 Katharina Engelken et al., ed., *Beten, Impfen, Sammeln -- zur Viehseuchen- und Schädlingsbekämpfung in der Frühen Neuzeit* (Göttingen: Univ.-Verl., 2007).
- 83 Vgl. u.v.a. Sylvia Berger, *Bakterien in Krieg und Frieden – Eine Geschichte der Medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890-1933* (Göttingen: Wallstein, 2009).
- 84 Deborah Neill, “Paul Ehrlich’s Colonial Connections: Scientific Networks and Sleeping Sickness Drug Therapy Research, 1900-1914,” *Social History of Medicine* 22 (2009), 61-78; Hiroyuki Isobe, *Medizin und Kolonialgesellschaft – Die Bekämpfung der Schlafkrankheit in den Deutschen Schutzgebieten vor dem Ersten Weltkrieg* (Berlin: Lit, 2009); Wolfgang U. Eckart, „Die Kolonie des Laboratoriums: Schlafkrankheitsbekämpfung und Humanexperimente in den Deutschen Kolonien Togo und Kamerun, 1908-1914,“ in *Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert*, ed. Birgit Griessecke (Frankfurt: Suhrkamp, 2009), 199-227.
- 85 Etwa Marion A. Hulverscheidt und Anja Laukötter, eds., *Infektion und Institution: Zur Wissenschaftsgeschichte des Robert-Koch-Instituts im Nationalsozialismus* (Göttingen: Wallstein, 2009); Christine Wolters, „Zur ‚Belohnung‘ wurde ich der Malaria-Versuchsstation zugeteilt: Die Karriere des Dr. Rudolf Brachtel,“ in *Lagersystem und Repräsentation*, ed. Ralph Gabriel et al. (Tübingen: Diskord, 2004), 29-45.
- 86 Peter Williams, David Wallace, *Unit 731 – Japans Secret Biological Warfare in World War II* (London: Hodder & Stoughton, 1988).

oder im Rahmen der Kriegsforschungen z.B. zur Malaria.⁸⁷ Häufig spiegeln Konzepte, etwa der Parasitologie und daraus abgeleiteter Strategien, den Kontext ihrer Entstehung wider, treten als soziale Konstruktion in den Vordergrund und transportieren gesellschaftliche Implikationen.⁸⁸ Nicht nur aus der Vormoderne überlieferte Epidemien und Pandemien erscheinen – wie in den ersten Beiträgen dieses Bandes ausgeführt – in der retrospektiven Diagnose problematisch,⁸⁹ streng genommen muss auch der epidemiologische Einfluss zeitgenössischer Therapien retrospektiv stets zweifelhaft erscheinen.⁹⁰ Angesichts bleibender Unsicherheiten rückversichert sich die Seuchenbewältigung vor Ort daher mit globaler Expertise, z.B. durch internationale Organisationen wie die League of Nations Health Organisation (später WHO), das Rote Kreuz bzw. die Rockefeller Foundation.⁹¹ Der

-
- 87 Leo B. Slater, *War and Disease: Biomedical Research on Malaria in the Twentieth Century* (New Brunswick: Rutgers UP, 2009); Matthew R. Smallman-Raynor, *War Epidemics: An Historical Geography of Infectious Disease in Military Conflict and Civil Strife* (Oxford: OUP, 2006).
- 88 Philipp Sarasin, *Bakteriologie und Moderne – Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren, 1870-1920* (Frankfurt: Suhrkamp, 2007); Michael Brown, “From Foetid Air to Filth: The Cultural Transformation of British Epidemiological Thought, ca. 1780-1848,” *Bulletin of the History of Medicine* 82 (2008), 515-544; Annemarie Kinzelbach, “Infection, Contagion, and Public Health in Late Medieval and Early Modern German Imperial Towns,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 61 (2006), 369-389.
- 89 Karl-Heinz Leven, „Von Ratten und Menschen. Pest, Geschichte und das Problem der Retrospektiven Diagnose, in *Pest. Die Geschichte eines Menschheitstraumas*, ed. M. Meyer (Stuttgart: Klett-Cotta, 2005), 11-34; John Christiansen, “The English Sweat in Lübeck and North Germany, 1529,” *Medical History* 53 (2009), 415-429. Brian H. Bossak and Mark R. Welford, “Did Medieval Trade Activity and a Viral Etiology Control the Spatial Extent and Seasonal Distribution of Black Death Mortality?,” *Medical Hypotheses* 72 (2009), 749-752. Didier Raoult and Michel Drancourt, *Paleomicrobiology: Past Human Infections* (Berlin: Springer, 2008); Vivian Nutton, ed., *Pestilential Complexities: Understanding Medieval Plague* (London: Wellcome, 2008).
- 90 Gretchen A. Condran, “The Elusive Role of Scientific Medicine in Mortality Decline: Diphtheria in Nineteenth- and Early Twentieth-Century Philadelphia,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 63 (2008), 484-522. Kathryn Hillier, “Babies and Bacteria: Phage Typing, Bacteriologists, and the Birth of Infection Control,” *Bull. History Med.* 80 (2006), 733-761.
- 91 Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health - the League of Nations Health Organisation 1921-1946* (Frankfurt: Lang, 2010); Valeska Huber, “The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894,” *The Historical Journal* 49 (2006), 453-476; John Farley, *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation, 1913-1951* (New York: OUP, 2004); Paul J. Weindling, ed., *International health organisations and movements, 1918-1939* (Cambridge: CUP, 1995); Susan G. Solomon, L. Murard and P. Zylberman,

dritte Hauptteil widmet sich wissenschaftshistorischen Untersuchungen zu den Experten in Seuchenforschung und Mikrobiologie.

Zum Auftakt referiert REINHARD BURGER (Berlin) über Seuchengeschichte und Bedrohungspotentiale durch Bioterrorismus aus der aktuellen Perspektive des Robert Koch Instituts. Anschließend analysiert GEORG MODESTIN (Solothurn) die Konstruktion von Vergiftungsvorwürfen zur Zeit des Schwarzen Tods und die Judenverfolgungen im Spiegel der Straßburger Ratskorrespondenzen und der zeitgenössischen Chronik des Heinrich von Diessenhofen. Zur Pest vergleicht MARCO NEUMAIER (Heidelberg) englische und deutsche Ratgeberliteratur der Renaissance. Anschließend berichtet CHRISTOPH GRADMANN (Oslo) über Robert Kochs Weiterentwicklung seiner Forschungsstrategien hin zu Tierexperimenten außerhalb des Labors mit Viehherden in Afrika. Methoden und Wege der Seuchenforschung wurden auch von WILFRIED WITTE (Berlin) am Beispiel der *Encephalitis lethargica* in der Zwischenkriegszeit diskutiert und die Folgen für Patienten. Es folgen zwei Beiträge zur Malariologie, zunächst von WATARU IJIMA (Tokyo) über die Zusammenhänge der japanischen Entwicklungen dieses Faches in Krieg und Frieden. Danach stellt GABRIELE FRANKEN (Düsseldorf) ein Projekt zur Geschichte der Medizin *in* der Medizin vor, das die Entwicklung von Theorien und Forschungsprogrammen zu Malariarückfällen – insbesondere durch sogenannte Hypnozoiten – im 20. Jahrhundert systematisiert. Den Hauptteil über Experten und Expertise beschließen NORBERT W. PAUL und MITA BANERJEE, indem sie kulturelle Grundlagen und komplexe Aushandlungsprozesse eines pandemischen Risikos am Beispiel der sogenannten Schweinegrippe zur Diskussion stellen.

Eine methodisch spannende Abschlussdiskussion für den Gesamtband initiiert ALFONS LABISCH (Düsseldorf) aus der Entwicklung der Sozialgeschichte der Medizin heraus. Seine grundlegenden Fragen kreisen durchaus provokant um die Frage, wie kultur- oder gesellschaftswissenschaftliche mit natur- oder lebenswissenschaftlichen Denkansätzen verbunden werden können, so dass eine „eigene“ Geschichte der Medizin entsteht.

Für die Geschichts- und Kulturwissenschaften drängen sich Seuchen als Untersuchungsgegenstand geradezu auf, eröffnen sie doch zentrale Fragen für eine Medizin-, Sozial- und Kulturgeschichte: Wie gingen Gesellschaften mit Seuchen um, welche Akteure nahmen in welcher Form den Kampf gegen Krankheiten auf? Was kann uns der Vergleich über soziokulturelle Kontexte kollektiver Ängste und über Strategien ihrer kommunikativen Aushandlung sagen? Welchen Anteil hatten die Medien am Umgang mit Seuchen, wie prägten sie die Wahrnehmung von Krankheiten und die

Vermittlung gesundheitspolitischer und medizinischer Maßnahmen? Während zur Seuchengeschichte von der Antike bis ins 20. Jahrhundert zahlreiche Forschungen vorliegen, sind viele dieser Fragen noch immer ohne Antworten geblieben. Auch in methodischer Hinsicht eröffnet die Seuchengeschichte ein komplexes Feld, das mit neuen sozial- und kulturgeschichtlichen Ansätzen erschlossen werden kann. Die Geschichte der Seuchen hat nach wie vor Konjunktur. Auf dem Düsseldorfer Workshop, dem 2012 eine Tagung in Oldenburg folgte,⁹² sollten daher Forschungen zur Geschichte der Seuchen und Infektionskrankheiten diskutiert werden, die Forschungslücken schließen und, wie seinerzeit von Martin Dinges gefordert, „neue Wege in der Seuchengeschichte“ beschreiten.

92 Tagungsbericht: Infiziertes Europa. Seuchen in der Sozial- und Kulturgeschichte des 20. Jahrhunderts, 23.03.2012 – 24.03.2012 Oldenburg, in: H-Soz-Kult, 24.04.2012, www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-4205. Malte Thießen, Infiziertes Europa: Seuchen im langen 20. Jahrhundert (München: de Gruyter & Oldenbourg, 2014).