

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. Florian Steger

Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung.

Ein Beitrag zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens der Stadt Halle
in der Zeit von 1879 bis 1924.

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Jana Vogel, geb. Arnold
geboren am 26.09.1985 in Grimma
Betreuer: Prof. Dr. med. Josef N. Neumann

Gutachter:
Prof. Dr. med. Josef N. Neumann
Prof. Dr. med. Marianne Borneff-Lipp
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha (Leipzig)

Promotionsverteidigung: 16.10.2013

Referat

Die vorliegende Dissertation beschreibt, wie sich das Gesundheitswesen der Stadt Halle Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt hat. Besondere Aufmerksamkeit wurde dabei den Infektionskrankheiten gewidmet. Es wird herausgearbeitet, welchen Stellenwert sie bei den Todesursachen in der Zeit von 1879 bis 1924 einnehmen und wie die Stadt Halle im Vergleich zur Provinz Sachsen und dem gesamten Deutschen Reich abschneidet. Zu diesem Zweck wurden die statistischen Jahresberichte der Stadt Halle und die Statistiken des Deutschen Reiches von 1879 bis 1925 auf die Anzahl der Geburten, die Gesamtzahl der verstorbenen Einwohner sowie die Todesursachen untersucht. Dabei ist festzustellen, dass die Stadt Halle außer bei Scharlach keine signifikant höhere Sterblichkeitsrate an Infektionskrankheiten aufweist.

Mit der Gründung des Untersuchungsamtes für ansteckende Krankheiten 1900 war es den Ärzten möglich, ihre Patienten gezielter zu behandeln, Desinfektionen zielgerichteter durchführen zu lassen und Isolierungen schneller wieder aufzuheben. Die Zahl der mikrobiologischen Untersuchungen im Untersuchungsamt stieg stetig an, was als großer Erfolg gewertet werden kann. Die Errichtung des Gesundheitsamtes 1907 brachte einen weiteren Fortschritt im öffentlichen Gesundheitswesen der Stadt Halle mit sich. Die wöchentlichen Sprechstunden, die stetigen Kontrollen der Wasserqualität und Inspektionen der Wohnverhältnisse sowie die Aufklärung der Bevölkerung durch öffentliche Vorträge über Gesundheitsrisiken führten über die Jahre zu besseren Lebensbedingungen und damit zu einem geringeren Gesundheitsrisiko. Von 1908 an wurde mit der Einstellung eines Schularztes ein besonderes Augenmerk auf die Schulen gelegt. Es fanden beim Eintritt in die Schule sowie bei Verdacht auf ansteckende Krankheiten Untersuchungen der Schüler statt, so dass eine größere Ausbreitung von Infektionskrankheiten verhindert und die Schüler entsprechend ihrer körperlichen Konstitutionen gefördert und unterstützt werden konnten.

Vogel, Jana: Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung. Ein Beitrag zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens der Stadt Halle in der Zeit von 1879 bis 1924. Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 95 Seiten, 2013

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Situation der Stadt Halle Mitte des 19.-Jahrhunderts.....	7
1.1 Wohnverhältnisse und öffentliche Hygiene	7
1.2 Medizinische Versorgung	9
1.3 Anteil der Infektionskrankheiten	10
2 Das Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten zu Halle a. S.	12
2.1 Die Gründung des Untersuchungsamtes	12
2.1.1 Die Leitung des Untersuchungsamtes	15
2.2 Die Räumlichkeiten und das Personal des Amtes	18
2.3 Die Finanzierung des Untersuchungsamtes	18
2.4 Entwicklung der Anzahl der Proben	19
2.5 Untersuchungstechniken.....	21
2.5.1 Tuberkulose	21
2.5.2 Diphtherie.....	22
2.5.3 Typhus	22
2.5.4 Gonorrhoe	23
2.5.5 Syphilis.....	23
2.6 Gründung von Untersuchungsämtern in anderen Städten.....	24
3 Das Gesundheitsamt in Halle.....	25
3.1 Die Aufgaben des Gesundheitsamtes.....	26
3.2 Das Personal des Gesundheitsamtes	28
3.3 Wilhelm v. Drigalski	28
4 Infektionskrankheiten in Halle und deren Bekämpfung.....	32
4.1 Typhus	32
4.2 Scharlach	35
4.3 Masern/Röteln	38
4.4 Diphtherie	41
4.5 Influenza.....	45
4.6 Kindbettfieber	47
5 Errichtung einer Desinfektionsanstalt.....	52
5.1 Polizeianordnungen der Stadt Halle.....	52
5.2 Gebühren-Ordnung der Stadt Halle	54
5.3 Ausführung der Desinfektion in Halle.....	54

5.4	Statistik des Desinfektionswesens in Halle	57
5.5	Seuchenschutz während der Kriegszeit.....	57
6	Impfwesen.....	60
6.1	Gesetzliche Maßnahmen und Verordnungen	60
6.2	Impfungen und Wiederimpfungen	61
6.3	Impfvorschriften.....	62
6.4	Impfwesen in Halle.....	64
7	Das Amt des Schularztes in Halle.....	67
7.1	Die Einrichtung der Schularztstelle	67
7.2	Die Aufgaben des Schularztes.....	69
8	Diskussion.....	73
9	Zusammenfassung.....	78
	Quellen- und Literaturverzeichnis	80
	Anhang	85
	Thesen	94

Einleitung

Ein wichtiger Grundzug staatlicher Gesundheitspolitik im 19. Jahrhundert war das Interesse an der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, welches maßgeblich durch die neu gebildete medizinische Fachrichtung der Hygiene bestimmt war. Dieses Interesse des Deutschen Reiches an der Gesundheit der Bevölkerung zeigte sich zum Beispiel an dem am 8. April 1874 verabschiedeten Reichsimpfgesetz, welches die Pockenimpfung bei Neugeborenen und die Auffrischungsimpfung im 12. Lebensjahr regelte.¹

Gleichzeitig setzte Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910) mit seinen „Koch`schen Postulaten“ neue Maßstäbe in der Forschung. Er forderte eine Isolierung von Krankheitserregern in Reinkultur. Die Übertragung eines isolierten Erregers auf ein Tier musste dasselbe Krankheitsbild erzeugen. Erst dann konnte man seiner Meinung nach von dem Nachweis des Erregers sprechen. Durch die Weiterentwicklung zahlreicher Methoden und Techniken wurde Koch zum „Begründer der modernen Bakteriologie als Disziplin“.² Durch seine gewissenhafte Arbeit gelang es ihm, den Lebenszyklus der Bakterien aufzuzeigen. Zudem gelang ihm als ersten durch Züchtung auf Gelatineplatten, später Agarplatten, den Milzbranderreger und den Erreger der Tuberkulose in Reinkultur nachzuweisen. Damit entwickelte er eine Technik, die von ganz entscheidender Bedeutung für die Bakteriologie war. Ende des 19. Jahrhunderts folgten weitere wichtige Entdeckungen, wie die des *Vibrio cholerae* durch Koch, des Typhusbazillus durch Karl Joseph Eberth (1835-1926) und Koch sowie des Diphtherieerregers durch Friedrich August Johannes Loeffler (1852-1915).

Durch zunehmende Verbesserung der Technik gelang schon bald eine Typendifferenzierung der Bakterien. Dafür bediente man sich zahlreicher mikrobiologischer Methoden. Es wurden der chemische Aufbau, die antigenen Eigenschaften und die Charakteristika bei Anzucht von Kulturen untersucht. Auf diese Weise gelangte man zu verlässlicheren Ergebnissen bei der Abklärung von Krankheitsursachen. So war zum Beispiel mit der Schick-Reaktion³ die Diphtherieempfindlichkeit und die daraus resultierende Prophylaxe zu bestimmen. Für ähnliche Zwecke wurde auch der Dicktest⁴ für die Scharlachempfindlichkeit

¹ Vgl. Leven (1997), S. 90.

² Leven (1997), S. 100.

³ Béla Schick (1877-1967). Er war ein ungarischer Kinderarzt, der als Begründer der Schick-Reaktion gilt.

⁴ George Frederick Dick (1881-1967), amerikanischer Physiker und Bakteriologe, entwickelte gemeinsam mit seiner Frau Gladys Rowena Henry Dick (1881-1963), amerikanische Physikerin, den Dick-Test.

entwickelt.⁵ Weitere spezifische Antikörpersuchtests wurden bei der Tuberkulinreaktion und der Gruber-Widal-Reaktion⁶ in der Diagnostik eingesetzt und vorangetrieben.

Im Gegensatz zu bakteriellen Erkrankungen stand man Viruskrankheiten noch immer ratlos gegenüber. Anfang 1920 wurden Virusarten als „nicht sichtbar, nicht züchtbar und im Gegensatz zur Mehrzahl der Bakterien durch engporige Filter filtrierbar“⁷ definiert. So blieb dem Arzt nur die altbewährte Art der Diagnostik, d.h. gründliche Anamnese und körperliche Untersuchung.

Um Infektionskrankheiten zu bekämpfen und deren Ausbreitung einzudämmen, wurde auch sehr intensiv an vorbeugenden Maßnahmen geforscht. So gab es in dieser Zeit zahlreiche Erfolge auf dem Gebiet der Impfungen. Louis Pasteur (1822-1895) erprobte erstmals 1881 seine Milzbrand-Vakzine erfolgreich an Schafen. Er impfte sie mit abgeschwächten Erregern, woraufhin die Tiere unempfindlich gegenüber einer Infektion wurden.

Für den Tollwutimpfstoff trocknete Pasteur infiziertes Rückenmark von Kaninchen, das er jedoch zuvor nicht an Tieren testete, sondern ohne Voruntersuchungen 1885 einem infizierten Jungen impfte. So kam es, dass gegen diese zwar seltene, aber immer tödlich verlaufende Erkrankung ein Impfstoff gefunden wurde.

Als eine weitere wichtige Persönlichkeit im Zusammenhang mit maßgeblichen Impferfolgen soll hier Emil Adolf von Behring (1854-1917) genannt werden. Er wurde aufgrund seines Diphtherieimpfstoffes als „Retter der Kinder“ und dank der Entwicklung der passiven Immunisierung gegen Tetanus als „Retter der Soldaten“ im Ersten Weltkrieg gefeiert.

1921 wurde zudem die Impfung gegen Tuberkulose nach Calmette⁸ und Guérin⁹ eingeführt - eine sehr umstrittene Präventionsmaßnahme¹⁰.

Auch abgetötete Bakterienkulturen fanden als weitere Möglichkeit zur aktiven Immunisierung zunehmend Anwendung. Derartige Impfungen existierten für Cholera, Ruhr, Typhus und Paratyphus. Besonders haben sich diese Impfungen bei den deutschen Truppen vor und während des Ersten Weltkrieges bewährt, so dass die

⁵ Vgl. Müller- Seyfert (1930), S. 278-292.

⁶ Maximilian Franz Maria Gruber (1853-1927), österreichischer Mediziner, Hygieniker und Biologe. Georges Fernand Isidore Widal (1862-1929), französischer Mediziner, Bakteriologe und Pathologe. Beide entdeckten die Agglutination, so dass diese Reaktion nach ihnen benannt wurde.

⁷ Gundel (1935), S. 656.

⁸ Léon Charles Albert Calmette (1863-1933).

⁹ Jean-Marie Camille Guérin (1872-1961).

¹⁰ Durch einen verunreinigten Impfstoff, der in Paris hergestellt worden war, kam es 1930 in Lübeck nach der Impfung von 256 Neugeborenen zum sogenannten Lübecker Impfunglück. Bei diesem starben 77 Kinder und weitere 131 erkrankten an Tuberkulose. Aus diesem Grund erfolgte die Einführung der Tuberkuloseimpfung erst nach dem Zweiten Weltkrieg.

Todesfälle durch Infektionskrankheiten weit geringer waren als in vorangegangenen Kriegen.

Der Versuch, „antibakterielle Heilsera“, zum Beispiel gegen Meningokokken, anzuwenden, war dagegen nur wenig erfolgreich.

Anlässlich des sechsten Tages der hallischen Stadtgeschichte erschien ein Sammelband mit dem Titel „Stadt und Gesundheit. Soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert“. Darin berichtet Brinkschulte über die Situation der armen Bevölkerung und wie versucht wurde, über Vereinsgründungen und Aufklärung diesen Menschen ein gesünderes Leben möglich zu machen. Vollmer stellt den Umgang mit der hohen Säuglingssterblichkeit und den daraus resultierenden Fürsorgemaßnahmen dar. Jandt zeigt in ihrem Beitrag über das Amt der Stadtschwester das gewachsene Bewusstsein für die Gesundheitsfürsorge, und Vögele berichtet allgemein über die Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse in Deutschland sowie die Probleme¹¹, die die zunehmende Urbanisierung mit sich brachte. Allerdings gibt es noch keine Forschungen über Infektionskrankheiten in Halle und deren Bekämpfung.

Es ist das Ziel dieser Arbeit, herauszuarbeiten, welche Infektionskrankheiten in Halle im Laufe der Zeit auftraten, wie häufig sie vorkamen und wie oft sie zum Tod führten. Zudem soll geklärt werden, welchen Stellenwert sie bei den Todesursachen einnahmen. Dabei ist von zentraler Bedeutung, welche therapeutischen, vorbeugenden und gesundheitspolitischen Gegenmaßnahmen ergriffen wurden und wie sich diese auf die Krankheitsmortalität auswirkten.

Im Kontext des bereits erwähnten rasanten Fortschritts in der Mikrobiologie ist ebenfalls von Interesse, zu klären, ob und seit wann diese neuen Erkenntnisse auch in Halle angewandt wurden, welche Nachweise über den Einsatz von Impfungen in den Akten des Stadtarchives vorhanden sind, wer geimpft wurde und wie man mit Impfgegnern umging. Zudem ist das besondere Interesse dieser Untersuchung auf die Frage gerichtet, wie sich das öffentliche Gesundheitswesen entwickelte, welche Institutionen gegründet wurden, wie deren Aufgaben bestimmt und finanziert wurden und wie die Bevölkerung diese Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge angenommen hat.

¹¹ Wohnungsnot, Mangelernährung, hohe Kinder- und Säuglingssterblichkeit.

Für die Untersuchungen wurde der Zeitraum von 1879 bis 1924 gewählt. Im Laufe des Jahres 1878 werden zum ersten Mal Bestrebungen nach einem Untersuchungsamt erwähnt; das Jahr 1924 ergibt sich als Endpunkt der Untersuchung daraus, da nur bis zu diesem Zeitpunkt Aufzeichnungen über das Untersuchungsamt zu finden sind¹². Des Weiteren wurden mit Beginn des Ersten Weltkrieges die statistischen Berichte über die Todesursachen immer weniger ausführlich geführt, so dass Mitte der 20er Jahre nur noch äußerst detailarme Jahresberichte der Stadt Halle vorliegen. Letztendlich ist auch die Entwicklung der Grundstrukturen des Gesundheitswesens in Halle bis Mitte der 20er Jahre des 20. Jahrhunderts abgeschlossen und eine weitere Betrachtung unter dem Gesichtspunkt der Entstehung wenig sinnvoll.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Infektionskrankheiten Typhus, Scharlach, Diphtherie, Masern, Röteln, Pocken¹³, Influenza und Kindbettfieber. Da Geschlechtskrankheiten eine besondere Problematik darstellen, sollen diese sowie die damit verbundenen sozialen Probleme Gegenstand einer eigenen Promotionsarbeit sein.

Für meine Dissertation forschte ich vor allem im hallischen Stadtarchiv, im Archiv der Martin Luther Universität Halle und in der Nationalbibliothek Leipzig. Dabei bilden vor allem die Verwaltungsakten des Stadtarchivs in Halle die Grundlage meiner Arbeit. Die demographischen Fakten über die jährliche Geburten- und Sterberate sowie die Todesursachen und weitere gesundheitspolitische Hintergründe wurden aus den statistischen Jahresberichten der Stadt Halle von 1879 bis 1925 entnommen. Für die Untersuchungen über die allgemeine gesundheitspolitische Entwicklung recherchierte ich in zahlreichen Akten, wobei vor allem die Akten des Gesundheitsamtes sehr hilfreich waren.

Die Basis meiner Recherche über die Schutz- und Vorsorgemaßnahmen bildeten zeitgenössische medizinische Lehrbücher, in denen auf die neu entdeckten Erreger, ihren Nachweis und die Prophylaxe genau eingegangen wurde. Die Grundlage der statistischen Angaben über die einzelnen Sterblichkeitsraten bilden die Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich sowie die Verwaltungsberichte der Stadt Halle, in denen für einzelne Infektionskrankheiten die Zahl der jährlich daran verstorbenen

¹² Das Untersuchungsamt diente der Beobachtung von Krankheiten und Krankheitsverläufen sowie dem Erstellen von Gesundheitsstatistiken. Vorangetrieben wurde deren Errichtung vor allem durch die zahlreichen Choleraepidemien.

¹³ Die Pocken sollen nur unter dem Gesichtspunkt der Impfungen betrachtet werden. Da zu Beginn meiner Dissertation eine eigenständige Dissertation über die Pocken in Halle von einer anderen Person angestrebt wurde.

Personen aufgeführt wurde. Auf diese Weise war es möglich, im Kapitel über Infektionskrankheiten die Angaben über deren Morbiditätsrate nach einzelnen Krankheitsbildern zu differenzieren. Dazu habe ich von der Gesamtzahl der Verstorbenen jeweils den Anteil der an Infektionskrankheiten verstorbenen Personen herausgesucht und den jeweiligen Prozentsatz berechnet. Diese auf die Situation in Halle bezogenen Werte wurden mit denen der Provinz Sachsen¹⁴ und dem Deutschen Reich verglichen und in einzelnen Graphiken veranschaulicht. So konnte ein Vergleich der durch Infektionskrankheiten bedingten Mortalität zwischen Halle und anderen Regionen erarbeitet werden.

In die Todesursachenstatistik der Provinz Sachsen gingen nur Städte mit mehr als 1500 Einwohnern ein. Dazu zählten Berlin, Leipzig, Magdeburg, Halle a. S., Frankfurt/Oder, Görlitz, Potsdam, Charlottenburg, Brandenburg an der Havel, Spandau, Reust.-Magdeburg, Guben, Cottbus, Dessau, Zeitz, Prenzlau, Forst, Burg bei Magdeburg und Merseburg. Ab 1895 wurden in der Statistik auch Stendal, Köthen, Zerbst, Buckau bei Magdeburg, Luckenwalde, Neuruppin, Eberswalde, Rathenow und Köpenick erfasst. 1896 kamen Wittenberg, Wurzen, Neuruppin und Giebichenstein und 1905 Vororte Berlins, Schöneberg, Rirdorf, Eberswalde, Fürstenwalde, Schönebeck und Eilenburg hinzu. Ab 1914 war im Statistischen Jahrbuch des Deutschen Reiches nur noch Preußen berücksichtigt, eine genauere Unterteilung in einzelne Gebiete fehlt. Deswegen resultieren die Prozentzahlen ab 1914 aus der Anzahl der in ganz Preußen und nicht nur der in der Provinz Sachsen Verstorbenen.

In der Zeit von 1915 bis 1919 liegen, aufgrund des Ersten Weltkrieges, keine Zahlen über die einzelnen Todesursachen vor. Außerdem fehlen im Zeitraum 1879 bis 1914 und 1919 bis 1924 einzelne Angaben über die an Infektionskrankheiten verstorbenen Personen.

Masern und Röteln werden weder im Statistischen Jahrbuch des Deutschen Reiches noch in den Verwaltungsberichten der Stadt Halle getrennt genannt. Die Ursache dafür ist vermutlich, dass sich beide Krankheiten im Erscheinungsbild sehr ähnlich sind und eine Unterscheidung damals schwer möglich war. In den späteren Statistiken werden nur noch die Masern erwähnt, so dass es offen bleibt, ob es keine Todesfälle an Röteln gab oder man die Röteln, ohne sie zu unterscheiden, einschloss.

¹⁴ Der Vergleich mit der Provinz Sachsen erfolgt, da die Stadt Halle damals zur Provinz Sachsen gehörte. So vergleiche ich Halle mit der nächst übergeordneten Verwaltungsstruktur und dem gesamten Deutschen Reich.

Erst ab 1919 lassen sich in den Jahrbüchern für das Deutsche Reich Daten über die an Influenza Verstorbenen finden. Auch in den Verwaltungsberichten der Stadt Halle ist die Statistik über die Influenzatoten sehr lückenhaft. Dies liegt sicherlich daran, dass der vermutete Influenzaerreger nur sehr schwer nachweisbar und das Unwissen über diese Krankheit noch sehr groß war.

Die Gliederung meiner Arbeit ergibt sich aus den bereits formulierten Forschungsfragen. Im ersten Kapitel werde ich zunächst die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Halle am Ende des 19. Jahrhunderts aufzeigen. Dabei soll herausgearbeitet werden, welche Motivation der Schaffung eines öffentlichen Gesundheitswesens zugrunde lag. Anschließend werden die neu gegründeten Institutionen der kommunalen Gesundheitsfürsorge näher betrachtet. Im Folgenden stehen die Infektionskrankheiten selbst im Mittelpunkt. Dabei werde ich auf die Anzahl der daran verstorbenen Personen sowie auf die allgemeine Entwicklung des Forschungsstandes eingehen. Erörterungen über das Desinfektions- und Impfwesen sowie die Vorsorgemaßnahmen gegen Seuchen im Ersten Weltkrieg ergänzen die Darstellung der Infektionskrankheiten zum Gesamtbild des Gesundheitswesens der Stadt Halle in der Zeit vor und nach dem Ersten Weltkrieg.

1 Situation der Stadt Halle Mitte des 19.-Jahrhunderts

1.1 Wohnverhältnisse und öffentliche Hygiene

Nach der Revolution von 1848/49 war Halle in den 50er und 60er Jahren des 19. Jahrhunderts durch einen starken wirtschaftlichen Aufschwung geprägt. Halle wurde zu einer Industriestadt, in der es zu einem rasanten Wachstum der Bevölkerung und der Wirtschaft kam. Im Zentrum der sich schnell entwickelnden Industrie standen die Braunkohleförderung und -schwelerei, die Herstellung von Produkten auf Braunkohlebasis und der dazu gehörige Handel. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden zahlreiche Maschinenfabriken und Eisengießereien, die Halle zu einem Zentrum des Maschinenbaus in Mitteldeutschland werden ließen. Die zunehmende Industrialisierung ging mit einem starken Anwachsen der halleschen Bevölkerung einher. Im Jahre 1871 hatte die Stadt 53000 Einwohner, im Jahre 1830 waren es noch 25000 Einwohner gewesen.

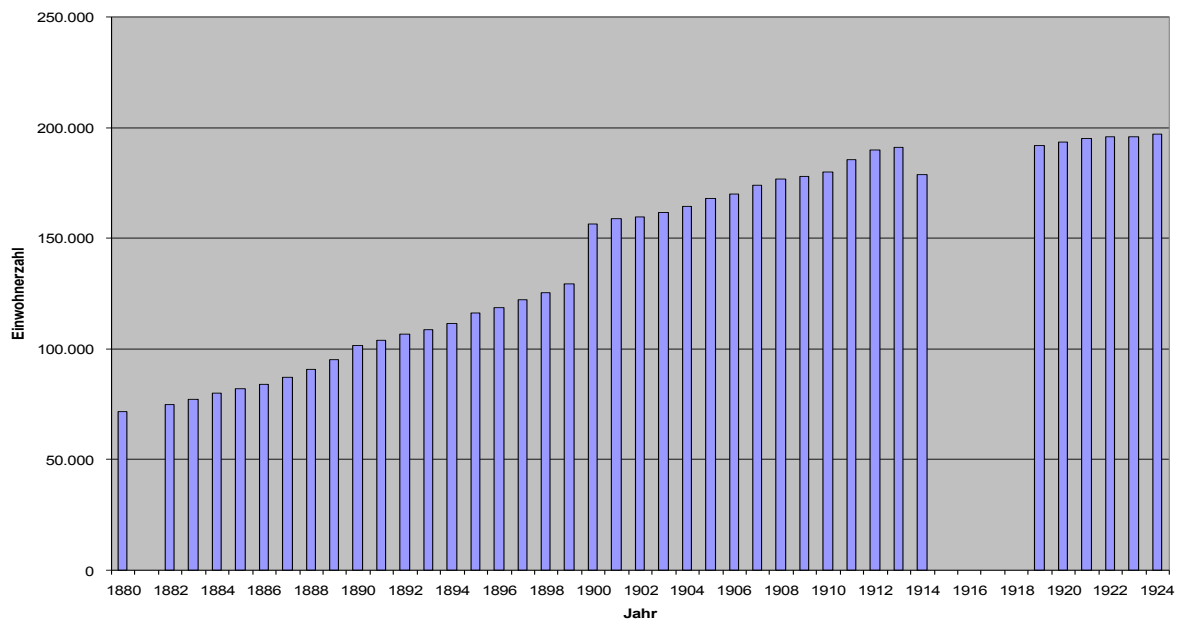


Abb. 1: Einwohnerzahl der Stadt Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts trat eine Beschleunigung der Zunahme der Bevölkerung ein, so dass Halle 1890 100000 Einwohner und zur Jahrhundertwende 156000 Einwohner zählte.

Die starke Zuwanderung besonders von Arbeitern, die in den sich rasch entwickelnden Industriebetrieben nach Arbeit suchten, führte zu einer zunehmenden Wohnungsnot. Ab 1870 wurde zwar in der Merseburger Landstraße eine große Zahl an Wohnungen geschaffen, allerdings waren die Wohnverhältnisse nach wie vor

schlecht. Der Neubau von Wohnungen konnte den Bedarf nicht decken, so dass es permanent zu einer Überbelegung kam, die die Wohnverhältnisse vor allem für die untere Arbeiterschicht schwer erträglich machte.

Ein weiteres Problem der rasanten Industrialisierung war die ungenügende Anbindung der Innenstadt und der Vororte von Halle an die Infrastruktur. Bis 1870 wurden Abwässer über die Straßen direkt in die Saale geleitet. Die Wasserversorgung wiederum erfolgte zu einem großen Teil aus der Saale. An der Moritzburg wurde das Trinkwasser, welches durch die Industrialisierung und die Abwässer der Haushalte stark verschmutzt war, ohne jede Aufbereitung aus der Saale entnommen. Dieser Umstand führte dazu, dass die Stadt in den Jahren 1832, 1848, 1855 und 1866 immer wieder von Choleraepidemien heimgesucht wurde, woraufhin der Magistrat eine neue Wasserversorgung veranlasste. Der Süden von Halle bezog aufbereitetes Wasser nun von einem neu errichteten Wasserturm. 1870 wurde die Kanalisation im Zentrum der Stadt fertig gestellt. Allerdings umfasste sie lediglich fünf untereinander nicht verbundene Hauptkanäle, die die Abwässer ohne Klärung in die Saale leiteten. So gab es bis zum Jahre 1906 keine ordentlich ausgebaute Kanalisation. Außerdem wurden Abfälle jeder Art auf den Grundstücken gesammelt, weshalb die meisten Grundstücke eine Abort- und eine Müllgrube aufwiesen. Der Hausbesitzer entschied dann nach eigenem Ermessen, wann der Inhalt entsorgt wurde.

Die dringend benötigten Modernisierungsmaßnahmen waren nur schwer durchzusetzen. Diese Situation war dadurch begründet, dass der Großteil der Stadtverordnetenversammlung aus Handwerksmeistern bestand, deren Ziel es war, wirtschaftlich unabhängig zu sein und Steuern zu vermeiden. Zugleich sollten die Ausgaben für kommunale Projekte so niedrig wie möglich gehalten werden. Diese Mehrheit hemmte jede Modernisierungsbestrebung der Kommunalpolitik, so dass es schließlich zu ernsthaften Rivalitäten zwischen dem Magistrat und der Mehrheit der Stadtverordnetenversammlung kam. Die Situation änderte sich erst langsam mit dem 1905 ins Amt gewählten Bürgermeister Richard Robert Rive. Die Wende in der Kommunalpolitik brachten schließlich die Kommunalwahlen von 1912, da von nun an die Mehrheit nicht mehr von Handwerksmeistern gebildet wurde, sondern auch zahlreiche Sozialdemokraten ins Amt gewählt wurden.¹⁵

¹⁵ Vgl. Tullner (2007), S. 40-77.

1.2 Medizinische Versorgung

Im Jahr 1845 waren in der Stadt Halle bei einer Einwohnerzahl von 31327 Personen 25 Ärzte, acht Wundärzte II. Klasse,¹⁶ zwei Zahnärzte und 17 Hebammen tätig, hinzu kamen vier Apotheken. An öffentlichen Krankenhäusern gab es die königliche Universitätsklinik, das Militärlazarett, das Stadtkrankenhaus und das öffentliche Siechenhaus. Die Francke'sche Stiftung und die Königliche Strafanstalt besaßen für ihre Insassen bestimmte Krankenstationen.¹⁷

Im Jahr 1867 war die Einwohnerzahl auf 49099 Personen gestiegen. Mittlerweile zählte man in Halle 51 Ärzte, vier Wundärzte II. Klasse, zwei Zahnärzte, fünf Apotheken und 18 Hebammen. Zu den Kliniken kamen 1857 noch das Diakonissenhaus, 1859 eine Privatklinik für Augenerkrankungen und 1863 auch eine für Ohrenerkrankungen hinzu.¹⁸

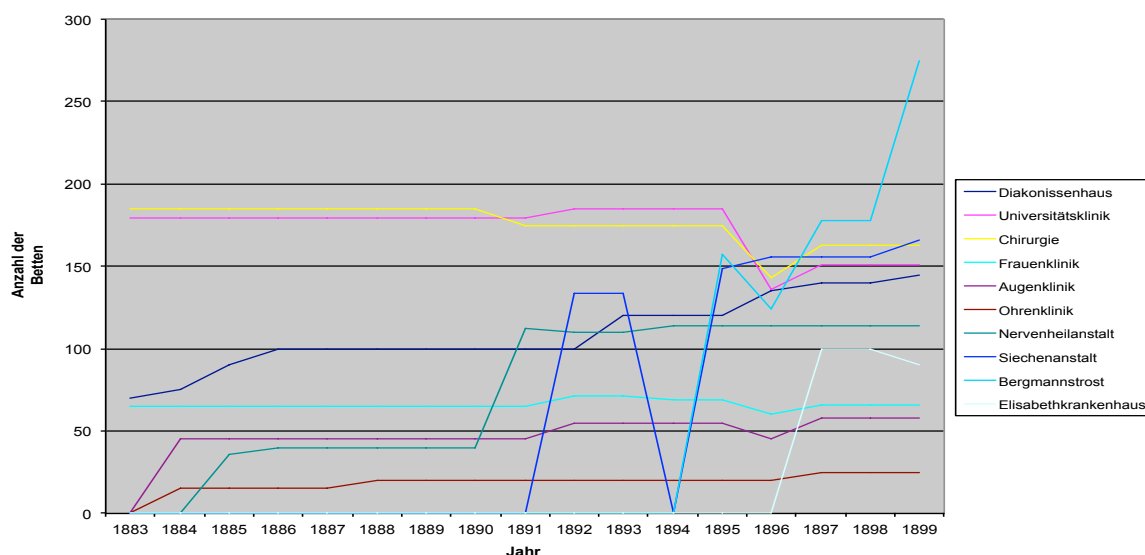


Abb. 2: Anzahl der Betten in den Krankenhäusern von Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle und Staude (1891), S. 366-371)

¹⁶ Wundärzte mussten eine handwerkliche Ausbildungszeit von drei Jahren bei einem Bader oder Barbier absolvieren, die mit einer Gesellenprüfung abgeschlossen wurde. Ihr Betätigungsfeld war die kleine Chirurgie, Aderlässe, äußere Wunden, Tumore, Abszesse und Hämorrhoiden. Große chirurgische Eingriffe durften nur unter Aufsicht und Anweisung gelehrter Ärzte vorgenommen werden.

¹⁷Intensiv mit der Armenfürsorge befasst sich Helm in dem 2006 erschienen Buch „Stadt und Gesundheit: soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert“

Helm, Jürgen: Die Armensprechstunde in den Franckeschen Anstalten. In: Stukenbrock Karin, Helm Jürgen (Hrsg): Stadt und Gesundheit: soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 2006, S.28-40, (Forschungen zur hallischen Stadtgeschichte Band 9).

¹⁸ Vgl. Staude (1891), S. 366-371.

1890 zählte Halle bereits 16 Kliniken. Davon waren fünf Krankenhäuser auf chirurgische Erkrankungen, je drei auf Augen- und Ohrenerkrankungen, je zwei auf gynäkologische und dermatologische Fälle und eine auf Psychiatrie spezialisiert. Ende des Jahres 1890 zählte die Stadt 101793 Einwohner, 107 Ärzte, drei Wundärzte II. Klasse, zehn Zahnärzte, sieben Apotheken und 48 Hebammen. Auch die Anzahl der zur Verfügung stehenden Krankenbetten stieg stets weiter an. Während in den Universitätskliniken für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Augen- und Ohrenheilkunde die Bettenzahlen relativ konstant blieben, nahmen diese im Evangelischen Diakonissenhaus und im städtischen Siechenhaus stetig zu. Auch die Nervenheilanstalt erweiterte ihre Kapazitäten 1891 um 72 Betten. Ab 1895 kam auch das Krankenhaus „Bergmannstrost“ mit 157 Betten hinzu. 1899 konnten dort 275 Patienten gleichzeitig aufgenommen werden. 1897 kam das Elisabethkrankenhaus mit 100 Krankenbetten hinzu.

1.3 Anteil der Infektionskrankheiten

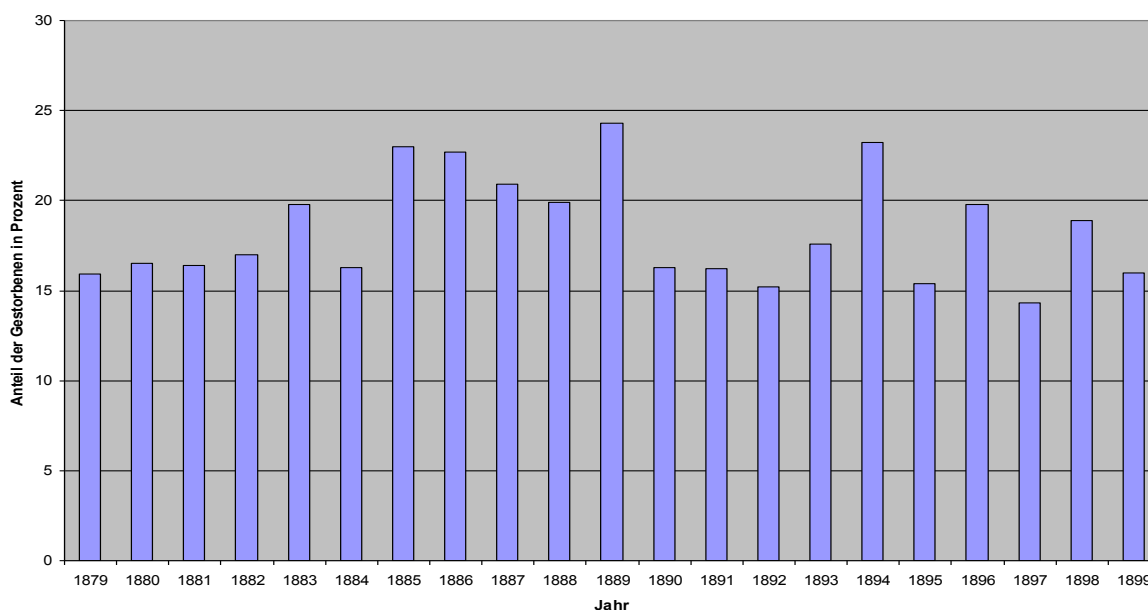


Abb. 3: Anteil der in Halle an Infektionskrankheiten gestorbenen Personen an der Gesamtverstorbenenanzahl (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Aufgrund der Industrieentwicklung sowie der Zunahme der Einwohnerzahl in Halle, kam es auch zu einem Anstieg der Infektionskrankheiten. Ein besonderer Faktor dabei war die Wohnungsnot und die desolaten Wohnverhältnisse, in denen die Arbeiterschaft leben musste. Die Anzahl der an Infektionskrankheiten gestorbenen Personen umfasst alle diejenigen, die an Masern, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Diphtherie, Keuchhusten, Typhus, Ruhr, Kindbettfieber und Influenza verstorben

sind. Von 1879 bis 1883 stieg die Zahl der an Infektionskrankheiten Verstorbenen bis auf 19,8% der Gesamttodesfälle stetig an, sank 1884 noch einmal auf 16,3%, bis sie dann wieder 1885 mit 23,0% auf einem sehr hohen Stand war. Mit 24,3% erreichte sie ihren Höhepunkt im Jahre 1889. Danach stagnierte die Anzahl der an Infektionskrankheiten verstorbenen Personen zwischen 15% und 18%. In den letzten Jahren des betrachteten Zeitraumes schwankte der Anteil erheblich zwischen 14,3% und 23,2%. Damit lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Anteil der an Infektionskrankheiten Verstorbenen in Bezug auf die Gesamtzahl der Todesfälle der Stadt Halle sehr hoch war und eine Lösung für diesen Missstand dringend benötigt wurde.

Die genauen Sterblichkeitsraten der einzelnen Krankheiten sowie die Vorsorgemaßnahmen werden detailliert im Abschnitt „Infektionskrankheiten in Halle und deren Bekämpfung“ der Dissertation behandelt.

2 Das Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten zu Halle a. S.

2.1 Die Gründung des Untersuchungsamtes

Bereits im Februar 1878 wies der Direktor des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Johann Heinrich Struck (1825-1902) in seiner „Denkschrift über die Aufgaben und Ziele, die sich das kaiserliche Gesundheitsamt gestellt hat und über die Wege, auf denen es dieselben zu erreichen hofft“¹⁹ auf die Notwendigkeit von Untersuchungsämtern hin. Die Gründung von „technischen Untersuchungsstationen“²⁰ sollte als wesentliches Mittel zur Durchsetzung der Ziele des Kaiserlichen Gesundheitsamtes dienen. Die Untersuchungsämter sollten in größeren Städten gegründet und „durch vereidigte Beamte, die Gesetze überwachen, die Zusammensetzung und Reinheit der Nahrung prüfen, Gutachten erstellen und das statistische Material erheben und kontrollieren,“²¹ geleitet werden. Des Weiteren sollten Krankheitsfälle vor Ort beobachtet, gegebenenfalls angezeigt sowie unbekannte Krankheiten und ungewöhnliche Krankheitsverläufe ergründet werden. Um all diese Aufgaben erfüllen zu können, wurde die Zusammenarbeit mit den Hygienischen Instituten²² der Universitäten empfohlen. Daraufhin wurde 1889 in Halle das Hygienische Institut gegründet. Der Lehrstuhl wurde mit Friedrich Renk (1850-1928) besetzt. Friedrich Renk wurde am 20.10.1850 in München geboren. Er promovierte am 16.01.1875 und wurde am 26.03.1879 in München habilitiert. In der Zeit von März 1879 bis April 1887 war er als Privatdozent an der Universität in München tätig. Anschließend arbeitete er als kommissarischer Hilfsarbeiter bis September 1889 im Kaiserlichen Gesundheitsamt.²³

Die erste Bakteriologievorlesung fand in Halle im Sommersemester 1881 durch Karl Joseph Eberth (1835-1926) statt. Eberth hatte in der pathologischen Anatomie in Zürich gearbeitet, 1881 wurde er Leiter der Histologischen Abteilung des Anatomischen Institutes der Universität Halle, 1895 Direktor des Pathologischen Institutes.

¹⁹ Hüntelmann (2008), S. 87.

²⁰ Hüntelmann (2008), S. 91.

²¹ Hüntelmann (2008), S. 91.

²² 1878 errichtete die bayrische Regierung in München das erste Institut für Hygiene unter der Leitung von Max Josef Pettenkofer (1818-1901). Diesem Beispiel folgten Leipzig 1878, unter der Leitung von Franz Hofmann (1843-1920), Göttingen 1881 unter der Leitung von Carl Georg Friedrich Wilhelm Flügge (1847-1923), Berlin 1885, unter der Leitung von Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910). Als Leiter der Hygienischen Institute wurden Schüler von Pettenkofer oder Koch berufen.

²³ Vgl. UAH Abt. II Abschn. D Nr. 7 R.

Am 28. Juni 1899 wurde vom preußischen Abgeordnetenhaus in Berlin gesetzlich bestimmt: „Untersuchungsanstalten zu Zwecken des Gesundheits- und Veterinärwesens sind in jeder Provinz nach Bedürfnis einzurichten, sowie eine Central- Landes- Untersuchungsanstalt, und die hierzu erforderlichen in den nächstjährigen Staatshaushaltsetat einzustellen“.²⁴ Der Auslöser dieser Initiative ist vor allem in dem Ausbruch der Cholera während der Jahre 1892 bis 1894 zu sehen.²⁵ Jedoch war für das Jahr 1900 das Geld für das Untersuchungsamt im preußischen Staatshaushalt nicht vorgesehen, und so kam es von Seiten der preußischen Regierung vorerst nicht dazu, Untersuchungsämter einzuführen. Am 5. Juli 1899 beschloss der „Hallische Verein der Ärzte“, dem Magistrat den Vorschlag zu unterbreiten, unter Anlehnung an das Hygienische Institut eine öffentliche Stelle zur Vornahme von Untersuchungen bei ansteckenden Krankheiten zu schaffen und so den Ärzten die Möglichkeit zu geben, in Verdachtsfällen zu einer Diagnose zu gelangen. Die städtischen Behörden zeigten sich im Interesse der allgemeinen Gesundheitspflege nicht abgeneigt, dieser Anregung Folge zu leisten, und so wurde zunächst an das preußische Ministerium die Anfrage um die Erlaubnis zur Angliederung eines derartigen Amtes an das Hygienische Institut der Universität gerichtet²⁶. Als wesentliche Grundlage für die Tätigkeit des Untersuchungsamtes konnte dabei schon nach einigen vorläufigen Beratungen in der städtischen Sanitätskommission der Regierung gegenüber die Absicht deutlich gemacht werden, die Untersuchungen nicht nur auf Diphtherie und Tuberkulose zu beschränken, wie es an anderen Orten üblich war, sondern auf alle zu der Zeit bekannten Erreger²⁷. Des Weiteren sollten alle Untersuchungen kostenfrei durchgeführt werden. Nur so glaubte man, den erhofften Erfolg erzielen zu können. Man ging davon aus, dass im Fall der Erhebung von Gebühren sowohl Ärzte als auch Patienten die Untersuchungen ablehnen würden und die Ansteckungsgefahr dadurch steigen könnte. Bei den finanziell besser gestellten Personen hatte man diese Bedenken nicht, allerdings empfand man es als schwierig, die Grenze zwischen zahlungsfähigen und nicht zahlungsfähigen Personen zu ziehen. Außerdem handelte es sich bei dem geplanten Untersuchungsamt um eine Einrichtung zur Förderung der öffentlichen Gesundheit, die der Gesamtheit und nicht nur dem Einzelnen dienen sollte. Die städtischen Behörden vertraten die gleiche Ansicht und bereiteten einen Kostenvoranschlag für die geplante Einrichtung vor.

²⁴ SAH Untersuchungsamt Nr. 1 Bd. 1.

²⁵ Vgl. SAH Untersuchungsamt Bd. 1 Nr. 1.

²⁶ Vgl. SAH Untersuchungsamt, Nr. 1 Bd.1.

²⁷ Dazu zählten die Erreger: der Tuberkulose, des Unterleibstypus, der Diphtherie, von Gonorrhoe, der Pneumonie und von Influenza.

Die preußische Regierung gab ihre Zustimmung zu der beabsichtigten Eingliederung der Anstalt in das Hygienische Institut und sicherte außerdem finanzielle Unterstützung durch Bezahlung eines Assistenten zu²⁸. Die Untersuchungen auf die Erreger von Pest und Cholera sollten allerdings weiterhin in staatlicher Verantwortung im Hygienischen Institut durchgeführt werden. So wurde nach langen Verhandlungen am 25. September 1900 eine Vereinbarung zwischen dem Staat und der Stadt getroffen. Darin wurde beschlossen, dass die Königliche Universität in Zusammenarbeit mit dem Hygienischen Institut das Untersuchungsamt einrichtet, welches dem Zweck dienen sollte, allen Privat- und Klinikärzten kostenfrei in kurzer Zeit eine sichere Diagnose zu liefern. Für die Einrichtung zahlte die Stadt Halle der Königlichen Universität einmalig 1000 Mark zur Beschaffung von Instrumenten, die dadurch Eigentum der Stadt waren. Des Weiteren verpflichtete sich die Stadtverwaltung, jährlich, jeweils im Frühjahr, 1200 Mark für die Stelle eines Assistenten, 600 Mark zur Entlohnung eines Dieners und 1500 Mark zur Tilgung der laufenden Kosten für Farbstoffe, Nährböden, Tiere, Entnahmegefäße, Wasser und Gas zu zahlen. Dieses Abkommen trat am 1. August 1900 in Kraft und konnte von beiden Seiten jährlich gekündigt werden.²⁹

Der Diener war für die Anfertigung der Nährböden, die Versorgung der Tiere und für die Abholung der Proben verantwortlich. Ein zweiter Assistent wurde, wie bereits erwähnt, vom preußischen Staat eingestellt.

Bereits vor Abschluss der Vereinbarung wurde der vorläufige Betrieb des Untersuchungsamtes aufgenommen. Die Arbeitszeiten waren Montag bis Samstag von 7 Uhr bis 19 Uhr und sonntags von 8 Uhr bis 13 Uhr. In dringenden Fällen wurden auch am Sonntagnachmittag Proben angenommen und untersucht.

Von Anfang an wurde beschlossen, dass ausschließlich die von den praktischen und approbierten Ärzten der Stadt und der näheren Umgebung eingehenden Aufträge ausgeführt werden sollten, um Missbrauch auszuschließen. Aufträge von Kranken oder anderen privaten Personen wurden abgelehnt. Die Ärzte wurden in einem Brief über die Einführung eines Untersuchungsamtes unterrichtet und gebeten, von der sich eröffnenden Möglichkeit reichlich Gebrauch zu machen und „ein Unternehmen zu fördern, das die rasche Erkennung der wichtigsten Infektionskrankheiten erleichtern, ihre Bekämpfung und Verhütung [ermöglichen] [...] und daher eine im

²⁸ Ein Briefwechsel zwischen der Stadt Halle und der Preußischen Regierung oder Protokolle der Stadtversammlung waren in den Archiven nicht zu finden.

²⁹ Originaltext siehe Anhang S. 85.

gesundheitlichen Interesse [der] Bevölkerung besonders dringliche Aufgabe lösen soll“.³⁰

Die Ärzte wurden darauf hingewiesen, dass das Amt während der Dienstzeiten telefonisch oder schriftlich Auskunft gibt. Ebenso wurde betont, dass zur Einsendung der Proben nur die vom Untersuchungsamt ausgegebenen Gefäße, die im Amt oder in den Apotheken erhältlich waren, verwendet werden sollten. Es war den Ärzten möglich, die Proben auch ohne Namen und Anschrift der erkrankten Person einzusenden und spätestens am folgenden Tag das Ergebnis zu erfahren. Schließlich wurden die Mediziner darauf hingewiesen, dass die Anzeigepflicht weiterhin ihre Aufgabe ist und nicht vom Untersuchungsamt übernommen wird.

2.1.1 Die Leitung des Untersuchungsamtes

Die Oberleitung des Untersuchungsamtes lag in den Händen des Direktors des Hygienischen Institutes Carl Fraenkel. Jährlich bestimmte er für die Leitung des Amtes einen seiner Assistenten. Fraenkel, der im Jahre 1912 seinen Namen in Fraenken umänderte, wurde am 2. Mai 1861 als Sohn des Fabrikbesitzers Max Fraenkel in Berlin geboren. Er besuchte bis 1879 das Sophiengymnasium seiner Heimatstadt. Seine Studienjahre verbrachte er in Berlin, Heidelberg, Leipzig und Freiburg. Am 19. März 1884 promovierte er in Leipzig zum Doktor der Medizin. Schon in sehr jungen Jahren unternahm Fraenkel weite Reisen und eignete sich dadurch mehrere Fremdsprachen an. Seine Sprach- und Weltkenntnisse waren dem jungen Arzt sehr dienlich als er 1885 in das durch Robert Koch neu gegründete Hygienische Institut in Berlin als Assistent eintrat. 1888 wurde er in Berlin im Fach Hygiene habilitiert, in dem er zahlreiche Forschungsergebnisse veröffentlichte. Von 1891 bis 1895 wirkte er in Marburg als ordentlicher Professor, nachdem er in der Zeit von 1889 bis 1891 außerordentlicher Professor in Königsberg gewesen war. Ab 1895 war er in Halle tätig und widmete sich vor allem der öffentlichen Gesundheitspflege. 1905 „erkrankte er plötzlich während eines Vortrages [...] , seit dem [war] er nie wieder der Alte geworden [...] und trübe Schatten legten sich auf das Ende seines Lebensweges“³¹, so beschrieb ihn einer seiner engsten Mitarbeiter. Ostern 1915 trat er von seinem Lehramt und der Leitung des Hygienischen Instituts zurück. Er zog sich einsam nach Hamburg zurück, wo er weiterer wissenschaftlicher Tätigkeit nachgehen wollte. Aber als Ende Oktober 1915 sein einziger Sohn im Krieg fiel, war

³⁰ SAH Untersuchungsamt Nr. 1 Bd. 1.

³¹ UAH P48.

wohl auch seine letzte Lebenskraft verbraucht. Er verstarb am 29. Dezember 1915 im Alter von 54 Jahren in Hamburg.³²

Zu Fraenkels Vertretung war bereits im Januar 1915 Emil Gotschlich (1870-1949), der zuvor Direktor des städtischen Gesundheitsamtes in Alexandrien gewesen war, an das Institut berufen worden. Dieser übernahm allerdings wenige Zeit später die Leitung des Hygienischen Institutes in Saarbrücken, weshalb am 6. November 1915 Paul Heinrich Römer als Direktor die Leitung des Hygienischen Institutes übernahm. Römer wurde am 19. Mai 1876 in Kirchhain im Bezirk Kassel als Sohn des praktischen Arztes Dr. Hermann Römer geboren. Er besuchte das Königliche Gymnasium in Marburg und studierte von 1894 bis 1899 Medizin in Marburg, Kiel und Würzburg. Er promovierte im Juni 1900 zum Doktor der Medizin in Marburg und wurde im Oktober 1900 am dortigen Institut für Hygiene erster Assistent. In Marburg habilitierte er im Februar 1903 im Fach Hygiene und wurde dort 1908 außerordentlicher Professor. Zwischenzeitlich hatte er sich durch den Einfluss Emil von Behrings ganz der Hygiene gewidmet. Er wurde mehrfach zu wissenschaftlichen Aufklärungen nach Südamerika berufen, beispielsweise von 1907 bis 1908 nach Buenos Aires, um im Auftrag Behrings experimentelle Untersuchungen über die Rindertuberkulose durchzuführen. Seine umfangreichen Veröffentlichungen umfassten die verschiedensten Gebiete der Hygiene, Bakteriologie, Immunologie und experimentellen Therapie. Am 29. November 1915 wurde er Leiter des Hygienischen Institutes in Halle, wo er allerdings nur sechs Wochen arbeiten konnte, da er als Stabsarzt Kriegsdienst leisten musste. Römer verstarb am 30. März 1916 in Nowogrodek in Russland an Fleckfieber.³³

Ab dem 1. April 1917 hatte Karl Paul Schmidt die Oberleitung des Institutes inne. Schmidt wurde am 23. November 1872 in Neustadt, in Sachsen, als Sohn des Drahtwarenfabrikanten Josef Schmidt geboren. Er hatte zwei ältere Brüder, Bruno und Oswin Schmidt. Nach Erlangen der Hochschulreife in Zittau und Leipzig absolvierte er zunächst das Studium der Naturwissenschaften und anschließend der Medizin in Leipzig, München, Würzburg, Berlin und Freiburg, welches er dort 1898 abschloss. Er arbeitete vorübergehend als Arztvertreter, war dann aber von 1900 bis 1902 als Schiffsarzt tätig, wodurch er nach Kamerun, China, Amerika und Ostafrika reiste. An Bord beschäftigte er sich mit Arbeitsbedingungen der Heizer und stellte katastrophale Verhältnisse fest. Daraufhin trat er energisch für eine Abänderung dieser Bedingungen ein. In diese Zeit fiel auch die Untersuchung, warum bei der

³² Vgl. UAH P48.

³³ Vgl. UAH P48.

Ankunft im Hamburger Hafen so viele junge Schiffsarbeiter unter rätselhaften Vergiftungserscheinungen gelitten hatten. Er fand heraus, dass die bleihaltige Farbe, mit der das Schiff kurz vor dem Einlaufen in den Hafen gestrichen wurde, die Ursache war. Von da an beschäftigte er sich sein Leben lang mit dem Forschungsgebiet der Bleivergiftung. Von 1902 an war er im Tropischen Institut in Hamburg und anschließend in der Königlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Landau in der Pfalz tätig. Er beschäftigte sich in diesen drei Jahren vor allem mit der Typhusbekämpfung. 1906 wurde er Assistent am Hygienischen Institut der Universität Leipzig, wurde 1907 mit seiner Arbeit über Bleivergiftung habilitiert und anschließend zum außerordentlichen Professor ernannt. Er hielt in Leipzig die Vorlesungen über Hygiene, folgte aber dann 1914 dem Ruf eines ordentlichen Professors der Hygiene nach Gießen. Von April 1917 bis Ende September 1939 war er Leiter des Hygienischen Institutes in Halle. Mit Ausbruch des Zweiten Weltkrieges trat er im September seinen militärischen Dienst als Oberkriegsarzt an, den er bis 1944 ausübte. Von 1945 bis 1949 übernahm Schmidt wieder die Leitung des Hygienischen Institutes.

Schmidt hat im Laufe seines Lebens zahlreiche Forschungen veröffentlicht. Er widmete sich vor allem der Schiffs- und Tropenhygiene, der Gewerbehygiene, der Typhusbekämpfung, der Ätiologie von Grippe und Erkältungskrankheiten sowie der gesundheitlichen Auswirkung des Alkohols.

Seine wissenschaftliche Tätigkeit wurde mehrmals geehrt. Er war Mitglied der Leopoldina – der Deutschen Akademie der Naturforscher, korrespondierendes Mitglied der Sociedad Chilena de Historia Natural Santiago (Chile) und ehrenamtlicher Beirat des Gesundheitswesens der Stadt Halle. 1936 wurde ihm der Pettenkoferpreis der Stadt München für seine Arbeiten über Gewerbehygiene und 1942 die Goethe Medaille der Universität Halle für seine wissenschaftliche Tätigkeit verliehen. 1948 wurde er zum Ehrenmitglied der „Vereinigung deutscher Hygieniker und Mikrobiologen in der britischen Zone“ ernannt. Des Weiteren wurde er 1950 in der Deutschen Demokratischen Republik zum „Verdienten Arzt des Volkes“ ernannt. Er war nie verheiratet, allerdings lässt sich in seiner Personalakte eine Aufforderung von 1934 zum Ariernachweis seiner Verlobten finden. Es ist also anzunehmen, dass er möglicherweise plante zu heiraten, es aber aus unbekanntem Gründen niemals tat. Paul Schmidt starb am 17. März 1950 im Alter von 77 Jahren in Halle.³⁴

³⁴ Vgl. UAH PA13980.

2.2 Die Räumlichkeiten und das Personal des Amtes

Räumlich war das Untersuchungsamt zunächst sehr eingeschränkt. Dem Personal stand nur ein Zimmer für seine Arbeit zur Verfügung. Erst 1910 kam durch bauliche Veränderung ein weiteres Zimmer hinzu. So waren zwei im Westflügel des Hygienischen Instituts befindliche Räume nur für das Untersuchungsamt bestimmt. Das erste Zimmer hatte eine Größe von 42 m² und war mit vier Arbeitsplätzen ausgestattet, die der technischen Bearbeitung des Materials dienten. In diesem Raum wurden die eingegangenen Proben ausgepackt, nach ihrer Art sortiert, nummeriert und schließlich weiter verarbeitet. Der zweite Raum war mit 30 m² etwas kleiner. Er war mit zwei Arbeitsplätzen und zwei Schreibtischen ausgestattet und diente dem Leiter des Untersuchungsamtes zur Erledigung der mikroskopischen und schriftlichen Arbeiten. Am zweiten Schreibtisch hatte die mit der Ausfüllung der Antwortformulare beauftragte Schreibdame ihren Platz. Durch vorgedruckte Antwortformulare war es möglich, dass auch bei einer hohen Anzahl an Untersuchungsproben eine Schreibkraft für diese Arbeit ausreichte. Für die Herstellung und Bebrütung der Nährböden, die Unterbringung der Tiere sowie für die Desinfektion des Materials wurden Räume des Hygienischen Instituts gemeinsam genutzt.

Zu Beginn der Tätigkeit des Untersuchungsamtes waren zwei Assistenten und ein Diener unter der Oberleitung Fraenkels angestellt. Bereits 1904 gab es drei Hilfsassistentinnen, zwei Assistenzärzte und einen Diener. Im darauf folgenden Jahr kamen noch zwei Hilfsassistentinnen und eine Reinigungskraft hinzu. 1910 gab es aufgrund von Geldmangel nur vier Hilfsassistentinnen. Durch die steigende Zahl der Untersuchungen musste jedoch auch mehr Personal eingestellt werden, so dass ab 1915 fünf Hilfsassistentinnen, vier Assistenzärzte, ein Diener, eine Reinigungskraft und 14 Praktikanten zusammen mit Fraenkel die Arbeit verrichteten. Die Anzahl der im Amt tätigen Praktikanten war allerdings sehr schwankend. Der letzte Personalzuwachs ist 1917 mit Anstellung einer weiteren Hilfsassistentin nachzuweisen. Danach existieren keine weiteren Aufzeichnungen.

2.3 Die Finanzierung des Untersuchungsamtes

Berichte über die Finanzierung des Untersuchungsamtes sind leider ebenfalls nur lückenhaft vorhanden. Die Bezahlung eines Assistenten sicherte gleich zu Beginn

der Staat Preußen zu. Die Stadt Halle zahlte jährlich im April dem Amt einen Betrag von 3300 Mark. Aus den Akten von 1909 ist zu entnehmen, dass die Stadt Halle ihre jährliche Zahlung auf 6000 Mark erhöhte. Der Regierungsbezirk Merseburg zahlte 6552 Mark, der Regierungsbezirk Erfurt 3624 Mark und das Herzogtum Anhalt 2000 Mark. Mit den Einmalzahlungen der Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt, jeweils 750 und 700 Mark, stand dem Untersuchungsamt Halle im Jahre 1909 19626 Mark zur Verfügung. Von diesem Betrag wurden 6155 Mark verwendet, um das Personal zu bezahlen. Das übrige Geld wurde genutzt, um Nährböden, Glasröhrchen, Schreibmaterialien, Versuchstiere, Futter für die Versuchstiere und andere Versuchsgegenstände zu kaufen. 1910 standen dem Untersuchungsamt insgesamt 20176 Mark, 1911 20505 Mark, 1912 24500 Mark und 1913 28400 Mark zur Verfügung. Im Vergleich zu 1909 war das Budget des Amtes 1913 um 30,9% gestiegen.

2.4 Entwicklung der Anzahl der Proben

Ursprünglich nur für den Stadtkreis Halle eingerichtet, schlossen sich am 1. April 1904 der Regierungsbezirk Merseburg, am 1. April 1905 der Regierungsbezirk Erfurt und am 1. August 1905 das Herzogtum Anhalt dem Einzugsgebiet des Untersuchungsamtes an.

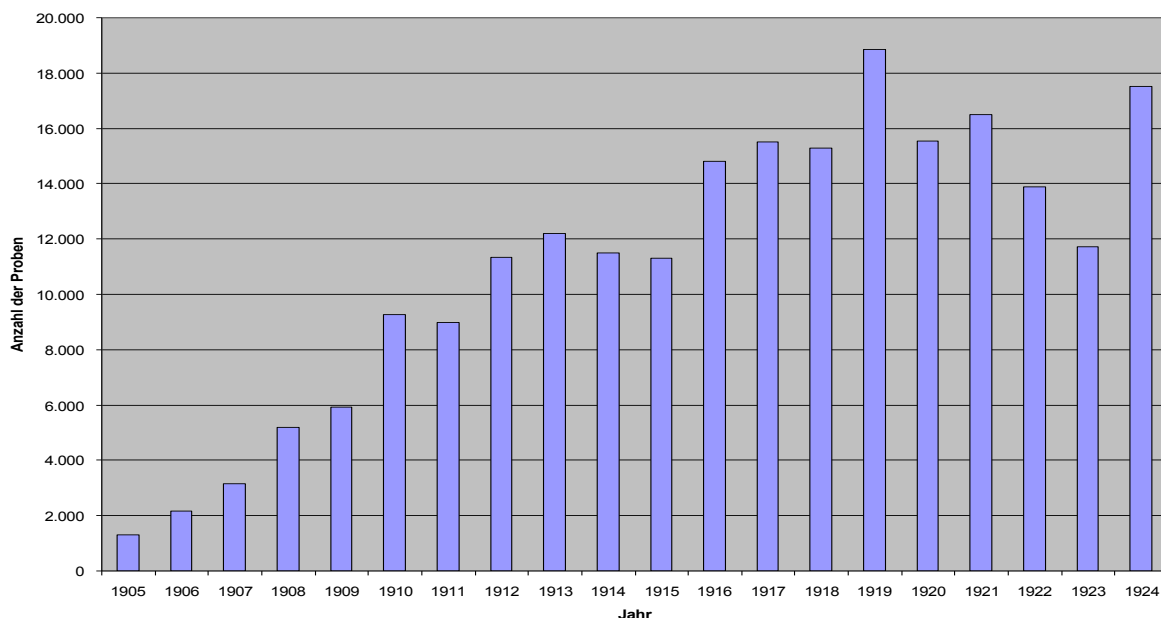


Abb. 4: Anzahl der in Hallen untersuchten Proben (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

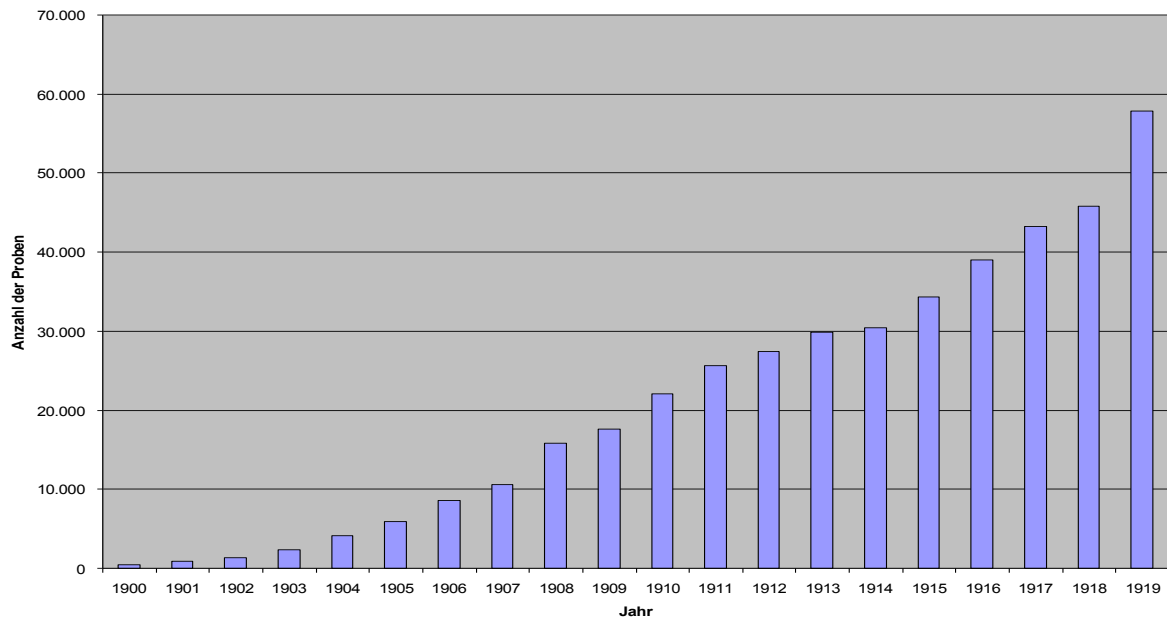


Abb. 5: Anzahl der untersuchten Proben insgesamt (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Die Einrichtung wurde von Beginn an rege von den hallenser Ärzten genutzt. In den ersten sechs Monaten des Jahres 1900 gingen 474 Proben zur Untersuchung ein. Davon wurden über 75% von praktischen Ärzten eingereicht, die restlichen Proben von Klinik- oder Lazarettärzten. Mit 243 Einsendungen wurde auf Tuberkulose am häufigsten untersucht, danach folgten Typhus und Diphtherie mit 134 und 53 Proben. Durch den Anschluss der anderen Bezirke erweiterte sich das zu versorgende Gebiet auf rund zwei Millionen Einwohner und beinahe 1000 Ärzte. Dies zeigte sich auch im stetigen Anwachsen der Anzahl der Proben. 1906 wurden insgesamt 8560 Untersuchungen vorgenommen, dabei entfielen auf den Stadtkreis Halle 2157. Dies entsprach im Durchschnitt 23 Analysen täglich. Im selben Jahr reichten auch Privatärzte ihre Proben ein, insgesamt 7098. Nach zehnjähriger Tätigkeit des Untersuchungsamtes war die Anzahl der Untersuchungen insgesamt bereits auf 22091 Analysen gestiegen. Man begründete diese Steigerung mit dem gewachsenen Vertrauen in das Untersuchungsamt, der wachsenden Bevölkerungs- und Ärztezahle sowie dem Einsetzen eines Stadt- bzw. Schularztes im Stadtbezirk Halle. 15 Jahre nach Gründung des Amtes war die Anzahl der täglichen Untersuchungen im Durchschnitt auf 94 gestiegen, das heißt, insgesamt wurden 34291 Proben analysiert, wobei 11312 auf den Stadtbezirk Halle entfielen. Davon wurden 26% der Proben auf Diphtherie, 25% auf Typhus und 23% auf Tuberkulose untersucht. Bis zum Jahr 1919 stieg die Zahl der gesamten Untersuchungen auf 57810 pro Jahr, wobei auf den Stadtbezirk Halle 18860 entfielen. Im selben Jahr wurde die Mehrzahl der Proben auf Tuberkulose, gefolgt von Diphtherie und Typhus, untersucht.

Nach 1919 sind keine zusammenfassenden Berichte des Untersuchungsamtes mehr zu finden. Lediglich Berichte über die Anzahl der aus dem Stadtbezirk Halle eingegangenen Proben sind bis zum Jahr 1924 vorhanden. Aus diesen ist ersichtlich, dass die Zahl der eingesandten Proben immer weiter zurückging bis sie 1923 mit 11709 das niedrigste Niveau seit 1915 erreichten. 1924 stieg die Zahl wieder auf 17516 Proben an.

2.5 Untersuchungstechniken

2.5.1 Tuberkulose

Bei den meisten Proben handelte es sich um Sputa, allerdings wurde des Öfteren auch Fäces und Urin eingeschickt. Das Material wurde zwischen zwei Objektträgern verrieben und gefärbt. Bei Auswurf und Fäces wurde versucht, möglichst verdächtige Partikel auszusuchen. Urin und Punktionsflüssigkeit musste erst zentrifugiert werden. Falls das Material sich mikroskopisch als negativ erwies, wurde dem einsenden Arzt dies mitgeteilt. Allerdings wurde er auch darauf hingewiesen, dass trotz des negativen Befundes Tuberkulose nicht ausgeschlossen werden konnte und eine zweite Probe eingesandt werden sollte. Wurden Fäces und Urin positiv getestet, so wurde dem Einsender berichtet, dass säurefeste Stäbchen gefunden und das Material als höchst verdächtig zu sehen ist. In diesen Fällen wurde zur sicheren Abklärung noch der Tierversuch angeschlossen. Dafür wurde Meerschweinchen das Sputum in die Leistengegend gespritzt. Nach zwei Monaten wurde das Tier dann getötet und sezirt. Wurde zum zweiten Mal eingeschicktes Sputum für negativ befunden, so wurde es mittels Sedimentierverfahren untersucht.

Seit 1913 wurde die Antiforminmethode zum Nachweis der Bakterien angewandt. Zur Homogenisierung des Sputums wurden Gläschen mit Glasstopfen verwendet, an welchen durch eingezätzte Marken die Mengen der für die Untersuchung benötigten Reagenzien gekennzeichnet war. Zur Untersuchung wurden zu gleichen Teilen Sputum und konzentriertes Antiformin gut durchgeschüttelt, nach Homogenisierung des Auswurfes wurde 1/3 der Gesamtmenge Brennspiritus hinzugefügt und das gut durchgeschüttelte Gemisch zehn Minuten lang in der elektrischen Zentrifuge mit 5000 Umdrehungen geschleudert. Danach wurde es mittels Eiweißglycerin auf dem Objektträger fixiert. Diese Untersuchung wurde sehr geschätzt, da sie als sehr einfach und doch sicher in ihren Resultaten galt und sich damit gut für eine große Anzahl an Untersuchungen eignete.

2.5.2 Diphtherie

Bei Diphtherie bestand die Mehrzahl der Proben aus Abstrichen der Tonsillen. Zu diesem Zweck wurde den Apotheken der zum Untersuchungsamt gehörenden Bezirke dickwandige sterile Reagenzgläser mit Tupfern zur Verfügung gestellt. Zuerst wurde der Tupfer auf einer Serumplatte und dann einem Objektträger ausgestrichen. In vielen Fällen konnte durch die Neissersche³⁵ Färbung des Ausstriches bereits eine Diagnose gestellt werden. Diese schnelle Diagnose war besonders wichtig, da eine große Anzahl von Ärzten erst das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchungen abwartete, bevor eine Therapie eingeleitet wurde. Eine schnelle Untersuchung war also für das Leben des Patienten von höchster Bedeutung. Falls eine schnelle Ergebnismitteilung wegen mangelnder Polfärbung nicht möglich war, wurde abends eine zweite Platte bestrichen, welche dann am nächsten Morgen, nach einem Wachstum von 14 bis 15 Stunden, zur Untersuchung gelangte. Die Diagnose wurde sowohl beim Originalpräparat, als auch bei der Kultur mittels der Neisserschen Färbung gestellt.

1912 gab es einen Fortschritt in der Diagnostik bezüglich des Nährbodens. Dieser wurde zusätzlich mit Kalium tellurosum versetzt. Dieser Zusatz sollte die Diphtheriediagnose einfacher und sicherer machen. Diese Vorgehensweise wurde allerdings im darauf folgenden Jahr, aufgrund der häufig falsch positiven Ergebnisse, wieder verworfen.

2.5.3 Typhus

Zur Untersuchung auf Typhus wurden vor allem Blutproben, daneben aber auch Fäces, Urin und Wasserproben verwendet. Diese Proben wurden der mikroskopischen Agglutinationsprüfung unterzogen. Für die Gruber-Widalsche Reaktion reichten schon wenige Tropfen Blut, die in einer Kapillare gesammelt wurden. Sie wurde nach der Füllung vom Arzt an beiden Seiten mit Siegelack verschlossen. Im Institut wurde die Kapillare zentrifugiert und dann wurden Verdünnungen im Verhältnis 1:25 und 1:50 mittels steriler Kochsalzlösung hergestellt. Danach wurden ein Tropfen der Serumverdünnung und ein Tropfen Typhusbouillonkultur auf einem Objektträger gemischt und bei 37°C aufbewahrt. Die Sera wurden in der Verdünnung 1:50 und 1:100 mit Typhusbazillen geprüft, die 1:50 Verdünnung außerdem mit Paratyphus A und Paratyphus B. Daneben wurden noch

³⁵ Albert Ludwig Sigismund Neisser (1855-1916), deutscher Dermatologe und Hygieniker.

drei Kontrollproben vorgenommen. Die Widal'sche Probe wurde als positiv bewertet, wenn eine vollständige Agglutination bei der Verdünnung 1:50 vorhanden war. Bei negativem Ausgang der Probe wurde eine zweite Blutprobe angefordert.

2.5.4 Gonorrhoe

Für die Untersuchung auf Gonorrhoe wurden dem Untersuchungsamt zwei Objektträger zugesandt, auf denen das Sekret der Harnröhre, der Scheide oder der Konjunktiven ausgestrichen war. Einer der Ausstriche wurde mit Methyleneblau gefärbt, um ein übersichtliches Bild zu bekommen. Bei positivem Ausfall wurde jedoch nicht gleich die Diagnose auf Gonorrhoe gestellt, diese wurde vielmehr abhängig gemacht vom Ausgang des Grampräparates, das mit dem zweiten Objektträger angefertigt wurde. Eine positive Antwort wurde nur erteilt, wenn gramnegative, morphologisch typische Gonokokken nachgewiesen werden konnten.

2.5.5 Syphilis

Ende des Jahres 1908 wurde die serologische Untersuchung der Syphilis nach Wassermann in den Tätigkeitsbereich des Amtes aufgenommen. Die Untersuchungen wurden bis 1911 nur zweimal pro Woche durchgeführt, danach täglich. Dafür wurden die Patientenserum sofort nach der Ankunft zentrifugiert und bis zur Untersuchung im Eisschrank aufbewahrt. Es handelte sich bei der Mehrzahl der Untersuchungen um Blutserum, aber auch Liquor und Muttermilch wurden untersucht. Zur Ausführung der Wassermannschen³⁶ Reaktion verwendete man als Antigen ein Extrakt aus der Leber einer an Syphilis erkrankten Person. Zu diesem Extrakt fügte man durch Erwärmen auf 56°C inaktiviertes Blutserum des auf Syphilis zu untersuchenden Menschen und eine kleine Menge frisches Meerschweinchenblutserum hinzu. Man ließ diese Mischung eine kurze Zeit in der Wärme stehen, damit eine Bindung zwischen Antigen und Komplementsystem entstehen konnte, fügte dann noch inaktiviertes Blutserum eines mit Hammelblut vorbehandelten Kaninchens sowie eine Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen hinzu. Lag Syphilis vor, kam es zu keiner Auflösung der Hammelblutkörperchen. Die überstehende Flüssigkeit blieb farblos. Lag jedoch keine Syphilis vor, so wurde die Lösung lackfarben.

³⁶ August Paul von Wassermann (1866-1925), deutscher Bakteriologe und Immunologe.

Des Weiteren wurde im Untersuchungsamt noch auf die Erreger von Milzbrand, Malaria, Tetanus, Pest, Ruhr, Cholera, Influenza, Keuchhusten, Meningokokken, Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken und Pilzkrankungen untersucht. Allerdings wurden diese Analysen im Vergleich zu den anderen selten ausgeführt.

2.6 Gründung von Untersuchungsämtern in anderen Städten

Bereits während der Choleraepidemie waren in Danzig zur Bekämpfung der Krankheit im Gebiet Westpreußen in einem Lazarett Räume zur staatlichen Untersuchung für Choleramaterial eingerichtet worden. Nach Eindämmung der Krankheit stellte die Untersuchungsanstalt ihre Tätigkeit im August 1896 wieder ein. Nachdem das Interesse für Westpreußen erloschen war, übernahm die Stadt Danzig die Leitung des Untersuchungsamtes, um die Anstalt im öffentlichen Interesse weiter zu betreiben. Die Aufgaben des Amtes waren denen von Halle sehr ähnlich. Ebenso waren mehrere Angestellte im Amt tätig. Im Gegensatz zu Halle, Bonn³⁷ und der Stadt Hagen³⁸ waren nur die Untersuchungen der städtischen Armenärzte kostenfrei, die Untersuchungen der anderen Ärzte des Stadtbezirkes waren gebührenpflichtig. So waren für einmalige mikroskopische Untersuchungen³⁹ 3 Mark zu entrichten, wenn zusätzlich ein Tierversuch durchgeführt werden musste, kamen noch 5 bis 20 Mark hinzu. Für chemische Untersuchungen⁴⁰ mussten zwischen 10 bis 20 Mark bezahlt werden. Die Gebühren des Untersuchungsamtes Dortmund waren dem der Stadt Danzig sehr ähnlich.

Die Stadt Düsseldorf errichtete 1907 ebenfalls ein Untersuchungsamt, welches einmalig mit 60000 Mark ausgestattet wurde. Die jährliche finanzielle Unterstützung belief sich anschließend allerdings nur auf 500 Mark.

In Charlottenburg war das Untersuchungsamt dem Pathologischen Institut angegliedert. Der Leiter der Pathologie war ebenfalls Leiter des Amtes. Das Personal des Untersuchungsamtes war teilweise in der Pathologie, teilweise im Amt tätig. Die Finanzierung erhöhte sich im Laufe der Zeit um mehr als das Doppelte.⁴¹

³⁷ Die Stadt Bonn errichtete am 01. Juli 1906 ein Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten. Das Amt stand unter der Leitung des Direktors des Hygienischen Instituts. Die Finanzierung war zu Beginn mit 1800 Mark geplant.

³⁸ Hagen errichtete am 01. Mai 1908 ein Untersuchungsamt und führte die Untersuchungen kostenfrei durch.

³⁹ Dazu zählten die Untersuchungen von Sekreten und Exkrementen mittels der Widalschen Probe.

⁴⁰ Bei den chemischen Untersuchungen wurde Urin, Wasser und Abwasser untersucht.

⁴¹ Begonnen wurde mit 2000 Mark für den Leiter, 1000 Mark für einen Hilfsarzt und 500 Mark für Anschaffung und Unterhaltung von Betriebsmitteln. Der Betrag wurde auf 9200 Mark erhöht, da sich auch die Aufgaben des Untersuchungsamtes erweiterten.

3 Das Gesundheitsamt in Halle

Richard Robert Rive (1864-1947), der Oberbürgermeister der Stadt von 1906 bis 1933 war, bemühte sich sehr um die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens. Bisher gab man sich mit den Ortsvereinen für Säuglings- und Kleinkindfürsorge, Armenfürsorge sowie der Tuberkulosefürsorge zufrieden, aber eine zentrale Gesundheitsbehörde einzurichten, wagte man aufgrund finanzieller Sorgen nicht. Es wurde oft über hygienische Maßnahmen beraten, diese aber immer wieder vertagt. Rives Ziel war die Schaffung eines umfangreichen, kommunalen Gesundheitswesens. Der Stadtverordnetenversammlung⁴² gehörten damals vier Ärzte an. Diesen erläuterte er seine Pläne über die Anstellung eines Stadt- sowie eines Schularztes, Errichtung eines Nahrungsmitteluntersuchungsamtes und Durchführung der Straßenreinigung durch die Stadt. Wie es zu erwarten war, waren die Ärzte für die Umsetzung des Vorschlages. Es folgten recht schwierige Verhandlungen. Doch die vier Ärzte stellten eine kraftvolle und überzeugende Vertretung dar, die es mit eindrucksvollen Reden schafften, die Mehrheit der Stadtverordneten zu überzeugen.⁴³ So wurde im Frühjahr 1907 in Halle mit der Gründung einer Stadtarztstelle und der Anstellung eines Schularztes ein neuer Weg in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge eingeschlagen. Damit war Halle eine der ersten deutschen Städte, welche die kommunale Gesundheitspflege zentralisierte und sich besonders um die schulärztliche Versorgung bemühte.⁴⁴ Die Mehrzahl der deutschen Städte beschränkte sich zu dieser Zeit in der öffentlichen Gesundheitspflege auf die Errichtung eines Untersuchungsamtes, in dem bakteriologische Analysen durchgeführt wurden. Zum Teil waren an deren Leitung nicht einmal Ärzte beteiligt.

Am 7. Oktober 1907 übernahm Karl Rudolf Arnold Arthur Wilhelm von Drigalski (1871-1950)⁴⁵ die Stelle des Stadtarztes und nahm beratend an den Magistratssitzungen teil⁴⁶. Dadurch stellte er die Verbindung zwischen der Verwaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Exekutive dar, da der

⁴² Die Verwaltungsstruktur der Stadt Halle war sehr komplex. Es gab den Magistrat, die Stadtverordnetenversammlung, Deputationen, Kommissionen und Kuratorien. Kommissionen und Kuratorien wurden durch Mitglieder der Stadtverordnetenversammlung gebildet und waren vorbereitende Organe, die sich mit kommunalen Problemen beschäftigten. Deputationen gehörten zum Magistrat. Deren Kommunalbeamte unterstanden dem Oberbürgermeister und arbeiteten nach Dienstanweisungen. Sie bestanden aus Mitgliedern der Stadtverordnetenversammlung und des Magistrats. Oft wurden noch Sachverständige hinzugezogen. Vgl. Jacob (2000), S.19-20.

⁴³ Vgl. SAH CS0 Rive 02b Ls, S. 160-162.

⁴⁴ Vgl. SAH Cx 50034, S. 1643.

⁴⁵ Biografie siehe S. 28.

⁴⁶ SAH Untersuchungsamt Bd. 1 Nr. 1.

Stadtkarzt selbst keine Exekutivgewalt besaß. Seine Tätigkeit wurde durch Dienstanweisungen geregelt. Der Stadtkarzt war als Gemeindebeamter auf Lebenszeit angestellt. Er durfte keine Privatpraxis betreiben. Allerdings war ihm wissenschaftliches Arbeiten und das Lehren an der Universität erlaubt. Die Diensträume wurden von der Stadtverwaltung zur Verfügung gestellt und umfassten vier Wartezimmer, drei Sprechzimmer und drei Schreibzimmer. Ebenso erhielt er die Untersuchungsinstrumente von der Stadt.

Die Sprechstunde wurde täglich, außer mittwochs und samstags, abgehalten.

Das Jahresgehalt wurde mit 9000 Mark vergütet und konnte nach drei Jahren um 500 Mark angehoben werden. Allerdings war ein Gehalt über 10000 Mark nicht möglich.

3.1 Die Aufgaben des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt untergliederte sich noch einmal in verschiedene Zuständigkeitsbereiche. Es gab die Abteilung für Wohnungspflege, die Fürsorgeärztliche Abteilung, eine Abteilung für Säuglinge und Kleinkinder, die Schulärztliche Abteilung, die Abteilung für Geschlechtskrankheiten, das städtische Untersuchungsamt sowie die Fürsorgeschwester in der Funktion einer Hebamme.

Das Gesundheitsamt sollte neben den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen auch die Wohngebäudebaupläne und die Wohnungsverhältnisse beurteilen. Die Wohnungen wurden entweder auf Antrag des Wohnungsamtes oder auf Wunsch der Bevölkerung von Ärzten des Gesundheitsamtes besichtigt. Wenn es notwendig erschien, konnte dafür der zuständige Sachverständige hinzu gezogen werden. Weiterhin war das Amt sowohl für die hygienische Überwachung der Kranken- und Siechenhäuser als auch der Pflegeheime verantwortlich. Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes beurteilten, ob eine ausreichende Anzahl von Betten vorhanden war. Sie führten Statistiken über Genesung und Todesfälle der Behandelten wie auch die im Krankenhaus verbrachten Tage. Des Weiteren wurden regelmäßig die Abwasser- und Abfallbeseitigung sowie die Wasserversorgung geprüft.⁴⁷ Dafür wurden das Wasser der Wasserwerke und Brunnen auf ihre Keimzahl untersucht. Außerdem wurde das Wasser der Saale ständig auf Industrieabwässer und Salzgehalt getestet.⁴⁸ Weitere Aufgaben des Gesundheitsamtes lagen in der Leitung der öffentlichen Säuglingsfürsorge, des schulärztlichen Dienstes sowie des

⁴⁷ Vgl. Vögele (2006), S. 72-73.

⁴⁸ Vgl. Hüntelmann (2006), S. 31-33.

Untersuchungsamtes. Bei der Leitung des Untersuchungsamtes war jeweils ein Dezernent für die Abteilung Infektionskrankheiten und einer für die chemische Abteilung zuständig. Durch Vorträge und Ausstellungen sorgte das Gesundheitsamt für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung. Für die Bevölkerung wurde viermal in der Woche eine öffentliche Sprechstunde mit Beratung und Begutachtung von drei Ärzten abgehalten. Sie wurden zahlreich genutzt, so dass in manchen Jahren 30000 Hilfesuchende die Sprechstunden aufsuchten. Des Weiteren wurden auch alle Beamten, Angestellten und Arbeiter des städtischen Dienstes auf Antrag des Magistrats untersucht. Weitere wichtige Aufgaben lagen in der Überwachung der Desinfektion und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.⁴⁹ Die Bekämpfung dieser betraf die Infektionskrankheiten Diphtherie, Scharlach, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. Alle anderen Krankheiten lagen im Verantwortungsbereich des Kreisarztes.

Der Polizeiarzt, der auch Leiter der Abteilung für Geschlechtskrankheiten war, untersuchte die Prostituierten und die von der Sittenpolizei zugeführten Frauen.⁵⁰ Er tätigte seine Untersuchungen auf dem Polizeirevier und beteiligte sich zweimal wöchentlich als Facharzt für Hautkrankheiten an der schulärztlichen Sprechstunde. Die kinderärztliche Abteilung arbeitete vor allem in den Räumen der vier Säuglingsfürsorgestellen. Bei den Kleinkindern wurde auch ein Orthopäde hinzugezogen, der die „Begutachtungen gemäß Bestimmung des Krüppelfürsorgesetzes“⁵¹ vornahm. In allen Schulen der Stadt wurden sämtliche Schulkinder „auf ihren Gesundheitszustand, Tuberkulosegefährdung, Bedürftigkeit einer Zuspeisung oder sonstige Maßnahmen zur Erholung jährlich mehrmals durchuntersucht.“⁵² Die gesundheitliche Kontrolle der halleschen Schüler übernahm ab dem 17. Januar 1908 Dr. Arno Peters, der bisher als Stabsarzt im 4. Pionierbataillon in Magdeburg tätig war. Er war dem Stadtarzt unterstellt.

Der Stadtarzt war durch die Säuglingsfürsorge sehr in Anspruch genommen. Dies änderte sich im Jahr 1908, als die vorhandene Einrichtung ausgebaut und erweitert wurde. Außerdem wurde eine hauptamtliche Leiterin für die häusliche Säuglings- und Mutterfürsorge, eine so genannte Fürsorge-Schwester, eingestellt. So konnte ein großer Teil der Aufgaben verteilt und der Stadtarzt entlastet werden.⁵³

⁴⁹ Originaltext siehe Anhang S. 86.

⁵⁰ Vgl. Jandt (2006), S. 97-101.

⁵¹ SAH Untersuchungsamt Bd.1 Nr.1.

⁵² SAH Untersuchungsamt Bd. 1 Nr. 1.

⁵³ Vgl. Vollmer (2006), S. 81-95.

Im Jahr 1909 wurde die Wohnungspflege mit der Anstellung eines Wohnungsinspektors noch intensiviert. Im gleichen Jahr trat anstelle des Begriffs „Stadtarzt“ der Begriff „städtisches Gesundheitsamt“.

Ab dem 1. April 1910 unterstützte der „Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht“ die Fürsorgestelle für Lungenkranke. Diese wurde von einem Facharzt betreut und arbeitete eng mit dem Gesundheitsamt zusammen. Außerdem wurden zahlreiche Untersuchungen für die Kriegshinterbliebenenfürsorgestelle durchgeführt.

3.2 Das Personal des Gesundheitsamtes

Während des Ersten Weltkrieges wurden Drigalski und Peters zum Kriegsdienst eingezogen. Während dieser Zeit übernahm Friedrich Wilhelm Strauch⁵⁴ die Stelle des stellvertretenden Stadt- und Schularztes.

1920 wurde Peters als Stadtmedizinalrat nach Potsdam berufen. Er wurde durch Schnell⁵⁵ ersetzt, der bereits seit 1918 als Assistenzarzt im Gesundheitsamt tätig war.

Bis zum Jahr 1923 hatte die Stadt Halle je einen Stadt- und einen hauptamtlichen Schularzt berufen. Insgesamt waren im Gesundheitsamt sechs Ärzte tätig: zwei Stadtärzte, die sich vor allem um die schulärztlichen Angelegenheiten kümmerten und ein Polizeiarzt. Des Weiteren wurden ein städtischer Kinderarzt, ein Stadtmedizinalrat und ein Stadtarzt als Assistent des Stadtmedizinalrates, beschäftigt.⁵⁶

Von 1921 bis 1925 war Schnell Leiter der Abteilung „Jugendgesundheitspflege“ des Gesundheitsamtes in Frankfurt (Main). In dieser Zeit wurde er in Halle durch Arnold Japha (1877-1943) vertreten. Als am 12. März des Jahres 1925 Drigalski als Stadtmedizinalrat nach Berlin berufen wurde, kehrte Schnell aus Frankfurt zurück, um den Posten des Stadtmedizinalrates zu übernehmen.

3.3 Wilhelm v. Drigalski

Professor Dr. med. Karl Rudolf Arnold Arthur Wilhelm von Drigalski wurde am 21. Juni 1871 in Dresden als Sohn des Königlich Preußischen Hauptmanns Arthur von Drigalski (1834-1897) und seiner Frau Minna (1840-1900), geborene Kuhn, geboren.

⁵⁴ Es konnten keine Lebensdaten gefunden werden.

⁵⁵ Es konnten keine Personendaten gefunden werden.

⁵⁶ Vgl. SAH Cx 50034, S. 1643.

Das Gymnasium besuchte er in Hirschberg, Stargard, Ratibor und Detmold und erhielt 1890 sein Reifezeugnis. Von 1890 bis 1895 studierte er in Berlin Medizin an der Kaiser- Wilhelm- Akademie für militärärztliches Bildungswesen und promovierte im Jahre 1895 zum Doktor der Medizin mit dem Prädikat „magna cum laude“. Vom 15. Februar 1895 bis zum 15. Februar des darauf folgenden Jahres arbeitete er als Unterarzt im Charité Krankenhaus. Am 14. Juni 1896 bestand er die medizinische Staatsprüfung mit der Note „2“.

Zu Beginn des Jahres 1901 bekam er eine Assistenzarztstelle am Königlichen Institut für Infektionskrankheiten. Dort arbeitete er in der von Robert Koch geleiteten Preußischen Kommission zur Typhusbekämpfung, als deren Mitglied er Anfang 1902 nach Trier entsandt wurde, um dort eine bakteriologische Untersuchungsanstalt zu errichten und zu leiten. Die folgenden Jahre wirkte er außerdem noch in Kassel und Hannover, wo er als Stabsarzt Vorsteher der bakteriologischen Abteilung eines Armeekorps war.

Am 5. März 1905 heiratete Drigalski in Wiesbaden die Schriftstellerin Liesbet Dill. Sie war die Tochter des Guts- und Brauereibesitzers Friedrich Wilhelm Dill.

Im Dezember 1905 wurde er zum Professor ernannt. Am 18. Oktober des Jahres 1906 habilitierte er mit der Arbeit „Der notwendige Zusammenhang der wissenschaftlichen Technik und der Hygiene“ in Hannover und erhielt als Privatdozent einen Lehrauftrag mit dem Schwerpunkt „Wesen und Verhütung der Geschlechtskrankheiten und sonstige hygienische Fragen“ an der Königlichen Hochschule Hannover. Vom Minister für öffentliche Arbeit wurde er 1906 und 1907 mit der Leitung des ärztlichen Teils des Fortbildungskurses über Städtebau und Wohnungshygiene beauftragt.

Über die Umstände, die ihn schließlich zum Stadtarzt in Halle werden ließen, schrieb er in seinen Lebenserinnerungen: „Gerade bereitete ich eine andere Versuchsreihe vor, da fand ich im Lesezimmer des Lazarets eine Nummer der Münchener Medizinischen Wochenschrift. In dieser war die neu geschaffene Stelle eines Stadtarztes von Halle a. d. Saale ausgeschrieben, mit einem für damalige Verhältnisse ungewöhnlich hohen Gehalt bei lebenslänglicher Anstellung und mit der Eigenschaft eines Dezenten. Eben wollte ich das Blatt beiseite legen, da sagte Dr. Krebs [...] ‘Das wäre doch etwas für Sie. Halle, eine gute Universität, und die Dotierung...’ Er redete mir zu wenigstens anzufragen. [...] Am Ende wäre ohne den Zufall, dass der energische Krebs neben mir stand alles Weitere nicht geschehen. Also fragte ich erst einmal unverbindlich an und nahm die Sache noch keineswegs

ernst.“⁵⁷ Rive, der Oberbürgermeister der Stadt Halle, antwortete direkt, dass Drigalski unverzüglich eine Bewerbung einsenden sollte. Von seinem Generalarzt bestärkt, reichte er die Bewerbung, die mehrere Referenzadressen enthielt, ein. Danach meldete er sich zur Kreisarztprüfung an, deren Bestehen Voraussetzung für das Amt war. Bald darauf erschien Oberbürgermeister Rive bei Drigalski, um ihn genauer kennenzulernen. Wenige Tage nach dem Besuch erhielt der zukünftige Stadtarzt eine Einladung, um sich beim Magistrat vorzustellen. Bereits nach einer Woche erhielt er ein Telegramm, dass er einstimmig angenommen worden sei.

Über seine Anfangszeit in Halle schrieb Drigalski: „Es war ein ausgezeichnete Gedanke des Oberbürgermeisters Rive, nicht nur das stadtärztliche Amt, sondern auch zum ersten Mal eine grundsätzlich vollständige schulärztliche Versorgung aller städtischen Schulen einzurichten. Soweit war er gegangen, im Übrigen empfing er mich mit der Mitteilung, dass er nicht wisse, was ich zu tun habe,- dass ich das selbst bestimmen müsse. [...] Ziemlich plötzlich war ich also von einer rund 180000 Einwohner zählenden Großstadt mit stürmischer Industrieentwicklung vor die Aufgabe gestellt, sie gesund zu erhalten und noch gesünder zu machen. Wie fängt man das an? [...] Also sah ich erst einmal zu, wie die gesundheitlichen Verhältnisse lagen. Sie waren schlecht genug, und ich begriff, weshalb der Leiter dieses Gemeinwesens besondere gesundheitliche Organe gewünscht hatte und weshalb sie von den städtischen Körperschaften mit einer unverkennbaren, andere Kommunen zunächst übertreffenden Großzügigkeit bewilligt worden waren. [...] Ich hatte keinerlei Grund zu fröhlichem Optimismus. Bisher hatte ich mich bakteriologischen Problemen, insbesondere solchen der Seuchenbekämpfung widmen dürfen, immer mit ausreichenden Einrichtungen ausgerüstet“.⁵⁸

In den folgenden Jahren baute Drigalski in systematischer Arbeit das Stadtgesundheitsamt auf, wobei er sich zunächst vor allem auf die öffentliche Säuglingsfürsorge und die Bekämpfung der Infektionskrankheiten konzentrierte.

Diese Arbeit wurde aber zunächst durch den Ersten Weltkrieg unterbrochen, in dem er zuerst auf dem Balkan und dann an der deutschen Westfront eingesetzt wurde. Von 1915 bis 1916 war er als Gouvernementsarzt in Brüssel tätig. Im Dezember 1918 trat er seinen Dienst als Stadtarzt wieder an.

1925 nahm Drigalski den Ruf als Stadtarzt nach Berlin an, wo er allerdings 1933 von der Hitlerregierung in den Ruhestand versetzt wurde und in Berlin und Halle seine

⁵⁷ SAH Fa 2690.

⁵⁸ SAH Fa 2690.

Lehraufträge verlor. Die folgenden Jahre verbrachte er als Schiffsarzt. Nach 1945 trat Drigalski noch einmal in den Dienst der öffentlichen Gesundheitspflege. Da sein einziger Sohn Wolf, seit 1940 Professor in Halle, 1942 in Stalingrad gefallen war, nahm sich Drigalski seiner drei Enkel an. In einem Brief nannte seine Frau die Sorge um die Waisenkinder als Grund, warum er die Stelle am neu gegründeten Institut für öffentliche Gesundheitspflege in Frankfurt übernahm.

Im Mai 1950 starb Wilhelm von Drigalski im Alter von 79 Jahren in Wiesbaden.

4 Infektionskrankheiten in Halle und deren Bekämpfung

4.1 Typhus

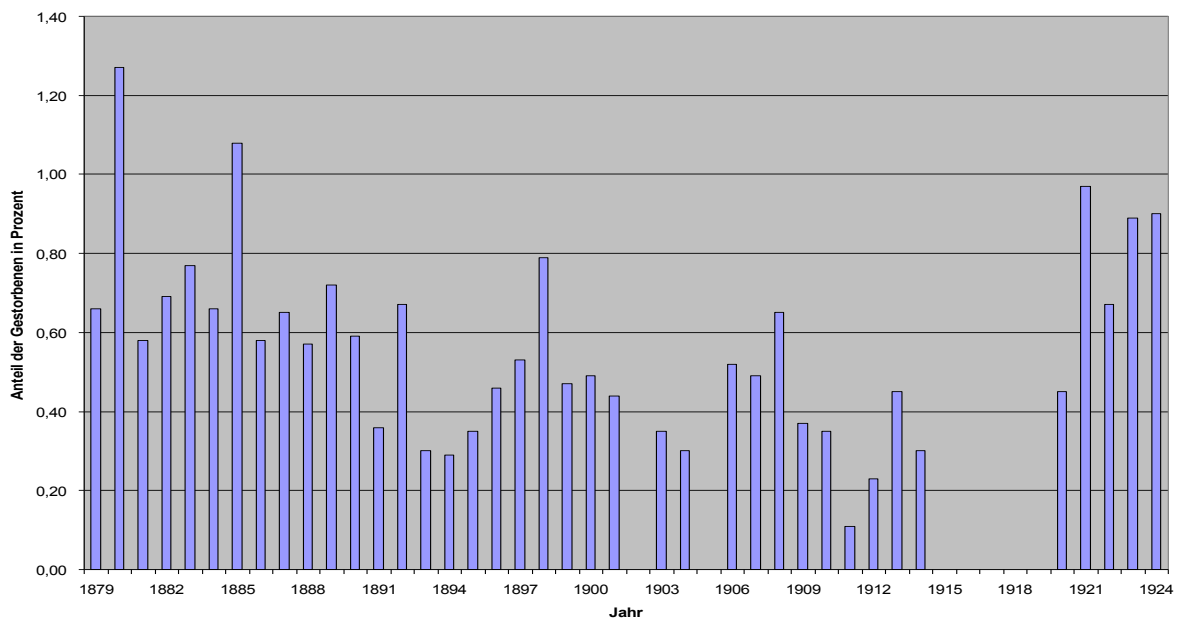


Abb. 8: prozentualer Anteil der an Typhus Gestorbenen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Aus der Abbildung 8 wird ersichtlich, dass in der Stadt Halle die Sterblichkeitsrate an Typhus bei maximal 1,3% lag. Aus dem Verwaltungsbericht des Jahres 1880 geht hervor, dass man die schlechte wirtschaftliche Lage für die hohe Sterblichkeit verantwortlich machte.⁵⁹ Danach bewegte sich die Sterblichkeit zwischen 0,6% und 0,8%, bis sie im Jahr 1885 mit 1,1% ihren zweiten Höchststand in dem betrachteten Zeitraum erreichte, wofür man jedoch keine Erklärung fand und es als gegeben hinnahm. Bis 1894 sank die Typhussterblichkeitsrate auf 0,3%, danach stieg sie kontinuierlich bis auf 0,8% im Jahr 1898 an, auch in diesem Jahr lässt sich im Verwaltungsbericht keine Begründung für den Anstieg finden. Danach bewegte sich der prozentuale Anteil der an Typhus Verstorbenen in den Jahren 1899 bis 1920 zwischen 0,3% und 0,5%. Nur das Jahr 1908 bildete mit 0,7% eine Ausnahme. 1921, 1923 und 1924 war die Sterblichkeitsrate mit 0,9% bis 1,0% noch einmal relativ hoch. Eine Ursache für das erneute höhere Auftreten der Krankheit könnte die schlechte wirtschaftliche Lage der Stadt gewesen sein. Nahrungsmittel waren knapp und die Menschen mussten Hunger leiden, dabei wurde sicherlich oft verschmutztes Wasser getrunken.

⁵⁹ „[...] so dürfte die gesteigerte Sterblichkeit des Jahres 1880 im Wesentlichen auf die ungünstigeren wirtschaftlichen Verhältnisse der letzten Jahre zurückzuführen sein“ SAH Cs 82081, S. 89.

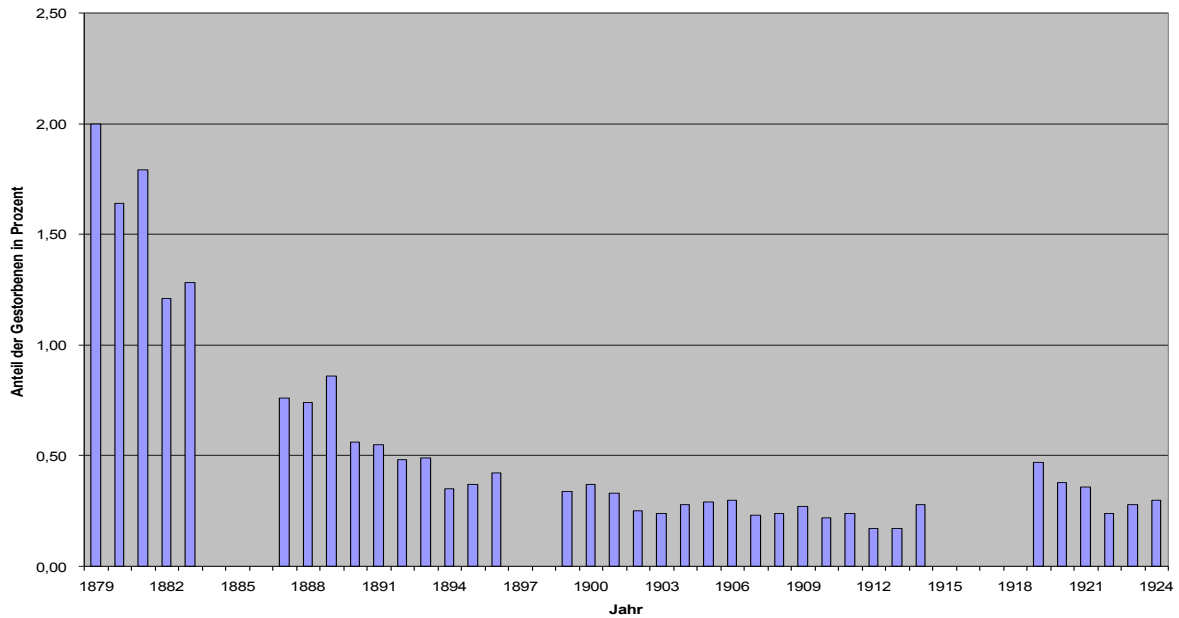


Abb. 9: prozentualer Anteil der an Typhus Gestorbenen in der Provinz Sachsen (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Die maximale Sterblichkeitsrate der Provinz Sachsen lag mit 2% höher als in der Stadt Halle. Allerdings ist aus Abb. 9 gut ersichtlich, dass die Rate der an Typhus Verstorbenen stetig sank und bis zum Jahr 1913 mit 0,2% ihren Tiefstand erreicht hatte. Erst danach verzeichnete sie einen leichten Anstieg von 0,1% bis maximal 0,3% im Jahr 1919.

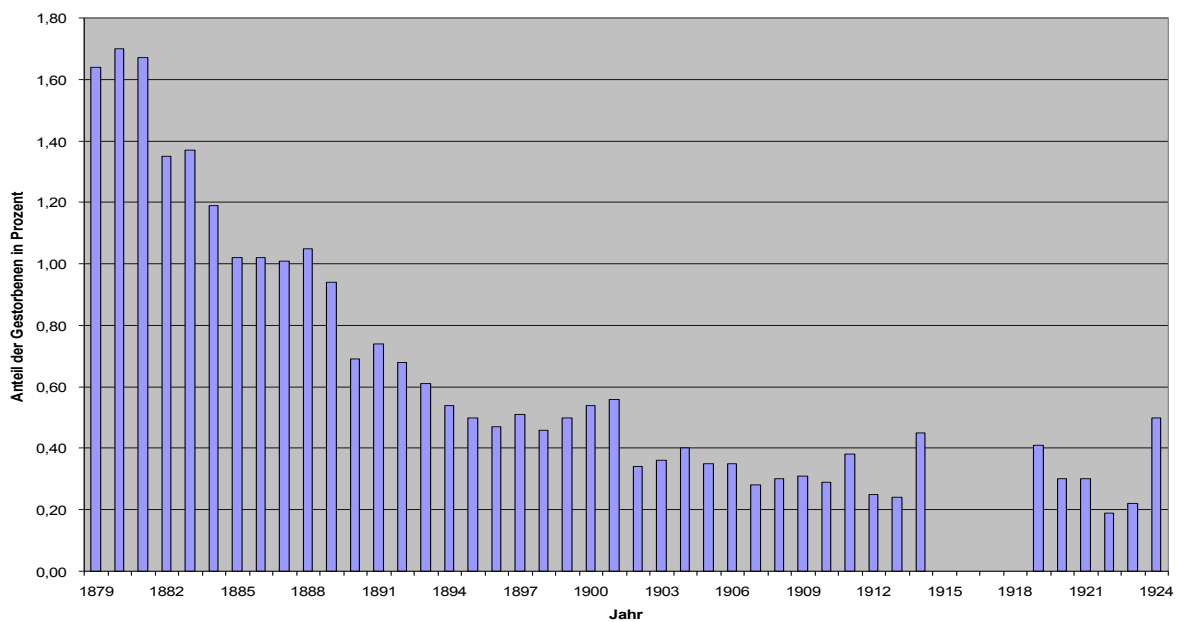


Abb. 10: prozentualer Anteil der an Typhus Gestorbenen im Deutschen Reich (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Während in der Stadt Halle das Maximum der Sterblichkeit an Typhus bei 1,3% lag, war es im Deutschen Reich mit 1,7% um 0,4% höher. Genau wie in der Provinz Sachsen ist im Deutschen Reich aus Abb. 10 ein anhaltender Abwärtstrend ersichtlich, der seinen Tiefststand 1922 mit 0,2% erreichte. 1924 stieg die Sterblichkeitsrate noch einmal auf 0,5%.

Im Sommer 1858 war der Gestank der Abwässer der Londoner Themse nicht mehr zum Aushalten. Die Menschen waren sich sicher, dass dieser Gestank das tödliche Fieber auslöste, von welchem London ständig heimgesucht wurde. London bildete bei den herrschenden hygienischen Zuständen keine Ausnahme zu anderen europäischen Städten. Zahlreiche Ärzte vertraten die Meinung, dass die übelriechenden Dämpfe, die von Abfallbergen, Sümpfen, Jauchegruben, Abwässern oder den Industrieabfällen aufzogen, die Ursache für das Fieber waren. Ein britischer Epidemiologe stellte 1873 fest, dass die Menschen nicht durch den Gestank, sondern durch schmutziges Wasser erkrankten. 1880 wurde durch Eberth und Koch der Erreger des Typhus abdominalis entdeckt. 1884 wurde dann der Typhusbazillus in Reinkultur durch Gaffky gezüchtet und mit der durch Widal entwickelten Methode war es seit 1896 möglich, Typhus nachzuweisen. Zwei Jahre später wurde ein Impfstoff entwickelt.⁶⁰

Generell gab es im Deutschen Reich für alle Typhuskrankheits- und Verdachtsfälle eine Anzeigepflicht. Erkrankte und deren Angehörige durften nicht in die Schule gehen. Dauerausscheider, also Menschen die zehn Wochen nach der Genesung immer noch Typhusbakterien ausschieden, mussten beim zuständigen Gesundheitsamt angezeigt werden, welches dann für die Belehrung und Aufklärung verantwortlich war. Außerdem durften sie ebenfalls die Schule nicht besuchen so lange eine Ansteckungsgefahr von ihnen ausging. Bei ihnen erwog man zum Teil eine Entfernung der Gallenblase, diese Maßnahme galt aber als wenig erfolgreich.⁶¹ Als eine der wichtigsten Maßnahmen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu vermeiden, galt die laufende Desinfektion am Krankenbett. Diese erstreckte sich auf „Stuhl, Urin, Erbrochenes, Nasen- und Rachenauswurf, Wasch- und Badewasser, Eß- und Trinkgeschirr, Leib- und Bettwäsche, Bett und Umgebung, Stechbecken und Abort.“⁶² Die Desinfektion des Stuhls und des Urins erfolgte mit Kalkmilch oder Chlorkalk. Nachdem der Kranke das Krankenzimmer verlassen hatte und seine Exkremente als bakterienfrei galten, wurde eine Schlussdesinfektion des Zimmers

⁶⁰ Vgl. Dobson (2009), S. 54-61.

⁶¹ Vgl. Klare, Meyer (1938), S. 117-118.

⁶² Klare, Meyer (1938), S. 118.

durchgeführt, in der alle benutzten Gegenstände sowie die Wäsche des Kranken desinfiziert wurden.⁶³

In Deutschland wurde die aktive Immunisierung nur bei Personen, die beruflich mit Typhuskranken oder mit dem Typhuserreger zu tun hatten, vorgenommen. In Epidemiezeiten wurde auch die Bevölkerung geimpft.⁶⁴

4.2 Scharlach

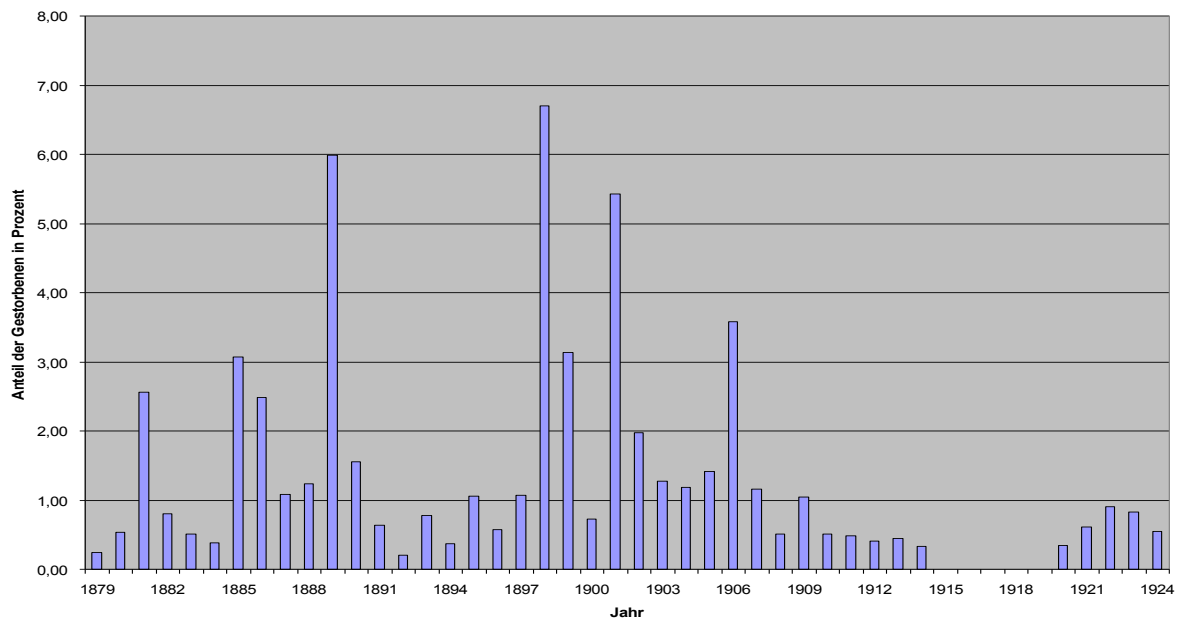


Abb. 11: prozentualer Anteil der an Scharlach Gestorbenen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Zu Beginn des Betrachtungszeitraumes war die Sterblichkeitsrate an Scharlach mit 0,2% bis 0,8% eher gering. Eine Ausnahme bildete das Jahr 1881 mit 2,6%. 1885 und 1886 fielen von allen Gestorbenen 2,5% bis 3,1% dem Scharlach zum Opfer. In den darauf folgenden zwei Jahren belief sich die Sterblichkeitsrate wieder auf wenige 1,1% bis 1,2%. 1889 erreichte die Rate der an Scharlach Gestorbenen mit 6% den zweithöchsten Wert. Diese hohe Sterblichkeit wurde im Gesundheitsbericht des Jahres zwar erwähnt, aber eine Erklärung fand man dafür nicht. Danach bewegte sich der prozentuale Anteil der an Scharlach Verstorbenen zwischen 1,1% und 1,6%. Die Jahre 1898 und 1901 wiesen mit 6,7% und 5,4% ebenfalls eine sehr hohe Sterblichkeit auf. 1898 wütete eine Scharlachepidemie von Juni bis zu ihrem Höhepunkt Ende des Jahres. „Nicht unerwähnt sei es gelassen, daß die Verbreitung

⁶³ Vgl. Hunttemüller (1926), S. 47.

⁶⁴ Vgl. Klare, Meyer (1938), S. 118.

der Krankheit in der Stadt ihren Ausgang von Epidemien nahm, welche in den mit der Stadt in unmittelbarer Berührung stehenden Nachbardörfern wüteten. Bereits während der letzten Monate des Jahres 1897 hatte sie ihren Eingang in die südlichen Teile der Stadt [...] gefunden. In den ersten Monaten des Jahres 1898 geschah das Gleiche auf der Nordseite in noch ausgiebigerer Weise[...].⁶⁵ Von 1901 bis 1914 sank die Sterblichkeitsrate bis auf 0,3%. Hier bildete nur das Jahr 1906 mit 3,6% eine Ausnahme, als die Krankheit vor allem im Januar und Februar sowie im September stark verbreitet war.⁶⁶ Von 1919 bis 1924 lag der Anteil der an Scharlach gestorbenen Personen zwischen 0,4% und 0,9%. Es lässt sich also vermuten, dass die Isolierung der Kranken und die abschließende Desinfektion ihre Wirkung nicht verfehlt haben und dadurch die Mortalität sank.

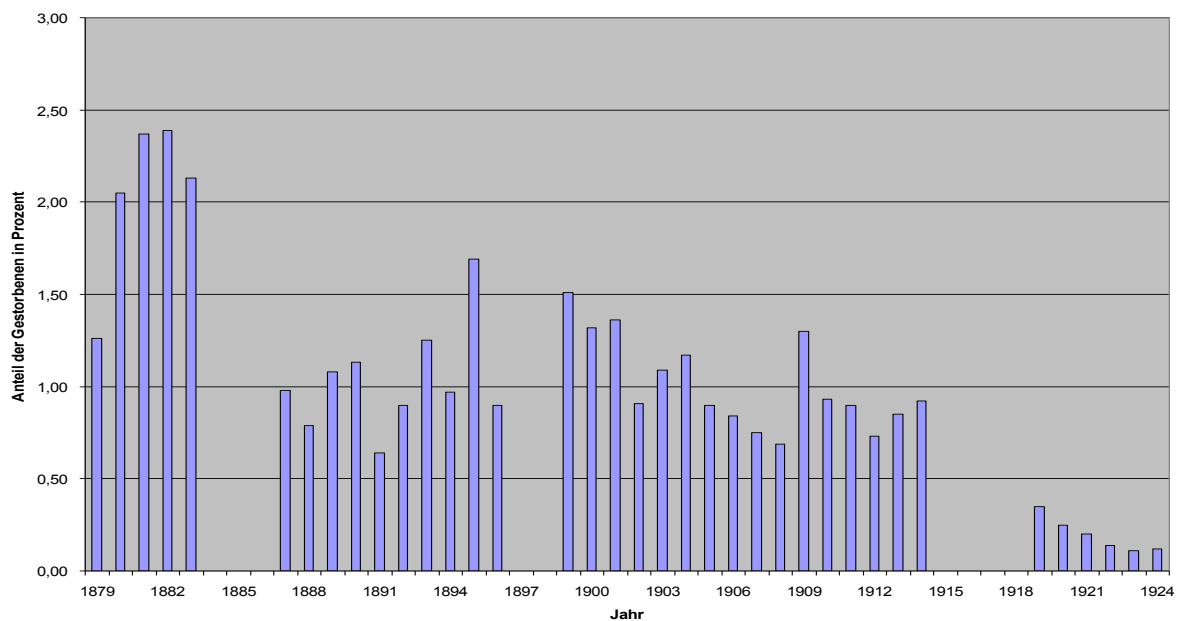


Abb. 12: prozentualer Anteil der an Scharlach Gestorbenen in der Provinz Sachsen (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

In der Provinz Sachsen überschritt die Sterblichkeitsrate an Scharlach 2,4% nicht. Sie ist somit im Vergleich zur Stadt Halle deutlich niedriger. Ab dem Jahr 1887 lag der Anteil der an Scharlach Verstorbenen minimal bei 0,6% und maximal bei 1,7%. Ab 1919 ging die Scharlachsterblichkeit stetig zurück und erreichte 1924 mit 0,1% ihren niedrigsten Wert in dem betrachteten Zeitraum.

⁶⁵ SAH Cs 82099, S. 171.

⁶⁶ Vgl. SAH Cs 82106, S. 19.

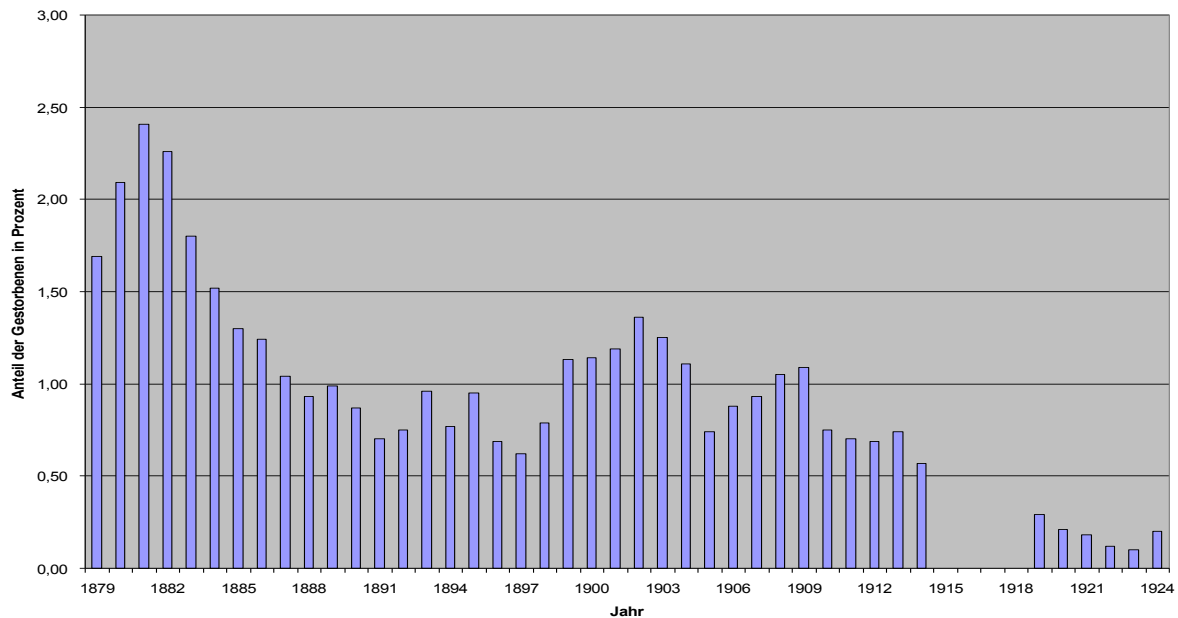


Abb. 13: prozentualer Anteil der an Scharlach Gestorbenen im Deutschen Reich (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Auch das gesamte Deutsche Reich verzeichnete keine derart hohe Sterblichkeitsrate an Scharlach wie die Stadt Halle, das Maximum lag bei 2,4% im Jahr 1881. Danach sank der Anteil der an Scharlach Gestorbenen stetig bis er sich von 1885 bis 1914 zwischen 0,6% und 1,4% einpendelte.

1873 beschrieb Oesterlen⁶⁷ den Übertragungsweg des noch unbekanntes Scharlacherregers. Die Luft, die von Erkrankten benutzten Fahrzeuge, Münzen, Kleider, Wäschestücke, Haushaltsgeräte und Briefe, sogar Insekten und Vögel hielt er für Überträger der Krankheit.⁶⁸ Doch auch 55 Jahre später war man sich bei dem Erreger noch nicht sicher. Szontagh und Fanconi gingen von dem anaphylaktischen Entstehen eines Scharlachkomplexes aus. Caronia, diCristina und Sindoni nahmen als Ursache ein filterbares Virus an.⁶⁹ Deicher sowie die Mehrzahl deutscher, amerikanischer, englischer, französischer und russischer Wissenschaftler vertraten die Meinung „daß der *Streptococcus haemolyticus scarlatinae* als Erreger des Scharlachs angesprochen werden muß.“⁷⁰ Scharlach wurde als eine Erkrankung der Tonsillen einhergehend mit einer Toxinvergiftung des ganzen Körpers betrachtet. Die Scharlachempfindlichkeit wurde mit der Hautprobe nach Dick getestet. Dabei wurde eine Verdünnung des Scharlachtoxins in den Unterarm gespritzt. Wenn nach 12 bis 24 Stunden eine Rötung und Schwellung von mindestens 1cm Durchmesser

⁶⁷ Friedrich Osterlen (1812-1877).

⁶⁸ Vgl. Oesterlen (1873), S. 550-551.

⁶⁹ Vgl. Deicher (1928), S. 162-163.

⁷⁰ Deicher (1928), S. 164.

zu sehen war, war der Test positiv ausgefallen und der Patient war für Scharlach empfänglich oder schon an Scharlach erkrankt. Um eine allergische Reaktion auf Eiweiß auszuschließen, wurde in den anderen Unterarm eine Quaddel mit gekochtem Toxin gespritzt, dieser Test musste immer negativ ausfallen. Der Dicktest als Parameter für die Scharlachimmunität war zwar immer noch umstritten, wurde aber dennoch oft angewandt.⁷¹ Um eine weitere Ansteckungsgefahr durch frisch genesene Scharlachpatienten auszuschließen, forderte Deicher nicht die damals üblichen sechs Wochen abzuwarten, „sondern das dreimalige Freisein der Mund- und Nasenhöhle von hämolytischen Streptokokken nachzuweisen.“⁷² Dies sollte zu einer Erleichterung des Patienten führen, da er früher nach Hause durfte, und zu einer finanziellen Entlastung des Staates.

Zur Verhütung einer Scharlacherkrankung wurde in Deutschland nur die passive Immunisierung durchgeführt. Sie wurde zum Schutz bei Familien angewandt, in denen Familienmitglieder an Scharlach erkrankt waren. Dafür verwendete man Rekonvaleszentenserum, welches intramuskulär gespritzt wurde und einen Schutz von drei Wochen erzielen sollte. War kein Rekonvaleszentenserum verfügbar, benutzte man Erwachsenenserum oder -blut oder künstliches Scharlachpferdeserum. Zur Behandlung einer Scharlacherkrankung wurde ein künstliches antitoxisches Heilserum angewandt, welches die toxischen Symptome der Erkrankung beeinflusste.⁷³ Außerdem sollte der Kranke, solange eine Ansteckungsgefahr von ihm ausging, isoliert werden. Des Weiteren mussten seine Kleidung, seine Bettwäsche sowie alle seine Gebrauchsgegenstände ständig desinfiziert werden.⁷⁴

Bei Erkrankungsfällen bestand eine Anzeigepflicht, in Hessen und Lippe sogar für Verdachtsfälle.⁷⁵

4.3 Masern/Röteln

Der Erreger der Masern und der Röteln blieb in dem Betrachtungszeitraum unbekannt, man vermutete aber ein filtrierbares Virus.⁷⁶ Eine Anzeigepflicht bestand für Erkrankungsfälle in Württemberg, Hessen und Hamburg, Verdachtsfälle mussten

⁷¹ Vgl. Deicher (1928), S. 166-167.

⁷² Deicher (1928), S. 168.

⁷³ Vgl. Deicher (1928), S. 169-174.

⁷⁴ Vgl. Hoffmann (1920), S. 104.

⁷⁵ Vgl. Klare, Meyer (1938), S. 58.

⁷⁶ Vgl. Huntemüller, Kliewe (1926), S. 76.

in Hessen und Lippe angezeigt werden.⁷⁷ Man erkannte, dass „schon vor dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit [...] Krankheitsstoffe durch Husten, Niesen, Tränen“⁷⁸ und im späteren Krankheitsverlauf auch die Hautschuppen, wenn sie auf Gegenstände gelangten, ansteckend waren. Da man von einer 14-tägigen Inkubationszeit ausging, hielt man eine Isolierung und die laufende Desinfektion am Krankenbett für zwecklos.⁷⁹ Vielmehr empfahl man ein gründliches Lüften des Zimmers, wenn der Erkrankte wieder genesen war. Die Bettwäsche und Decken sollten zum Auslüften in die Sonne gebracht werden. Die Erkrankten und ihre Angehörigen durften die Schule nicht besuchen so lange man von einer Ansteckungsgefahr ausging.⁸⁰ Um zu verhindern, dass sich weitere Kinder der Familie mit Masern ansteckten, wurde bei Kindern bis vier Jahren und geschwächten Kindern ein Masernrekonvaleszentserum oder in dringenden Fällen Erwachsenenblut gespritzt. Dafür musste die passive Immunisierung bis zum vierten Inkubationstag an zwei bis drei aufeinander folgenden Tagen durchgeführt werden. Kinder unter drei Monaten bekamen diese Prophylaxe nicht, da man davon ausging, dass sie noch genug mütterliche Antikörper in sich trugen.⁸¹

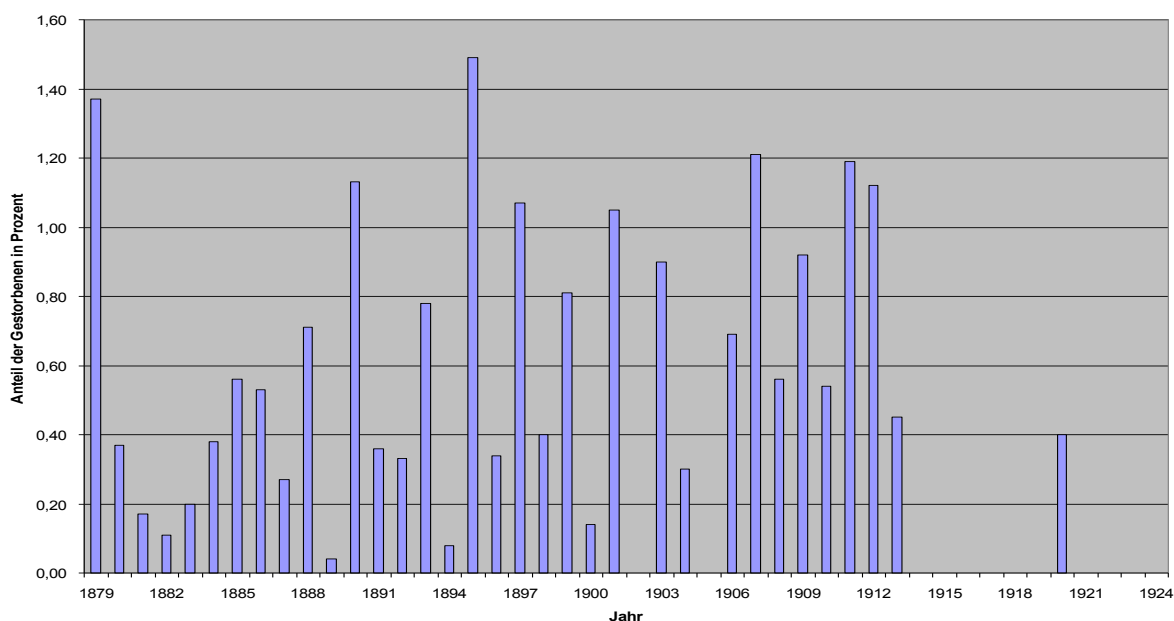


Abb. 14: prozentualer Anteil der an Masern/Röteln Gestorbenen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Betrachtet man Abb. 14, so stellt man fest, dass es in der Stadt Halle in dem betrachteten Zeitraum keine hohe Sterblichkeit an Masern/Röteln gab. Allerdings ist

⁷⁷ Vgl. Klare, Meyer (1938), S. 66.

⁷⁸ Hoffmann (1920), S. 102.

⁷⁹ Vgl. Hoffmann (1920), S. 102.

⁸⁰ Vgl. Klare, Meyer (1938), S. 66.

⁸¹ Vgl. Deicher (1928), S. 161-162.

auch kein Abwärtstrend in der Sterblichkeitsrate zu erkennen, so dass diese Sterblichkeit an Masern/Röteln eine zufällige zu sein scheint. Den geringsten Anteil von an Masern/Röteln Gestorbenen wiesen die Jahre 1882 mit 0,1%, 1889 mit 0,04%, 1894 mit 0,1% und 1900 mit knapp über 0,1% auf. 1895 erreichte die Sterblichkeitsrate für Masern/Röteln ihr Maximum mit 1,5%. Dies war zwar eine höhere Sterblichkeit als in den Jahren zuvor, scheint aber die Verantwortlichen des Gesundheitswesens nicht beunruhigt zu haben, da in den Verwaltungsberichten kein Hinweis darauf zu finden ist. In den Jahren 1879, 1890, 1895, 1897, 1901, 1907, 1911 und 1912 war die Sterblichkeitsrate über 1%. Die annähernd gleich hohe Sterblichkeit an Masern und Röteln könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Erreger in dem betrachteten Zeitraum unbekannt blieben und somit eine sichere Diagnose nicht stattfinden konnte. Des Weiteren bestand in Halle keine Anzeigepflicht im Erkrankungs- und Todesfall und eine Isolierung der Kranken erachtete man, aufgrund der Inkubationszeit, auch für zwecklos.

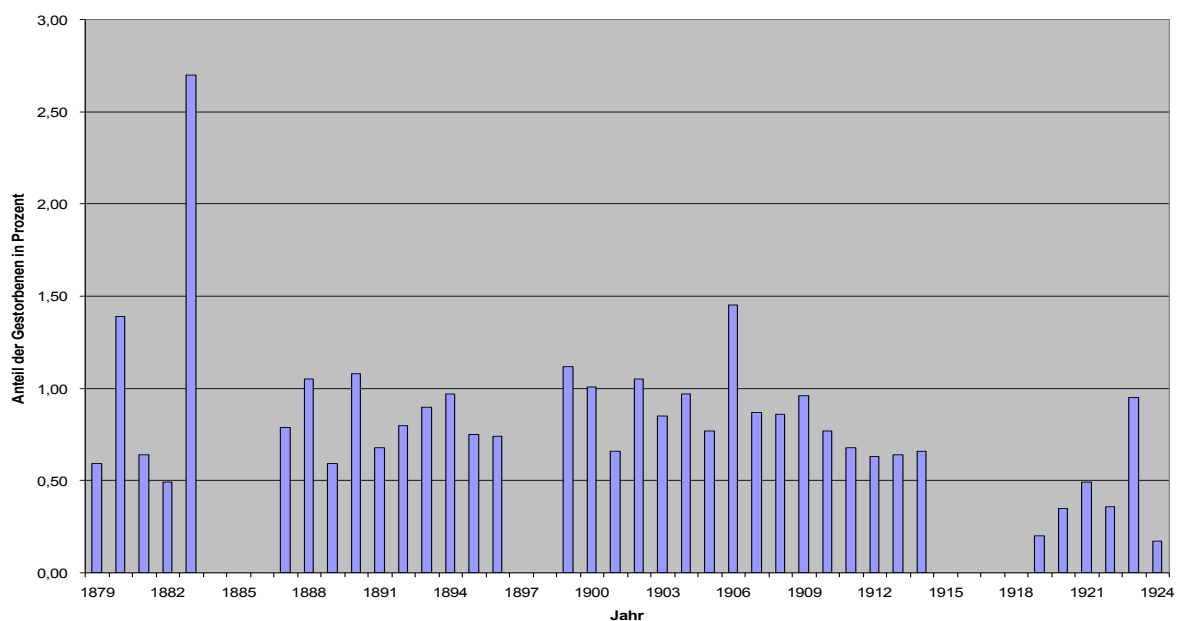


Abb. 15: prozentualer Anteil der an Masern/Röteln Gestorbenen in der Provinz Sachsen (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Das Maximum der an Masern/Röteln Verstorbenen war in der Provinz Sachsen mit 2,7% deutlich höher als in der Stadt Halle. Bis 1914 bewegte sich die Sterblichkeitsrate zwischen 0,5% und 1,5%. Allerdings überschritten nur die Jahre 1880, 1883 und 1906 deutlich die 1%-Marke. Von 1919 bis 1924 lag die Sterblichkeitsrate unter 0,5%. Eine Ausnahme bildete das Jahr 1923 mit knapp 1%. Der niedrigste Wert wurde 1919 und 1924 mit 0,2% erreicht.

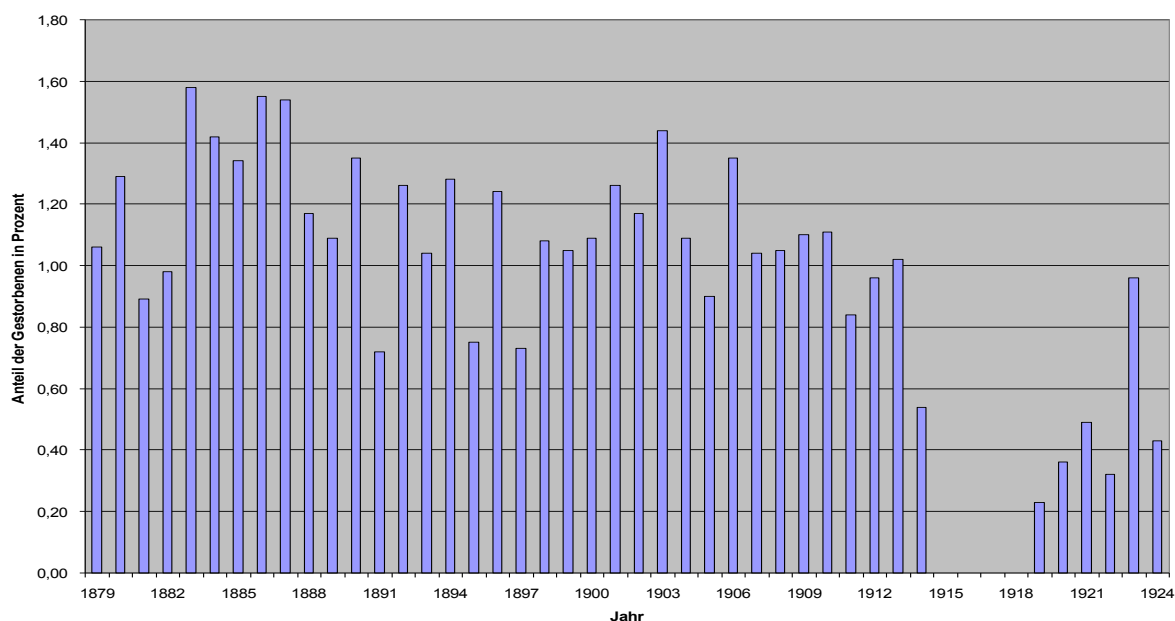


Abb. 16: prozentualer Anteil der an Masern/Röteln Gestorbenen im Deutschen Reich (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Im gesamten Deutschen Reich war die Sterblichkeit im Jahr 1883 mit knapp 1,6% am höchsten. Ein stetiger Abwärtstrend ließ sich auch hier nicht erkennen. Bis 1913 lag die Sterblichkeitsrate über 0,8%. Ausnahmen bildeten nur die Jahre 1891, 1895 und 1897. Danach bewegte sich der Anteil der an Masern/Röteln Gestorbenen zwischen 0,2% und 0,6%.

4.4 Diphtherie

Im Jahr 1883 entdeckte Klebs und 1884 Löffler den Erreger der Diphtherie. Nachdem Behring 1890 einen passiven Impfstoff gegen Diphtherie entwickelte, wurde allen Personen prophylaktisch, die Umgang mit einem Diphtherieerkrankten hatten, das Serum unter die Brusthaut gespritzt. Auch den bereits an Diphtherie erkrankten Personen wurde so früh wie möglich das antitoxische Diphtherieserum gespritzt.⁸² Die passive Immunisierung war sehr erfolgreich und brachte Behring noch zu Lebzeiten den Titel „Retter der Kinder“ ein.⁸³ Die aktive Immunisierung hingegen, die Behring 1913 entwickelte, wurde zunächst nicht empfohlen, da sie als zu wenig erprobt galt.⁸⁴ Durch den Schick- Test⁸⁵ wurde die Konzentration an Diphtherie-

⁸² Vgl. Hoffmann (1920), S. 30-33.

⁸³ Vgl. Domagk (1941), S. 13.

⁸⁴ Vgl. Huntemüller, Kliewe (1926), S. 39.

⁸⁵ Dieser Test wurde zwischen 1910 und 1911 von dem ungarischen Kinderarzt Béla Schick entwickelt. Bei diesem Test wurde eine kleine Menge des Diphtherietoxins subcutan gespritzt. Wurde die Stelle rot, ging man davon aus, dass diese Person keine Antikörper gegen Diphtherie besaß. Vgl. Mai (1939), S. 34.

Antitoxin bestimmt. Das Ziel der aktiven Immunisierung war es nun, bei Menschen, die ein positives Testergebnis hatten, also keine Antitoxine besaßen, diese durch die aktive Immunisierung hervorzurufen.⁸⁶ Nachgewiesen wurde die Krankheit durch einen Abstrich vom Gaumen, den Tonsillen, den Nasenmuscheln, der Vagina und aus Wunden. Diese wurden dann mit Methylenblau oder Polkörnerrfärbung nach Neisser behandelt. Allerdings war anschließend fast immer zusätzlich das Züchten einer Kultur erforderlich.⁸⁷

Als Verhütungsmaßnahme vor weiterer Ansteckung wurde eine strenge Isolation des Kranken empfohlen. Seine Mundhöhle sollte dauerhaft durch Tabletten desinfiziert werden. Zudem sollten seine Kleidung, sein Auswurf, sein Krankenzimmer und vor allem seine Taschentücher desinfiziert werden. Etwaige Geschwister durften nicht zur Schule gehen.⁸⁸ Bevor der Kranke aus dem Krankenhaus entlassen werden konnte, musste nachgewiesen werden, dass er bazillenfrei war. Jede Diphtherieerkrankung war im Deutschen Reich anzeigepflichtig.

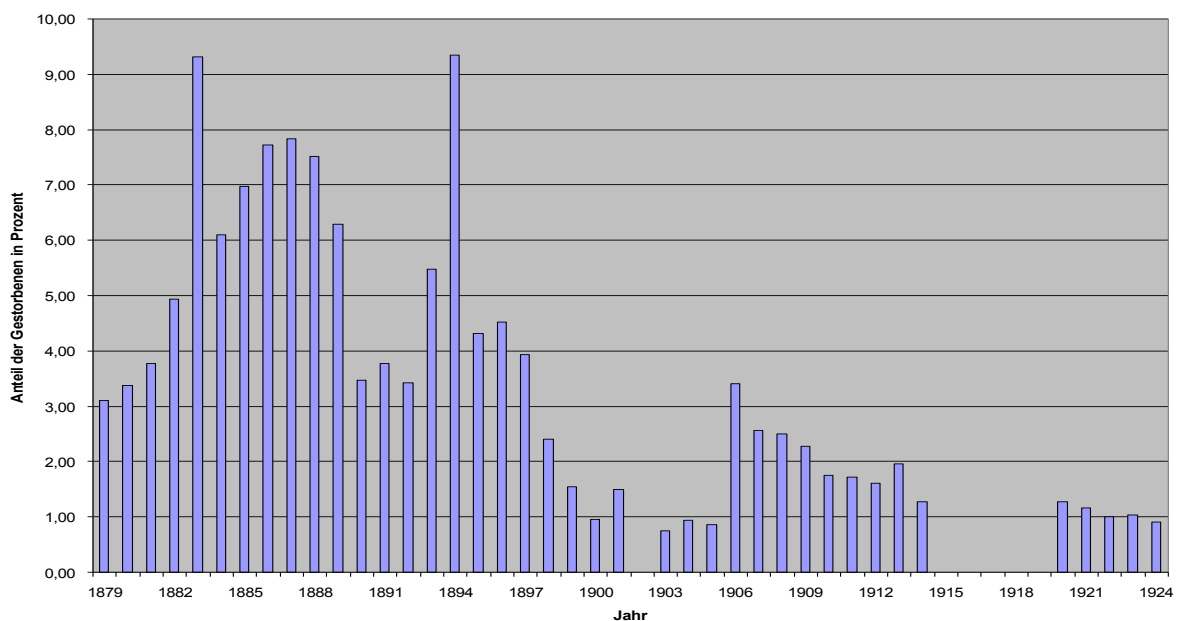


Abb. 17: prozentualer Anteil der an Diphtherie Gestorbenen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Von Beginn des Betrachtungszeitraumes an stieg die Sterblichkeitsrate an Diphtherie. Während 1879 der Tod bei 3,1% der Gestorbenen auf Diphtherie zurückgeführt wurde, waren es 1882 bereits 4,9%. Das Maximum der Sterblichkeitsrate wurde 1883 und 1894 mit 9,3% erreicht. 1883 wütete die Diphtherie vor allem in den ersten drei Monaten des Jahres in der Stadt Halle. Die

⁸⁶ Vgl. Friedberger (1931), S. 16.

⁸⁷ Vgl. Huntmüller, Kliewe (1926), S. 38-39.

⁸⁸ Vgl. Hoffmann (1920), S. 30-33.

Epidemie des Jahres 1894 begann bereits im August 1893 „und während der ganzen ersten Hälfte des Jahres 1894 waren die Erkrankungen an Diphtherie so häufig, dass man, namentlich in Anbetracht der Jahreszeit, berechtigt war, bis in den Hochsommer von einem Fortbestehen der Epidemie zu sprechen, und die Dauer derselben auf reichlich 10 Monate zu setzen. Hinsichtlich ihrer Dauer und Bösartigkeit übertrifft diese Epidemie diese vom Jahre 1888, namentlich gilt dies hinsichtlich der Häufigkeit der Erkrankungs- und Todesfälle gerade zu Anfang des Jahres 1894.“⁸⁹ Als diese Diphtherieepidemie in Halle herrschte, beschloss der Magistrat, das Behringsche Diphtherie Heilserum⁹⁰ zu kaufen und an drei Apotheken auszugeben. Erkrankte konnten sich das Heilserum zum Selbstkostenpreis kaufen, Unbemittelte bekamen es kostenlos. Von 114 damit behandelten Personen, waren 105 genesen und neun gestorben. Durch diesen Erfolg bestätigt, wurde das Heilserum nun immer bei Diphtherieerkrankten angewandt.⁹¹

Zwischen 1883 und 1894 bewegte sich der Anteil der an Diphtherie Verstorbenen zwischen 5,5% und 7,8%. Die Jahre 1890, 1891 und 1892 bildeten mit unter 3,8% eine Ausnahme. Ab 1896 sank die Sterblichkeitsrate stetig bis sie 1903 mit 0,8% ihren Tiefstand erreichte. In den Jahren von 1906 bis 1914 war der Anteil mit 1,3% bis 3,4% wieder höher. Von 1919 bis 1924 lag der Anteil der an Diphtherie verstorbenen Personen zwischen 0,9% und 1,3%. Die strenge Anzeigepflicht bei einer Diphtherieerkrankung, die Aufhebung der Isolation erst mit dem Nachweis, dass der Patient wieder bazillenfrei war und das Diphtherieheilserum haben im Laufe der Jahre zu einem Rückgang der Diphtheriemortalität geführt.

⁸⁹ SAH Cs 82095, S. 23.

⁹⁰ Zur Herstellung des Behringschen Diphtherie Heilserums wurde die Reinkultur von Diphtheriebakterien filtriert und dieses gewonnene Filtrat Rindern und Hammeln injiziert. Diese Injektion geschah mehrmals bis ein hoher Antitoxingehalt erreicht wurde. Die passive Immunisierung wirkte ca. drei bis vier Wochen. Man wählte Rinder- oder Hammel- und nicht Pferdeserum, um nicht später notwendig werdende Serungaben mit Pferdeserum zu erschweren, da durch das artfremde Eiweiß eine artspezifische Sensibilisierung erfolgte. Vgl. Gundel (1935), S.167.

⁹¹ Vgl. SAH Cs 82095, S. 180.

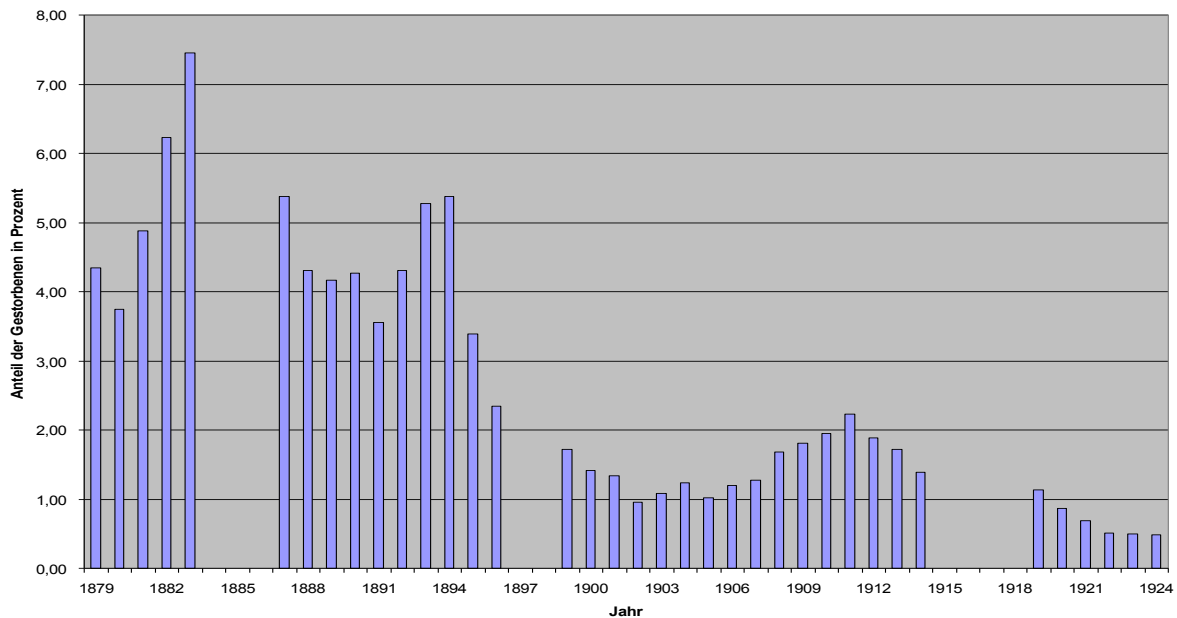


Abb. 18: prozentualer Anteil der an Diphtherie Gestorbenen in der Provinz Sachsen (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Auch in der Provinz Sachsen gab es eine hohe Sterblichkeitsrate an Diphtherie. Das Maximum erreichte die Mortalität im Jahr 1883 mit 7,5%. Ansonsten bewegte sich der Anteil der an Diphtherie Verstorbenen in den Jahren 1879 bis 1895 zwischen 5,4% und 6,2%. 1896 lag die Sterblichkeitsrate zum ersten Mal unter 3%. Zudem war, wie Abbildung 18 zeigt, ein stetiger Abwärtstrend festzustellen. Ab 1906 stieg die Rate der an Diphtherie verstorbenen Personen noch einmal leicht an, überschritt die 2,3% aber nicht. Ab 1919 war ein erneuter Abwärtstrend zu erkennen, in dem auch der Tiefstand von 0,5% erreicht wurde.

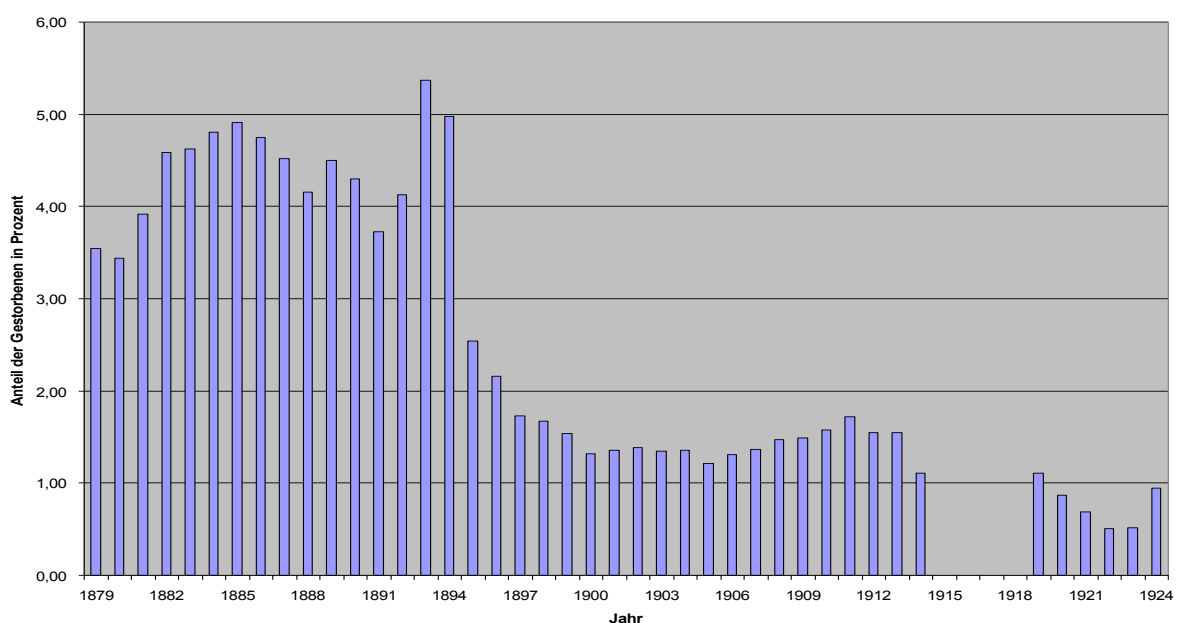


Abb. 19: prozentualer Anteil der an Diphtherie Gestorbenen im Deutschen Reich (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Anders als in der Stadt Halle und in der Provinz Sachsen war nach einer anfänglich hohen Sterblichkeitsrate von 3,5% bis maximal 5,4% im Jahr 1893 ein deutlicher Abwärtstrend sichtbar. Ab 1895 belief sich der Anteil der an Diphtherie Gestorbenen auf unter 2,6%, ab 1919 auf unter 1,2%. Das Minimum wurde in den Jahren 1922 und 1923 mit 0,5% erreicht. 1924 lag die Sterblichkeitsrate noch einmal bei knapp 1%.

4.5 Influenza

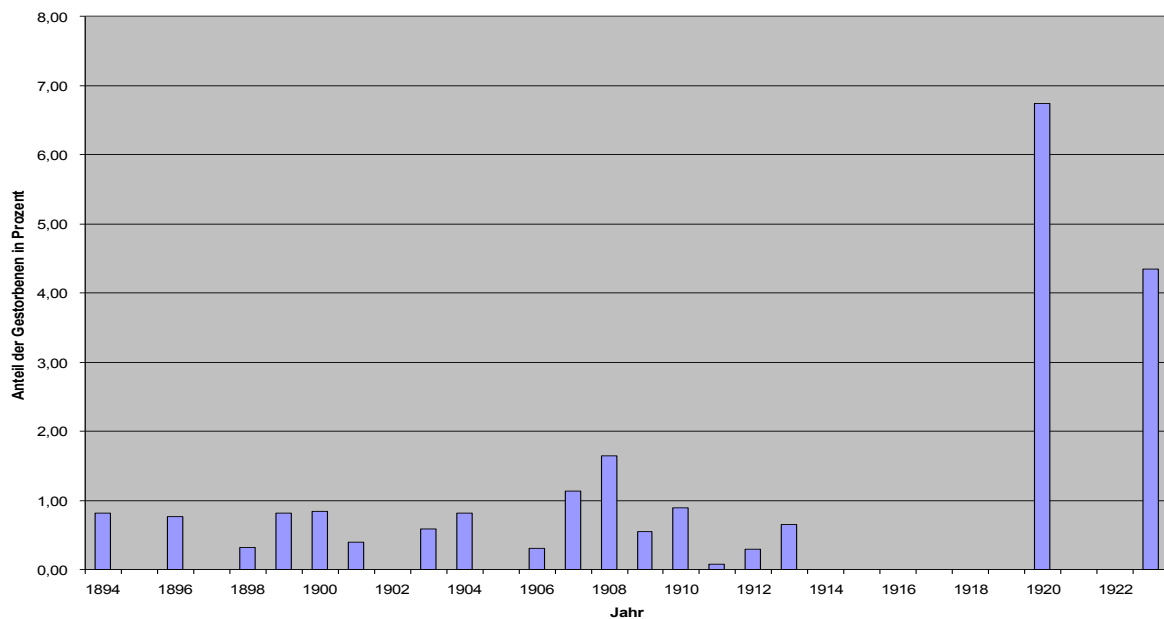


Abb. 20: prozentualer Anteil der an Influenza Gestorbenen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Von Dezember 1889 bis Februar 1890 grassierte in Halle eine Influenzaepidemie. Die genaue Zahl der an Influenza Erkrankten ist unbekannt, da die betroffenen Personen nicht polizeilich gemeldet wurden. Man ging aber davon aus, dass die Hälfte der Bevölkerung daran erkrankt war. Eine weitere Influenzaepidemie gab es von November 1891 bis Mai 1892, diese war aber nur mäßig ausgeprägt. Es starben vor allem an Tuberkulose erkrankte Personen.

Bis zum Ersten Weltkrieg lag der Anteil der an Influenza Verstorbenen unter einem Prozent. Nur das Jahr 1907 mit 1,1% und das Jahr 1908 mit 1,6% lagen darüber. 1907 belief sich ein Großteil der an Influenza Gestorbenen auf die über 60-Jährigen, am zweit häufigsten starben Personen im Alter zwischen 50 und 60 an der Krankheit.⁹² Im Jahr 1908 entfielen 90% der Influenzatoten auf die Monate Januar

⁹² Vgl. SAH Cs 80107, S. 30.

und Februar. Die hohe Sterblichkeitsrate 1920 von 6,7% und 1923 von 4,3% dürfte zudem auf die schwer beherrschbare Spanische Grippe zurückzuführen sein.

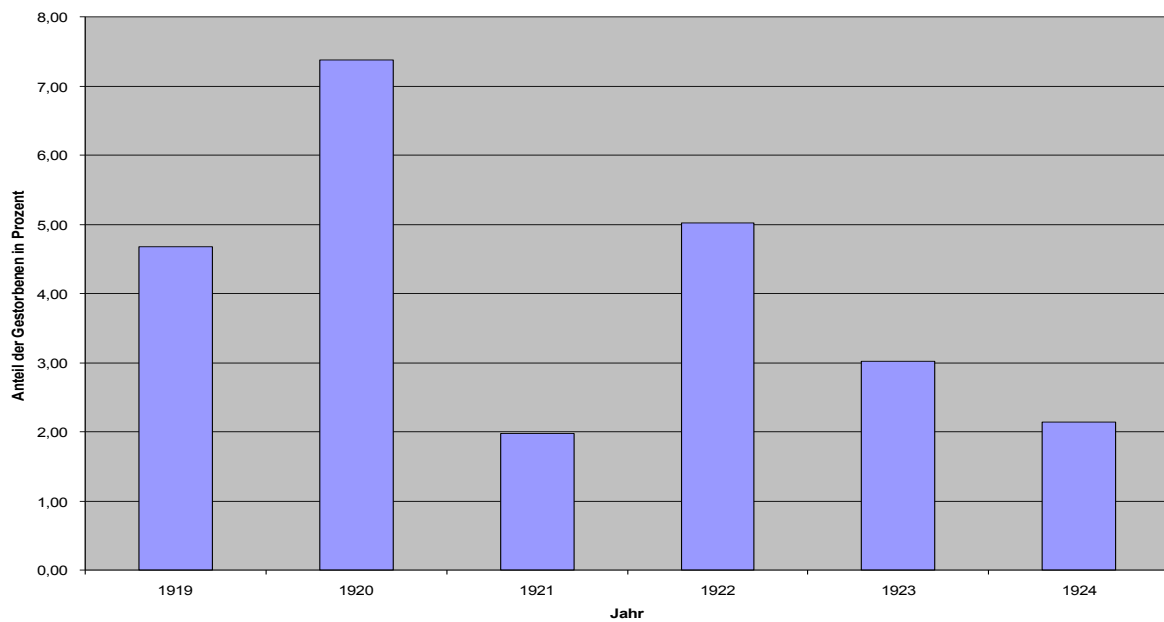


Abb. 21: prozentualer Anteil der an Influenza Gestorbenen in der Provinz Sachsen (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

1920 gab es in der Provinz Sachsen eine noch höhere Sterblichkeitsrate als in der Stadt Halle. 7,4% der Verstorbenen fielen der Influenza zum Opfer. Danach war die Krankheit im Abklingen begriffen und sank bis 1924 auf 2,1%. Im Gegensatz zur Stadt Halle kam es 1923 nicht noch einmal zu einem Ansteigen der Sterblichkeitsrate.

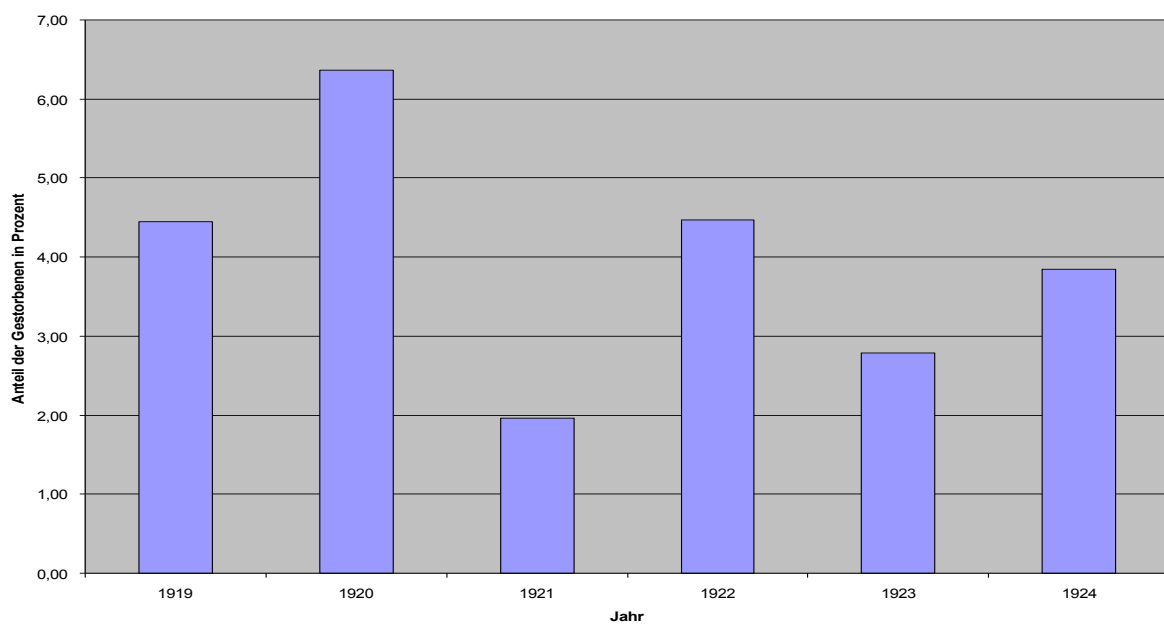


Abb. 22: prozentualer Anteil der an Influenza Gestorbenen im Deutschen Reich (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Auch im gesamten Deutschen Reich war die Sterblichkeitsrate an Influenza 1920 sehr hoch, sie belief sich auf 6,4%. Im Gegensatz zur Provinz Sachsen ließ sich kein eindeutiger Abwärtstrend erkennen. 1921 war mit knapp 2% die Sterblichkeitsrate wieder niedrig, aber bereits im darauf folgenden Jahr schon wieder bei 4,5%. 1923 lag der Anteil der an Influenza Gestorbenen bei 2,8% und 1924 bei 3,8%.

Wann genau die erste Influenzaepidemie in Europa auftrat, ist unbekannt. Die erste genau dokumentierte Pandemie ist die der Russischen Grippe in den Jahren 1889 bis 1890. 1892 meinte Pfeiffer⁹³ irrtümlich den Auslöser der Influenza entdeckt zu haben. Er glaubte, dass das Bakterium *Haemophilus influenzae* die Grippe auslöst. Deswegen findet man bis in die 30er Jahre des 20. Jahrhunderts in vielen medizinischen Lehrbüchern dieses Bakterium zusammen mit Pneumo-, Strepto- und Staphylokokken als Erreger der Grippe.⁹⁴ Der Erreger wurde mittels Abstrich aus der Nase und dem Rachen diagnostiziert. Allerdings galt das Bakterium als schwer nachweisbar. Zum Nachweis wurde Karbolfuchsin oder Methylenblau verwendet. Um die Influenza zu therapieren, wandte man ein Grippeserum an. Außerdem wurden die Kranken von anderen Personen isoliert.⁹⁵ Es erfolgte eine Desinfektion am Krankenbett, bei der vor allem die Taschentücher besonders gründlich behandelt wurden. Die übrigen Familienmitglieder sollten sich vor Erkältungen schützen, da dies als eine Disposition für die Influenza angesehen wurde. Größere Menschenansammlungen an Orten wie Theater, Schule und öffentliche Verkehrsmittel sollten gemieden werden.⁹⁶

4.6 Kindbettfieber

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts beugten Bäuerinnen einer angeblichen Schädigung durch das Ausbleiben der Periode während der Schwangerschaft durch häufigen Aderlass vor. Sie arbeiteten bis zur Geburt in gewohnter Art und Weise weiter, wozu das Heben schwerer Gegenstände und das Arbeiten bei jedem Wetter zählten. Außerdem schnürten sie ihren Oberkörper straff ein. Wohlhabende Frauen wandten sich im Blick auf die bevorstehende Entbindung fast immer an einen Geburtshelfer. Arme Frauen hingegen zogen eine Wehemutter oder Wickelfrau hinzu. Zwar versuchte man seit dem 18. Jahrhundert mit viel Anstrengung das Hebammenwesen

⁹³ Richard Friedrich Johannes Pfeiffer, 1858-1945, deutscher Arzt, Bakteriologe und Hygieniker.

⁹⁴ Vgl. Dobson (2009), S. 172-173.

⁹⁵ Vgl. Huntmüller (1926), S. 42.

⁹⁶ Vgl. Hoffmann (1929), S. 46-47.

zu verbessern, jedoch mangelte es im 19. Jahrhundert nach wie vor an „leicht erreichbaren, wohlausgebildeten und namentlich auch hinsichtlich der Sauberkeit gut geschulten Hebammen“.⁹⁷ Allerdings wurde im 19. Jahrhundert häufig auch keine Hebamme gerufen, da sie entweder zu weit entfernt oder zu teuer war oder man mangels Wissen nicht daran dachte. Aus diesen Gründen waren oft Pfuscherinnen tätig, obwohl es eine ausreichende Zahl an Hebammen gab. Bei den Pfuscherinnen gab es eine weitaus geringere Zahl an Kindbetttodesfällen, was man sich damit erklärte, dass sie aus Angst vor dem Gesetz nicht so viel innerlich untersuchten wie die Hebammen. Es wurden im 19. Jahrhundert zwar in allen deutschen Staaten Maßnahmen für das Hebammenwesen eingeleitet⁹⁸, trotzdem war die Hygiene noch sehr mangelhaft.⁹⁹ Der Durchbruch in der Bekämpfung des Kindbettfiebers gelang erst mit Semmelweis` zufälliger Beobachtung, dass der Tod eines zuvor bei einer Leichenschau verletzten Kollegen dem der Frauen in der Geburtsklinik glich. Daraus schlussfolgerte er, dass der Tod der Wöchnerinnen mit den Geburtshelfern und Medizinstudenten, die sofort nach einer Obduktion zu den Wöchnerinnen gingen, zusammenhing. Daraufhin forderte er, dass die Hände nach der Leichenöffnung mit chemischen Mitteln gereinigt werden sollten. So ging nach seiner Entdeckung 1847/48 die Kindbettfiebersterblichkeit langsam zurück. Nur langsam setzte sich Semmelweis` Entdeckung durch, da viele namenhafte Geburtshelfer teilweise aus persönlichen Gründen seine Theorie ablehnten.¹⁰⁰ Erst in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts sank die Zahl der an Kindbettfieber verstorbenen Mütter deutlich, da die in der Chirurgie bereits praktizierte Listersche Wundbehandlung,¹⁰¹ die „Antiseptik und Aseptik in der geburtshilflichen Praxis“¹⁰² Einzug hielt. 1879 entdeckt schließlich der französische Biologe Pasteur den Erreger des Kindbettfiebers. Er beschreibt das Bakterium als „Mikroben, angeordnet wie in einem Rosenkranz“.¹⁰³

⁹⁷ Fischer (1933), S. 526.

⁹⁸ Diese dienten der Ausbildung, der Bezahlung und der Niederlassungsfreiheit.

⁹⁹ Vgl. Fischer (1933), S. 524-527.

¹⁰⁰ Vgl. Fischer (1933), S. 332-333.

¹⁰¹ Lister führte 1871 das Karbolsäurespray ein. Er drang darauf, dass alle Instrumente, Kittel und Verbände sterilisiert werden sollten. Vgl. Dobson (2009), S. 78.

¹⁰² Fischer (1933), S. 529.

¹⁰³ Dobson (2009), S. 77-78.

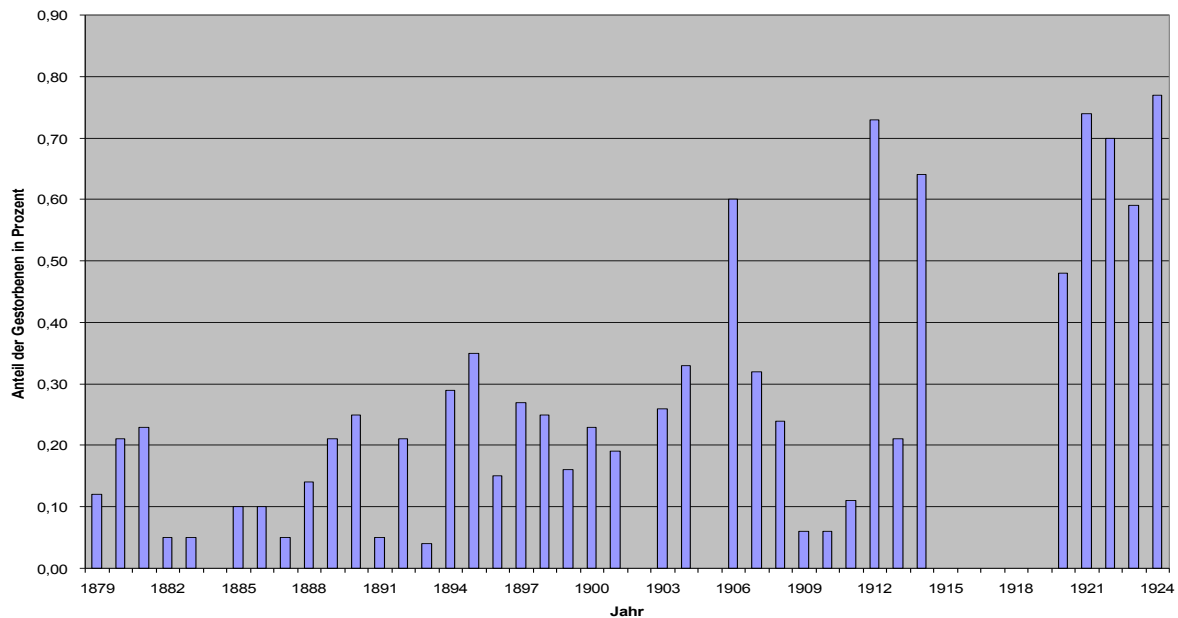


Abb. 23: prozentualer Anteil der an Kindbettfieber Gestorbenen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Verwaltungsberichte der Stadt Halle)

Die Sterblichkeitsrate der an Kindbettfieber Verstorbenen war in der Stadt Halle generell eher niedrig. Bis 1904 belief sie sich nie über 0,4% und war oft sogar unter 0,2%. Jedoch gab es ab 1906 mit wenigen Ausnahmen einen stetigen Anstieg der Sterblichkeitsrate, für den man allerdings in den Verwaltungsberichten keine Erklärung findet. In dem betrachteten Zeitraum erreichte die Sterblichkeitsrate ihr Maximum 1924 mit knapp 0,8%. Da die Verwaltungsberichte seit dem Ersten Weltkrieg in prägnanter Kurzform geführt wurden, lässt sich auch hier keine Erklärung für den Anstieg finden. Der erneute Anstieg kann damit erklärt werden, dass die bereits bekannten hygienischen Vorsichtsmaßnahmen nicht mehr eingehalten wurden und dadurch eine größere Anzahl der Frauen mit dem Erreger des Kindbettfiebers infiziert wurden.

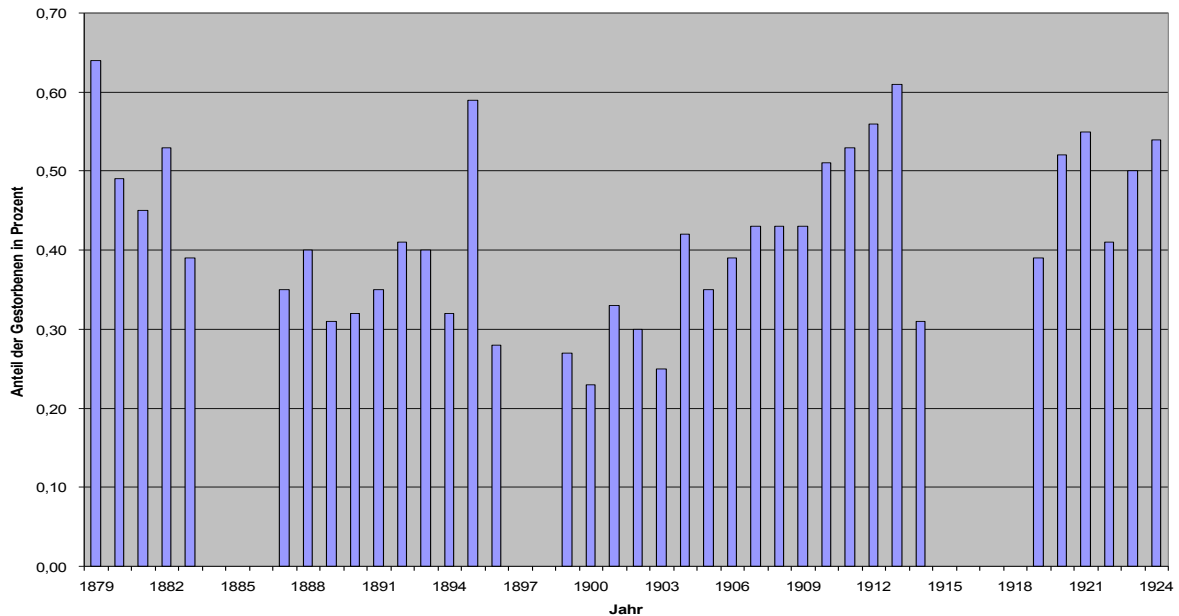


Abb. 24: prozentualer Anteil der an Kindbettfieber Gestorbenen in der Provinz Sachsen (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

In der Provinz Sachsen blieb der Anteil der an Kindbettfieber Gestorbenen über die Zeit ungefähr gleich. Unter 0,3% war er nur in den Jahren 1896, 1899, 1900, und 1903. Ansonsten belief sich die Sterblichkeitsrate in den meisten Jahren auf 0,3% bis 0,5%. Es war weder ein Abwärtstrend noch ein Aufwärtstrend wie in der Stadt Halle zu erkennen. Ihr Maximum erreichte die Sterblichkeitsrate in den Jahren 1879 und 1913 mit 0,6%.

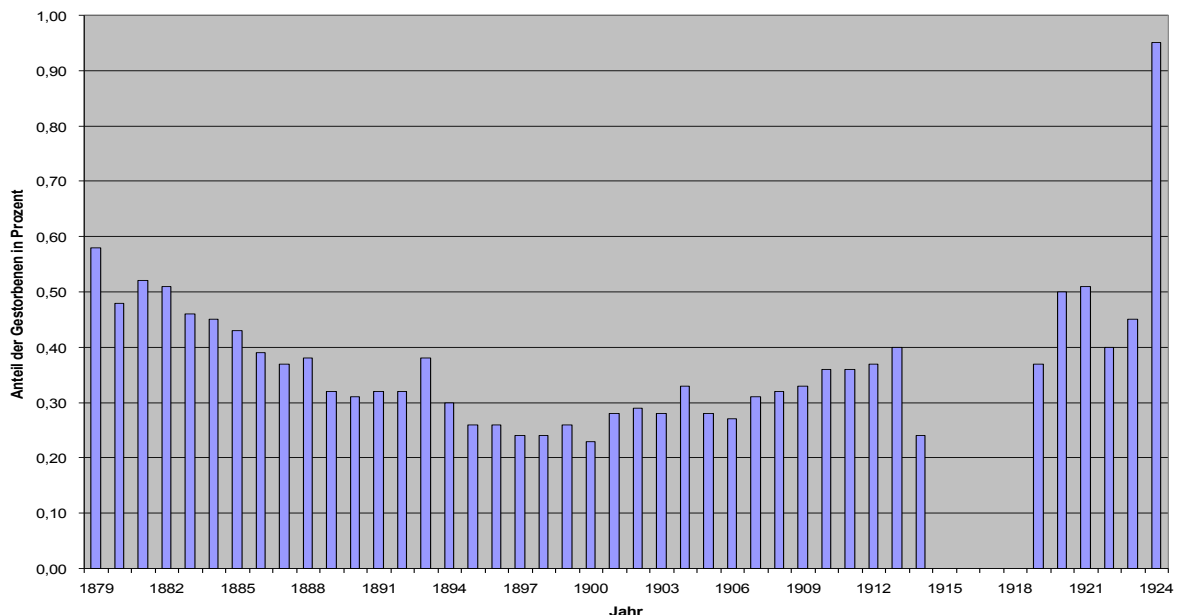


Abb. 25: prozentualer Anteil der an Kindbettfieber Gestorbenen im Deutschen Reich (erstellt auf der Grundlage der Statistischen Jahrbücher für das Deutsche Reich)

Auch im Deutschen Reich erreichte die Sterblichkeitsrate nicht den niedrigen Wert der Stadt Halle. Das Minimum lag bei knapp über 0,2% im Jahr 1900. In den meisten

Jahren lag der Anteil der an Kindbettfieber Gestorbenen über 0,3%. Bis auf wenige Ausnahmen ließ sich wie in der Stadt Halle ab 1906 ein Aufwärtstrend beobachten, der 1924 in dem Maximum von knapp 1% gipfelte.

5 Errichtung einer Desinfektionsanstalt

Im Dezember 1889 beschloss die Sanitätskommission¹⁰⁴, dass die städtischen Behörden möglichst bald eine Desinfektionsanstalt nach dem Vorbild der Straßburger Anstalt errichten sollten.¹⁰⁵ Doch der Bau verzögerte sich immer wieder. Erst durch die Hamburger Choleraepidemie, die bei vielen Menschen Angst auslöste, wurde der Bau vorangetrieben und die Desinfektionsanstalt im März 1893 eröffnet.

5.1 Polizeianordnungen der Stadt Halle

Die Ortspolizeiverordnung vom 22. Februar 1893 regelte die kostenlosen Desinfektionen der Wohnungs- und Gebrauchsgegenstände bei Krankheits- und Sterbefällen an Cholera, Pocken, Fleckfieber und Typhus sowie für Sterbefälle an Diphtherie, Kindbettfieber, Scharlach und Tuberkulose.¹⁰⁶

Mitte des Jahres 1900 trat eine neue Polizeiverordnung in Kraft, welche vorschrieb, dass eine zuverlässige Desinfektion von Wohnräumen und deren Inhalt bei Krankheits- und Sterbefällen an Pest, Cholera, Pocken, Typhus, Diphtherie sowie bei jedem Sterbefall an Kindbettfieber, Scharlach und Tuberkulose durchgeführt werden müsse. Die Polizeiverwaltung hatte das Recht diese Desinfektionen anzuordnen.¹⁰⁷

Die Art und Weise der Desinfektion legte der Minister für Medizinalangelegenheiten fest.

Für die Desinfektion während der Krankheit waren die Angehörigen verantwortlich. Die Polizeiverwaltung war jedoch berechtigt, die Ausführung der Desinfektion im Einvernehmen mit dem behandelten Arzt zu beaufsichtigen und gegebenenfalls zu regeln.

Sobald der Kranke die von ihm benutzten Räume, sei es durch Überführung ins Krankenhaus, Genesung oder Tod verlassen hatte, musste die Schlussdesinfektion von den städtischen Desinfektoren vorgenommen werden.

¹⁰⁴ Eine der wichtigsten Aufgaben der Sanitätskommission bestand in der Beurteilung der hygienischen Verhältnisse der Stadt. Nach in Kraft treten des neuen Kreisarztgesetzes im September 1899 wurde in Halle an Stelle der Sanitätskommission eine Gesundheitskommission eingeführt, der als Vorsitzender der Bürgermeister sowie fünf Magistratsmitglieder angehörten. Die Gesundheitskommission tagte mehrmals im Jahr und reichte Vorschläge beim Magistrat und der Stadtverordnetenversammlung ein.

¹⁰⁵ Vgl. SAH Cs 82090, S. 131.

¹⁰⁶ Vgl. SAH Cs 82094, S. 168-169.

¹⁰⁷ Vgl. SAH Cs 82100, S. 15.

Wer vom Gesetz dazu verpflichtet wurde, seine Räume desinfizieren zu lassen, musste sich innerhalb von 12 Stunden, nachdem der Kranke die benutzten Zimmer verlassen hatte oder wieder gesund war, bei der städtischen Desinfektionsanstalt melden. Befreit von dieser Regelung waren nur öffentliche Krankenanstalten, da sie eigene polizeilich anerkannte Desinfektionsmaßnahmen besaßen. Verstöße gegen diese Anordnungen wurden mit einem Bußgeld von 150 Mark oder Haft bestraft. Wer wissentlich bewegliche Gegenstände vor Ausführung der Desinfektion in Gebrauch nahm, anderen überließ oder sonst irgendwie in Umlauf brachte, musste 600 Mark zahlen oder wurde mit sechs Monaten Haft bestraft. Diese Anordnung wurde am 15. Januar 1908 veröffentlicht.

Im Dezember 1909 erweiterte die Polizei ihre Anordnungen noch einmal. Darin legte sie fest, dass die Schlussdesinfektionen nach Scharlach und Diphtherie erst durchgeführt werden durften, wenn der Besitzer des Hauses oder der Wohnung durch ein ärztliches Attest nachweisen konnte, dass keine Ansteckungsgefahr mehr von dem Kranken ausging. Bei Diphtherie musste die Bescheinigung enthalten, dass bei einer bakteriologischen Untersuchung keine Diphtheriebazillen mehr nachgewiesen werden konnten. Bei Personen, die nicht in ärztlicher Behandlung oder nachweislich unbemittelt waren, konnte diese Feststellung auch der Stadtarzt während seiner öffentlichen Sprechstunde vornehmen.

Mitte des Jahres 1911 fand abermals eine Erweiterung der Polizeiverordnung statt. Diese regelte die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung von Verstorbenen, die an einer sehr gefährlichen Krankheit gelitten hatten. Diese Verordnung besagte, dass nur Säрге verwendet werden durften, die so dicht waren, dass keinerlei Feuchtigkeit durchsickern konnte. Der Sargboden musste mit einer dicken Schicht aus Sägemehl eingestreut werden. Personen, die an Cholera, Fleckfieber, Pest, Pocken, Diphtherie, Milzbrand, Rotz, Ruhr, Scharlach oder Typhus gestorben waren, mussten ohne vorheriges Waschen und Umkleiden in ein mit Kreselseifenlösung getränktes Tuch gewickelt und innerhalb von 18 Stunden nach Eintritt des Todes in die Leichenhalle gebracht werden. Außerdem durfte man sie nicht offen aufbahnen. Personen, die sich um die Einsargung und Bestattung kümmerten, mussten Schutzkleidung tragen und nach verrichteter Arbeit ihre Kleidung und ihre Hände desinfizieren.

5.2 Gebühren-Ordnung der Stadt Halle

Im Mai 1903 erließ der Magistrat der Stadt Halle eine Gebührenordnung für die durch die städtische Desinfektionsanstalt durchgeführten Desinfektionen. Wurden die Desinfektionen durch die Polizei oder durch allgemeine Verfügungen angeordnet, erfolgte die Desinfektion von Kleidung oder Räumen gebührenfrei. In Fällen, in denen dies ohne solche Anordnung geschah, kamen folgende Gebühren zustande: Für bewegliche Gegenstände, die in der Desinfektionsanstalt mittels strömenden Wasserdampf, Formalin oder ähnlichen flüchtigen Desinfektionsmitteln behandelt wurden, wurde je Kubikmeter, den die Sachen im Desinfektionsapparat einnahmen, 4 Mark berechnet. Die Arbeitszeit des Personals wurde mit 0,80 Mark je Stunde berechnet. Für die Desinfektion von Räumen wurde je Kubikmeter 10 Pfennige verlangt. Wenn eine Desinfektion von Aborten, Ausgüssen oder ähnlichem nötig war, wurde ein Stundenlohn von 0,80 Mark für das Personal verlangt. Für die angefallenen Kosten haftete derjenige, dem die Verfügung über die desinfizierten Sachen oder Räume zustand. Die Gebühren mussten binnen einer Woche bei der Stadthauptkasse bezahlt werden.

Durch den Verfall des Geldes wurden die Gebühren im März 1920 zunächst um 27%, im Dezember um über 7000% und dann fast wöchentlich erhöht. Im Herbst 1923 beschloss man schließlich, die Gebühren im gleichen Verhältnis wie die Beamtengehälter zu erhöhen oder zu reduzieren. Während des Ersten Weltkrieges erhielten die Desinfektoren eine Sondervergütung von je 20 Mark für den Transport von Kranken oder Verstorbenen, bei denen eine sehr gefährliche Krankheit vorlag. Für jede Einsargung erhielten die Desinfektoren jeweils 10 Mark. Die Zahl der Fälle durfte im Monat allerdings 10 nicht überschreiten. Die Kosten übernahm die Stadt.

5.3 Ausführung der Desinfektion in Halle

Zuerst mussten die Desinfektoren vor dem Krankenzimmer ihre Schutzkleidung anlegen, die sich aus Bluse, Hose, Mütze und Stiefeln zusammensetzte, alles bestand aus Leinenmaterial. Danach bereiteten sie die Desinfektionslösung vor. Dafür wurde eine Sublimatpastille auf fünf Liter Wasser aufgelöst. Meistens wurden für die Desinfektion fünf bis zwanzig Liter dieser Lösung benötigt. Nach Betreten des Krankenzimmers mussten die Gegenstände aussortiert werden, die in der

Desinfektionsanstalt einer Dampfdesinfektion unterzogen werden sollten.¹⁰⁸ Diese Gegenstände wurden in speziell angefeuchtete Tüten verpackt und aus der Wohnung gebracht. Die Bettbezüge und große Wäscheteile wurden in die Eimer mit der Sublimatlösung gelegt. Grob beschmutzte Stellen des Fußbodens und die Wand, an der das Bett stand, musste mit dieser Lösung abgewischt werden.¹⁰⁹ Anschließend wurde das Bett von der Wand weggerückt, die Füße auf Holzklötzer gelagert und alle Schränke geöffnet. Jeder Schubkasten wurde herausgezogen. Bücher und Spielsachen wurden frei auf einer Leine hängend im Zimmer verteilt. Ebenso wurden kleine Teppiche, Kleidung und Bettwäsche so aufgehängt, dass sie nirgends auflagen oder Falten bildeten. Die vorher in Sublimatlösung eingelegte Wäsche wurde aus den Eimern genommen und ebenfalls auf einer Leine aufgehängt. Anschließend wurden Fenster und Türen mit befeuchteten Wattestreifen sorgfältig abgedichtet. Wiesen die Fenster oder Türen Sprünge auf, wurden sie mit Kitt repariert. Die Ofentür musste verschlossen und mit Watte abgedichtet werden. Die Schlüssellocher wurden, bis auf das der Außentür, verstopft. Generell mussten alle Öffnungen mit Papier oder Kitt verschlossen werden. Jetzt wurde durch das Schlüsselloch der Außentür eine Blechrinne eingeführt und mit Draht befestigt. Nun wurde das Zimmer ausgemessen, um die richtige Zusammensetzung der Formaldehydlösung zu bestimmen. Die Desinfektionsapparate wurden im Zimmer aufgestellt und, um eine Feuergefahr auszuschließen, musste ein freier Raum von 50cm Durchmesser um den Apparat eingehalten werden.¹¹⁰ Vor dem Verlassen des Raumes legten die Desinfektoren ihre Arbeitskleidung ab und wuschen sich Gesicht, Bart und Hände mit einer Sublimatlösung. Danach dichteten sie die Tür von außen mit feuchter Watte und Kitt ab. Frühestens sieben Stunden nach Anzünden des Spiritus im Apparat wurde ein Teil des Desinfektionsapparates über einen Schlauch mit der Blechrinne verbunden. Über diese Verbindung wurde eine vorher berechnete Menge Ammoniak in das Gerät geleitet und im Beisein des vor dem Raum wartenden Desinfektors verdampft. Eine Stunde nach Anzünden des sogenannten Ammoniak-Entwicklers wurde das Zimmer und dessen Fenster geöffnet. Die mit Sublimat behandelte Wäsche wurde ausgewaschen und wieder einsortiert. Bei Diphtherie, Scharlach, Masern, Tuberkulose und Influenza wurde nur die Desinfektion mit Formalin durchgeführt. Bei Kindbettfieber, Unterleibs-, Fleck- und Rückfalltyphus, Pocken, Pest, Cholera und Ruhr wurde neben der Formalindesinfektion auch die Desinfektion der Matratzen, Betten und Wäsche im

¹⁰⁸ Vgl. Gundel (1935), S.601.

¹⁰⁹ Vgl. Schmedding, Engels 1929, S. 97-99.

¹¹⁰ Vgl. Gundel (1935), S. 607-608.

Dampf-Apparat der Desinfektionsanstalt vorgenommen.¹¹¹ Bei Cholera, Unterleibstypus und Ruhr mussten außerdem die Aborte mit Kalkmilch desinfiziert werden. Die dazu benötigte Lösung wurde an Ort und Stelle zubereitet. Es wurde ein Liter frisch gebrannter Kalk in einem Eimer allmählich mit Wasser angefeuchtet bis eine breiige Flüssigkeit entstand.¹¹² Diese wurde in die Aborte, die sich im Haus des Kranken befanden, gegossen bis die Innenwände gleichmäßig benetzt waren. In gleicher Weise ging man auch mit dem Küchenabfluss und dem auf dem Hof befindlichen Ausgussbecken vor. Zum Schluss wurde die Sammelgrube des Grundstückes mit so viel Kalkmilch angefüllt, dass die Oberfläche damit bedeckt war.¹¹³

Mit der Rückkehr der Soldaten in die Heimat während und nach dem Ersten Weltkrieg und der Unterbringung russischer Kriegsgefangener war Fleckfieber ein großes Problem im Deutschen Reich geworden, so auch in Halle. Deshalb wurden besondere Maßnahmen zur Desinfektion erlassen. Die Entlausung des Körpers erfolgte in einem besonderen Raum, in dem sich die betroffene Person vollständig entkleiden musste. Verbände mussten durch Ärzte oder nach deren Anweisung abgenommen werden. Während des Entkleidens standen die zu reinigenden Personen auf einem mit Kresolwasser getränkten Laken, um das Verstreuen der Läuse zu verhindern. Auf dieses Laken wurde auch die zu desinfizierende Kleidung gelegt. Die vollständig entkleidete Person wurde dann in einem Wannen- oder Brausebad gründlich mit warmem Wasser und Schmierseife gewaschen. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf den Nacken, die Schultern und den Rücken gelegt. Nach dem Bad wurden die Personen in einem läusefreien Zimmer mit frischer Wäsche eingekleidet.

Die Kleidung wurde für mindestens 15 Minuten mit einem Sodazusatz in einem geschlossenen Topf gekocht. Nicht waschbare Kleidung oder Betten wurde zur Dampfdesinfektion in die Desinfektionsanstalt gegeben.¹¹⁴ Verlauste Zimmer wurden mittels Schwefelsäure desinfiziert. Dafür wurde ein Kilogramm Schwefel mit 60 cm³ Brennspiritus versetzt und angezündet. Nach dem Anzünden musste der Raum sofort verlassen werden. Die Türen und Fenster mussten verschlossen und wie bei der Formalindesinfektion abgedichtet werden. Nach sechs Stunden Desinfektion wurden die Zimmer gründlich durchgelüftet.¹¹⁵ Erst danach durften die Eigentümer ihre Wohnung wieder betreten. Der Desinfektor selbst musste einen Schutzanzug

¹¹¹ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 160.

¹¹² Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 96.

¹¹³ Vgl. Gundel (1935), S. 607-609.

¹¹⁴ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 93-94.

¹¹⁵ Vgl. Gundel (1935), S. 611-613.

tragen, der den ganzen Körper bedeckte. Die Öffnungen an den Händen und Füßen mussten eng geschlossen werden damit keine Laus hineinkriechen konnte. Auf dem Kopf trug der Desinfektor eine eng anliegende Kappe und an den Füßen Gummischuhe. Nach verrichteter Arbeit mussten alle Kleidungsstücke im Dampfofen oder mittels Schwefelsäure desinfiziert werden. Anschließend musste der Desinfektor selbst ein Bad nehmen.

5.4 Statistik des Desinfektionswesens in Halle

Wie die Desinfektionen in Halle vorgenommen und genutzt wurden, soll am Beispiel der Jahresberichte von 1911 und 1912 erläutert werden. In den Jahresberichten wird über eine strenge Durchführung der Desinfektionen sowie über den Rückgang der Infektionskrankheiten berichtet. Bei Scharlach und Diphtherie wurde die Desinfektion erst durchgeführt, nachdem ein Arzt bescheinigt hatte, dass keine Ansteckungsgefahr mehr von dem Patienten ausging.

Die auf Kosten der Stadt Halle durchgeführten Raumdeshinfektionen betragen im Jahr 1911 1271 Mark und im Jahr 1912 1417 Mark. Dabei wurden 1911 59 Klassenräume desinfiziert, 53 Mal wegen Masern, viermal wegen Mumps und je einmal wegen Diphtherie und Scharlach. 1912 waren es 29 Klassenräume. Die Desinfektionen wurden 14 Mal wegen Mumps, 12 Mal wegen Masern, zweimal wegen Diphtherie und einmal wegen Keuchhusten durchgeführt. Bei der Desinfektion am Krankenbett wurden mittellosen Bürgern die Desinfektionsmittel mit Genehmigung des Stadtarztes aus den Beständen der Desinfektionsanstalt unentgeltlich geliefert. Dies war 1911 fünfmal und 1912 31 Mal der Fall.

5.5 Seuchenschutz während der Kriegszeit

Um auf den Ausbruch von Epidemien vorbereitet zu sein, wurden in Halle im August 1914 Isolierkrankenhäuser und für diese ein ärztlicher Leiter bestimmt. Falls die Pocken zum Ausbruch kommen sollten, war vorgesehen, im Alters- und Pflegeheim den bisherigen Frauenpavillon mit der dazugehörigen Baracke zur Seuchenstation zu bestimmen. Der Männerpavillon mit Baracke sollte zur Isolierung und Behandlung Ruhrerkrankter dienen. Im Falle von Flecktyphus sollte die Baracke und im Falle von Typhus der Südflügel des Alters- und Pflegeheims genutzt werden. Die Huttenschule wurde zur Isolierstation im Falle der Cholera. Allerdings sollten in erster Linie alle

Patienten mit diesen Erkrankungen in die Königliche Universitätsklinik überwiesen werden. Erst wenn diese vollkommen ausgelastet war, durften die Isolierstationen genutzt werden. Der Transport infektiös Erkrankter erfolgte durch die Desinfektoren und Desinfektionsgehilfen der städtischen Desinfektionsanstalt. Reichten diese Arbeitskräfte nicht aus, hatten sich auch die Mitglieder der Kriegersanitätskolonne des Roten Kreuzes an den Krankentransporten zu beteiligen. Als Beförderungsmittel sollten auch die bei der Feuerwehr stehenden Krankenwagen herangezogen werden. Als Pflegepersonal standen zwei Schwestern des Diakonissenhauses auf Abruf bereit. Falls diese Kräfte nicht ausreichten, konnten noch Schwestern aus Magdeburg angefordert werden. Als Badeeinrichtung für Entlausungsmaßnahmen standen die Huttenschule und die Desinfektionsanstalt zur Verfügung. Auch hier konnten im Bedarfsfall noch weitere Stellen für Entlausungsgelegenheiten geschaffen werden. Im Jahre 1917 war es notwendig, die bei Ausbruch des Krieges eingerichteten Isolierstationen im Alters- und Pflegeheim zu belegen, da unter der Zivilbevölkerung zahlreiche Pockenerkrankungen vorkamen. Im allgemeinen gesundheitlichen Interesse wurden die städtischen Beamten und Bediensteten der Schutzpockenimpfung unterzogen. Dies betraf 814 männliche und 858 weibliche Mitarbeiter.

Die Belegung sämtlicher öffentlicher und privater Kliniken mit verwundeten oder kranken Soldaten führte für die Zivilbevölkerung zu einem Platzmangel in den Krankenhäusern, besonders auf den Isolierstationen. Unter diesem Mangel mussten vor allem die Kinder leiden, da sie sich leichter mit Infektionskrankheiten ansteckten und dann nicht stationär aufgenommen werden konnten. Meist war es erst nach zwei Tagen möglich, ein Bett im Krankenhaus für ein Kind zu bekommen. Des Weiteren mangelte es, aufgrund des Krieges, an speziell in der Säuglings- und Kleinkindpflege ausgebildetem Personal, so dass es häufig vorkam, dass mehrere Kinder nebeneinander oder auch mit Erwachsene in einem Bett untergebracht waren. Um diese Art der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten zu unterbinden, wurde im Sommer 1918 das für die „Kaiser Wilhelm und Kaiser Augusta Victoria Stiftung“ bestimmte Gebäude in der Beesenerstraße als Kriegskrankenhaus eingerichtet. Nach dem Krieg wurde diese Einrichtung als städtisches Krankenhaus weitergeführt. Beim Ausbruch der schweren Grippeepidemie 1918 wurden im Krankenhaus und in den Baracken die Betten auch mit Grippekranken belegt.

Der hölzerne Pavillon des Alters- und Pflegeheims diente 1919 als Quarantänestation für Fleckfieberverdächtige. Im Stadtkrankenhaus wurden zahlreiche Fleckfiebererkrankte aufgenommen und behandelt. Zur Vorbeugung

gegen Fleckfieber wurde 1919 bei der städtischen Desinfektionsanstalt eine vollständige Entlausungsanstalt geschaffen. Durch diese war es möglich 300 Personen und ihre Kleidung an einem Tag zu entlausen. Da die Bevölkerung sehr stark verlaust war, griff man 1921 zu härteren Maßnahmen der Entlausung. Die Wohnungen wurden von nun an mit Blausäure desinfiziert.

6 Impfwesen

6.1 Gesetzliche Maßnahmen und Verordnungen

Laut Verfassung des Deutschen Reiches¹¹⁶ vom 16. April 1871 war der Staat für die Beaufsichtigung und Gesetzgebung die Medizinal- und Veterinärpolizei betreffend verantwortlich. Nachdem die Pocken über viele Jahrhunderte eine der am meisten gefürchteten Krankheiten war, brach mit der Entdeckung des Impfstoffes durch Edward Jenner Ende des 18. Jahrhunderts ein neues Zeitalter in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten an. Die Pockenimpfung wurde als erste Impfung am Menschen in großen Teilen der Welt angewandt. Um die Bürger des Deutschen Reiches vor dieser Krankheit zu schützen, wurde am 8. April des Jahres 1874 das „Reichsimpfgesetz“ verabschiedet. Dieses legte fest, dass jedes Neugeborene innerhalb seines ersten Lebensjahres, sofern es in dieser Zeit die Pocken nicht schon gehabt hatte, zu impfen sei. Eine zweite Impfung erfolgte im zwölften Lebensjahr. Auf diese konnte verzichtet werden, wenn nachgewiesen wurde, dass das Kind innerhalb der letzten fünf Jahre an den Pocken erkrankt war.¹¹⁷ Bescheinigte ein Arzt den Eltern, dass ihr Kind aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden durfte, musste das Kind innerhalb eines Jahres nach Wiedergenesung geimpft werden. Im Zweifelsfall hatte der Impfarzt den Gesundheitszustand zu beurteilen. War die Impfung ohne gesetzlichen Grund unterlassen worden, sollte sie innerhalb einer Frist nachgeholt werden, die von der zuständigen Behörde festgelegt wurde. Wurde bei der Nachsorge, die nach sechs bis acht Tagen nach der Impfung erfolgte, festgestellt, dass die Impfung erfolglos war, war es notwendig das Kind ebenfalls innerhalb eines Jahres nachzuimpfen. Nach jeder Impfung musste im Impfschein neben dem Namen und Geburtstag des Kindes vermerkt werden, ob die gesetzliche Pflicht erfüllt wurde oder ob das Kind im nächsten Jahr noch einmal geimpft werden sollte. Die Eltern hatten diesen Schein mit sich zu führen und auf Verlangen vorzuzeigen, bei Verstoß gegen diesen Paragraphen des Reichsimpfgesetzes drohte den Eltern eine Strafe von 20 Mark. Jeder Schulleiter hatte sicherzustellen, dass neu eingeschulte Kinder geimpft waren und Kinder, die während der Schulzeit ein zweites Mal geimpft werden mussten, die Impfung auch bekamen. Eltern, die ihre Kinder auch nach Aufforderung nicht impfen

¹¹⁶ Art. 4 Nr. 15.

¹¹⁷ Vgl. Bieling, Meyer (1932), S. 152.

ließen, wurden mit 50 Mark oder drei Tagen Haft bestraft. Ärzte und Schulleiter, die ihrer Pflicht nicht nachkamen, wurden mit einer Geldbuße von 100 Mark bestraft.¹¹⁸

Die Länder des Deutschen Reiches wurden in Impfbezirke unterteilt und jedem Bezirk wurde ein Impfarzt zugeteilt. Für die Bereitstellung einer ausreichenden Menge an Impfstoff war die Landesregierung verantwortlich. Die Impfungen fanden jedes Jahr kostenfrei von Mai bis September statt, die Termine wurden vorher durch einen Aushang bekannt gegeben. Die zuständige Behörde musste vorher eine Liste erstellen, in der alle Kinder aufgeführt waren, die geimpft werden sollten. Der Arzt hatte dann in der Liste zu vermerken, ob die Impfung erfolgreich war. Am Ende des Jahres hatte er diese Liste bei der zuständigen Behörde einzureichen. Neben den Impfärzten war es auch jedem anderen Arzt gestattet, die Pockenimpfung vorzunehmen. Das sollte ebenfalls dokumentiert und bei der Behörde eingereicht werden. Mit einer Geldstrafe bis 150 Mark oder 14 Tagen Gefängnis wurden diejenigen Personen bestraft, die unberechtigt eine Impfung vornahmen. Die höchste Strafe gab es für denjenigen, der fahrlässig bei einer Impfung vorging, für diesen wurde eine Strafe von 500 Mark oder eine Gefängnisstrafe von bis zu drei Monaten verhängt, wenn das Strafgesetzbuch keine höhere Strafe vorsah.¹¹⁹

6.2 Impfungen und Wiederimpfungen

Der Impfarzt hatte vor der Durchführung der Impfung die Kinder zunächst zu untersuchen. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf Infektionskrankheiten des Kindes sowie auf Entzündungen und nässende Hautausschläge gelegt. Zudem musste er bei jeder Erst- und Wiederimpfung die Angehörigen befragen, ob es derartige Krankheiten im Wohnbereich des Kindes gab. Wenn dies der Fall war, so durfte die Impfung nicht durchgeführt und musste aufgeschoben werden. Kinder, die an schweren akuten oder chronischen Krankheiten litten und Kinder, deren Ernährungszustand als mangelhaft beurteilt wurde, durften ebenfalls nicht geimpft oder wiedergeimpft werden. Die Impfung war als ein operativer Eingriff zu betrachten. Deswegen mussten auch alle möglichen Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, um eine Infektion der Wunde zu vermeiden. Der Impfarzt musste insbesondere auf die Sauberkeit seiner Hände, der Impfstelle und der Instrumente, die durch trockene oder feuchte Hitze keimfrei gemacht wurden, achten. Die Impfstelle wurde vor dem Setzen der Impfschnitte mit Watte und einer 70% -igen

¹¹⁸ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 371-373.

¹¹⁹ Originaltext siehe Anhang S. 87; Vgl. Hofmann (1932), S. 22.

Alkohollösung gesäubert. Dabei wurde der Impfarzt explizit darauf hingewiesen, für jeden Patienten einen neuen Wattebausch zu verwenden. Der Impfstoff selbst musste kühl und lichtgeschützt gelagert und binnen weniger Tage verbraucht werden. Außerdem durfte man ihn nicht mit Glycerin, Wasser oder anderen Stoffen verdünnen.

Bei der Erstimpfung durfte der begleitende Angehörige bestimmen, welcher Oberarm genutzt werden sollte. Die Wiederimpfung erfolgte am linken Oberarm. Für die Impfung wurden vier leichte Schnitte von maximal 1cm Länge vorgenommen. Die Schnitte mussten mindestens 2cm voneinander entfernt sein. Anschließend wurden die Wunden durch Auseinanderziehen der Haut offen gehalten und der Impfstoff eingestrichen.¹²⁰ Die Erstimpfung galt als erfolgreich sobald der Impfling mindestens eine Pustel entwickelte. Bei der Wiederimpfung genügte schon die Bildung von Knötchen oder Bläschen an der Impfstelle. Der Impfarzt hatte dafür zu sorgen, dass Erst- und Wiederimpfungen nicht zur gleichen Zeit im Warteraum waren. Deswegen versuchte man, die Impftermine so zu legen, dass sie an unterschiedlichen Tagen stattfanden. Zudem musste darauf geachtet werden, dass Impftermine mit den Terminen der Nachsorge nicht zusammenfielen. Bei jedem Impftermin war ein Beauftragter der Ortspolizei anwesend, um für Ordnung zu sorgen.¹²¹

6.3 Impfvorschriften

Das Verhalten der Angehörigen von zu impfenden Kindern wurde klar in den „Verhaltensvorschriften bei Impfungen“ geregelt, die am Beispiel der Verhaltensvorschriften von 1907 bei einer Pockenimpfung näher erläutert werden sollen.¹²²

Wenn die Kinder zum Impftermin an Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Flecktyphus, Pocken oder anderen Erkrankungen litten, durften sie nicht geimpft werden. Die Eltern des Kindes hatten den Arzt, welcher das Kind impfte, über frühere oder derzeitige Erkrankungen aufzuklären. Die Kinder mussten am ganzen Körper gewaschen sein und saubere Kleidung tragen. Auch nach dem Impfen hatten die Eltern für eine außerordentliche Sauberkeit des Geimpften zu sorgen. Weiterhin wurden sie darauf hingewiesen, dass die Ernährung beibehalten werden konnte.

¹²⁰ Vgl. Bieling, Meyer (1932), S. 151-153.

¹²¹ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 374-376.

¹²² Originaltext siehe Anhang S. 91.

Wenn das Wetter gut war, durften die Kinder nach draußen. Nur an heißen Sommertagen wurde empfohlen, die Mittagsstunden zu meiden.

Die Impfstelle selbst sollte vor Aufkratzen und Verschmutzungen geschützt und nur mit gewaschenen Händen berührt werden. Zum Säubern wurden nur frisch gewaschene Leinentücher oder Watte, die nur für den Geimpften bestimmt waren, verwendet. Die Kinder mussten von Personen ferngehalten werden, die unter eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose litten. So sollte eine Übertragung von Krankheitskeimen vermieden werden. War einer der Angehörigen von solch einer Krankheit betroffen, bat man den Arzt um Hinweise für den Umgang mit dem frisch Geimpften. Die Angehörigen wurden eindringlich davor gewarnt, die Impfstelle zu berühren oder die Flüssigkeit der Pusteln auf eine Wunde, einen Hautausschlag oder in die Augen zu übertragen. Sollte dies doch geschehen sein, wurde empfohlen die Stelle gründlich zu waschen. Des Weiteren durften die Impflinge nicht mit anderen Personen gemeinsam gebadet oder auch die Handtücher und das Badewasser des Geimpften nicht von anderen Personen mitbenutzt werden. Man empfahl, ungeimpfte Kinder nicht mit dem frisch geimpften Kind in Berührung kommen oder in einem Bett schlafen zu lassen. Außerdem erfolgte eine Aufklärung der Eltern darüber, dass nach erfolgter Pockenimpfung ab dem vierten Tag kleine Bläschen auftraten, die sich bis zum neunten Tag vergrößerten und mit Fieber einhergingen. Diese Bläschen enthielten zunächst eine klare Flüssigkeit, die ab dem achten Tag trübe wurde. Ab dem zehnten bis zwölften Tag trockneten die Bläschen ein. Nach spätestens vier Wochen war keine Impfreaktion mehr zu sehen. Allerdings hinterließen die Bläschen Narben in der Größe der Pusteln. Entzündete sich die Umgebung der Pusteln, sollten die Eltern kalte Umschläge mit abgekochtem Wasser auf den Bereich legen. Das Verbandsmaterial oder die Watte musste im Anschluss verbrannt werden.¹²³ Bei jeder erheblichen Erkrankung, die nach der Impfung auftrat, war es notwendig den Arzt zu konsultieren. Binnen zwei Wochen hatte das geimpfte Kind wieder einen Termin beim Arzt, der sich den Verlauf der Impfreaktion näher betrachten wollte.¹²⁴

Bei den Kindern, die eine *Auffrischungsimpfung* bekamen, sollte wieder auf Reinlichkeit geachtet werden. Auch sie durften nicht zum Impftermin gebracht werden, wenn sie krank waren. Die Impfreaktion wurde allerdings als geringer eingeschätzt, so dass die Eltern ihre Kinder weiterhin zur Schule schicken konnten.

¹²³ Vgl. Bieling, Meyer (1932), S. 152-153.

¹²⁴ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 371-373.

Eine Ausnahme bestand, wenn das Kind Fieber bekam. Die Eltern wurden darauf hingewiesen, dass ihr geimpftes Kind vom dritten bis zum zwölften Tag nicht am Turnunterricht teilnehmen durfte.

Auch bei der Auffrischungsimpfung durfte niemand die Impfstelle oder eventuell entstehende Pusteln berühren. Binnen zwei Wochen war bei der Auffrischungsimpfung ebenfalls der Termin angesetzt, an dem sich der Arzt das geimpfte Kind noch einmal anschaute. Die Erst- und die Wiederimpfung wurde auf einem Impfschein vermerkt.¹²⁵

6.4 Impfwesen in Halle

Die öffentlichen Pockenimpfungen wurden zweimal jährlich durchgeführt. Dies geschah meist von Ende April bis Ende Juni und im Zeitraum von Anfang September bis Anfang Oktober. Dazu wurden wöchentlich an drei unterschiedlichen Orten der Stadt Impfsprechstunden abgehalten. Die Erstimpfungen in der Altstadt und in Giebichenstein wurden in den Turnsälen der Volksschulen, in Kröllwitz und in Trotha in den Schulzimmern durchgeführt. Bei den Impfungen, die in Schulzimmern durchgeführt wurden, diente ein zweiter Klassenraum als Wartezimmer. Die Turnsäle wurden zu diesem Zweck optisch unterteilt. Damit die öffentliche Ordnung nicht gestört wurde und die Impfungen reibungslos ablaufen konnten, war mindestens ein Polizeibeamter, meistens sogar drei Polizeibeamte bei den Impfterminen anwesend.¹²⁶

Im Anschluss an die Erstimpfungen fanden die Wiederimpfungen statt. Diese wurden ebenfalls in Turnsälen durchgeführt, nur wo dies nicht möglich war, wurden Lehrerzimmer als Arztzimmer benutzt. Bei der Auffrischungsimpfung sorgten die Lehrer für Ordnung und einen störungsfreien Ablauf der Impfungen.

Die Impfungen wurden vom Kreisarzt der Stadt Halle, sowie zwei Polizeiärzten durchgeführt. Zwei Beamte des Einwohnermeldeamtes kümmerten sich um die Führung der Impflisten und die Vergabe von Terminen.

¹²⁵ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 373-374.

¹²⁶ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 375.

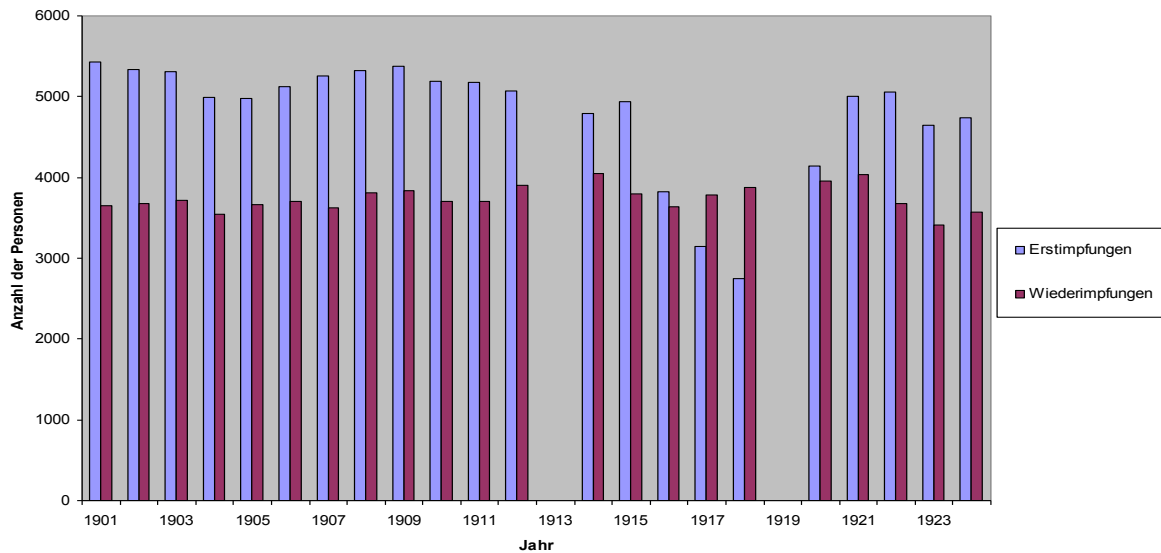


Abb. 6: Gesamtzahl der Impfungen in Halle (erstellt auf der Grundlage der Akte: Kreisarzt Abt. III Abschn. E Nr. 2 Bd. 1)

Für die Erstimpfungen waren immer zwischen 5000 und 5500 Kinder gemeldet. Erst mit Beginn des Ersten Weltkrieges sank die Zahl der Geburten und damit die Anzahl der Erstimpfungen auf unter 5000. Im Jahr 1918 waren es nur noch 2744 Neugeborene, die zur Erstimpfung gebracht wurden. Danach erholte sich die Geburtenrate langsam wieder und erreichte 1921 und 1922 über 5000 Impfungen.

Für die Wiederimpfungen waren alle Kinder gemeldet, die das zwölfte Lebensjahr vollendet hatten. Dies betraf zwischen 3400 und knapp über 4000 Kinder.

Für die Jahre 1913 und 1919 liegen keine Zahlen vor.

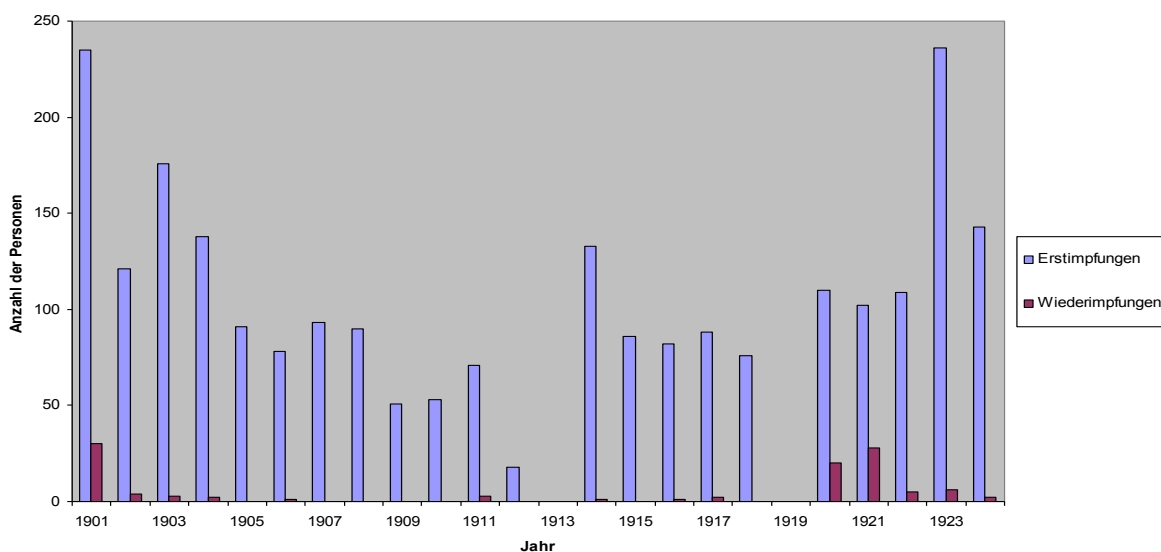


Abb. 7: Gesamtzahl der rechtswidrig Ungeimpften in Halle (erstellt auf der Grundlage der Akte: Kreisarzt Abt. III Abschn. E Nr. 2 Bd. 1)

Rechtswidrig wurden vor allem Erstimpflinge der Impfung entzogen. Dies war in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts noch sehr oft der Fall, so dass 138 bis 235 Kinder unrechtmäßig ungeimpft blieben. Ab 1907 ging die Zahl der rechtswidrigen Entziehungen der Pockenimpfung stetig zurück bis sie im Jahr 1912 mit 18 ungeimpften Kindern auf ihrem Tiefstand war. 1914 gab es mit 133 Personen noch einmal eine hohe Anzahl an ungeimpften Kindern. Bis 1918 entschieden sich wieder mehr Eltern, ihre Kinder impfen zu lassen. Allerdings stieg die Zahl der rechtswidrig ungeimpften Kinder ab 1920 wieder stetig an. Die Zahl der rechtswidrig ungeimpften Wiederimpflinge belief sich von 1901 bis 1924 auf maximal 30 Kinder. Häufig wurde kein Kind der Wiederimpfung rechtswidrig entzogen.

Wenn die Kinder nicht zu den vorher veröffentlichten Impfterminen erschienen, reichte oftmals schon die Androhung einer polizeilichen Vorführung aus, damit die Eltern zu einem der Privatärzte gingen und ihr Kind impfen ließen. Deswegen finden sich in den Akten des beobachteten Zeitraumes auch keine Hinweise auf Gerichtsprozesse. Sehr häufig versuchten die Eltern ihr Kind der Impfung zu entziehen, indem sie sich ein Attest eines impfgegnerischen Arztes¹²⁷ ausstellen ließen. Allerdings fielen die Kinder meist dadurch auf, dass das Attest immer vom gleichen Arzt stammte. Diese Kinder wurden dann zwangsweise durch die Polizei einem Impfarzt vorgeführt, der den Gesundheitszustand der Kinder prüfte.¹²⁸ Befand er ihn für in Ordnung, wurde das Kind an Ort und Stelle gegen den Willen der Eltern geimpft.¹²⁹ Als Ursache für das Fernbleiben von den Impfterminen werden in den Archivakten „Nachlässigkeit der Mutter bei zuchtlos gewordenen Kindern oder Nachlässigkeit durch überarbeitete Mütter, Angst vor Impfschäden und- folgen“¹³⁰ angeführt.

¹²⁷ Namen oder deren Beweggründe von impfgegnerischen Ärzten der Stadt Halle werden in den Archivakten nicht genannt.

¹²⁸ Vgl. Hofmann (1932), S. 22-32.

¹²⁹ Vgl. Schmedding, Engels (1929), S. 409.

¹³⁰ SAH Kreisarzt Abt. III Abschn. E Nr. 2 Bd. 1.

7 Das Amt des Schularztes in Halle

7.1 Die Einrichtung der Schularztstelle

Bereits im 18. Jahrhundert setzten sich zahlreiche Ärzte mit der Gesundheitspflege in den Schulen auseinander, dazu zählten: Johann Peter Frank (1745-1821), Bernhard Christoph Faust (1755-1842) und Johann Anton Schmidtmüller (1776-1809). Zu Beginn des 19. Jahrhunderts trat Schmidtmüller für größere Sauberkeit der Klassenzimmer, Aufheben der Prügelstrafe und regelmäßiges Baden der Schüler ein. Auch G. v. Ehrhart forderte in seinen Abhandlungen von 1821 eine bessere Hygiene in den Schulen. Aus ganz anderer Perspektive wurde die Lage der Schüler von Offizieren gesehen. Der preußische General von Horn beklagte die mangelnde Militärtauglichkeit der Schüler, da sie durch die Fabrikarbeit schwere körperliche Schäden erlitten¹³¹. Daraufhin wurde 1828, 1839, 1853 und 1869 die Gewerbeordnung zu Gunsten der Kinder geändert. 1835 verabschiedete die Preußische Regierung ein Gesetz, welches besagte, dass Kinder, die an Pocken, Scharlach und Masern erkrankt sind, von der Schule fernbleiben sollten. Karl Ignaz Lorinser (1796-1853) verursachte mit seiner 1836 erschienen Veröffentlichung „Zum Schutz der Gesundheit in den Schulen“ großes Aufsehen. Er sah Scharlach, Masern, Pocken, Keuchhusten und alle Erkrankungen des Nervensystems als ebenso schlimme Erkrankungen wie die Pest an. Er ging davon aus, dass diese Krankheiten in den Kindern „schlummerten“ und durch die Schule würde die Entwicklung der Krankheiten beschleunigt werden¹³². Dies traf seiner Meinung nach vor allem für die Gymnasien zu, da dort die Kinder durch die zahlreichen Unterrichtsstunden und Hausaufgaben zu wenig Erholung hätten. Darauf folgten zahlreiche Verordnungen. So erließ die Stadt Trier Anordnungen, die die Hygiene der Klassenzimmer, die Sauberkeit der Kinder und die Verhinderung von Wirbelsäulenschäden betrafen. Die bayrische Regierung traf Vorkehrungen, die die Kurzsichtigkeit der Kinder verhindern sollte. Insgesamt waren die Schulbehörden aller Länder des Deutschen Reiches bemüht, die Ursachen von Gesundheitsschäden durch die Schulen zu reduzieren oder ganz zu beseitigen. Man bemühte sich zunächst um eine Überprüfung der Klassenräume, der Hygiene, der Belüftung und der Heizung. 1877 setzte sich der Arzt und Gründer des Vereins für Schulgesundheitspflege, Adolf Baginsky (1843-

¹³¹ Vgl. Fischer (1933), S. 539-541.

¹³² Vgl. Fischer (1933), S. 539-541.

1918), gleich in mehreren Bänden mit der Schulhygiene auseinander. In seinem ersten Band befasste er sich mit den baulichen Anforderungen an das Schulgebäude, dabei wurde er von Baumeistern, Chemikern und Apothekern beraten. Im zweiten Band ging er auf die Rahmenbedingungen des Unterrichts ein und forderte zugleich erneut, dass die Prügelstrafe abgeschafft wird. Im letzten Band thematisierte er die Krankheiten, die durch die Schule begünstigt wurden. Dazu zählte er die Tuberkulose, die durch eine mangelhafte Atmung, bedingt durch eine Fehlhaltung beim Lesen, Schreiben und Zeichnen begünstigt würde. Außerdem ging er auf Wirbelsäulenschäden ein, die durch eine Zwangshaltung während des Unterrichts ausgelöst werden. Im Verlauf ging er noch auf weitere Erkrankungen ein, die die Schule begünstigt. Er forderte daraufhin eine zentrale Einrichtung, die die Hygiene in den Schulen und die Gesundheit der Schulkinder überprüfen und überwachen sollte.¹³³

Die ersten Schulärzte waren ab 1891 tätig. Zu den ersten Städten mit Schulärzten zählten Leipzig, Dresden und Nürnberg. Der Durchbruch der schulärztlichen Versorgung gelang allerdings erst sechs Jahre später in Wiesbaden. Hier wurde eine bestimmte Zahl von Schülern untersucht und dabei ein unerwartet hoher Prozentsatz von Krankheiten festgestellt, die weder von den Lehrern noch den Eltern vorher bemerkt worden waren. Diese Krankheiten standen oft in Wechselbeziehungen zum Schulbetrieb, da die Kinder entweder durch diese ihr Lernziel nicht erreichten oder die Schule Krankheiten ungünstig beeinflusste.¹³⁴ Dadurch kam die Wiesbadener Schulbehörde zu dem Schluss, dass alle Schüler, oder mindestens die Schulanfänger, regelmäßig ärztlich untersucht werden sollten. Von dieser Zeit an bestimmte die Wiesbadener Schulordnung, dass bei „jedem Kinde [...] planmäßig Herz, Lunge, obere Luftwege, Wirbelsäule, Haut, die höheren Sinnesorgane, bei Knaben auch die Bruchpforten untersucht und der Befund [...] in einen Gesundheitsbogen eingetragen [werden sollte]. [...] Die genaue Untersuchung aller Schüler ist im dritten, fünften und achten Schuljahr zu wiederholen. Der Schularzt hat auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse dem Lehrer Winke zu geben über Berücksichtigung beim Unterricht. Wenn sich Erkrankungen vorfinden, welche ärztliche Behandlung erfordern, so ist den Eltern davon durch die Schulbehörde in schonender Form Kenntnis zu geben. Der Schularzt selbst hat mit der Behandlung

¹³³ Vgl. Osten (2004), S.44-47.

¹³⁴ Dazu zählte, dass der Sportunterricht als schädlich für lungen- und herzkrankte Kinder sowie für Kinder mit Bruchpforten erachtet wurde. Große Kinder litten unter zu kleinen Schulbänken und kleinere Schüler unter zu großen. Kinder, die kurzsichtig waren oder generell schlecht sehen konnten, mussten helle Arbeitsplätze zugewiesen bekommen. Außerdem sah man die Schule als idealen Überträger von Infektionskrankheiten an. Vgl. SAH Gesundheitsamt Kap. I Abt. A Nr. 3 Bd. 1.

der Kinder nichts zu tun“.¹³⁵ Diese Bestimmungen fanden auch im Preußischen Kultusministerium Beachtung. Dieses sprach sich 1898 in einem Rundschreiben für die Anstellung von Schulärzten aus.¹³⁶ Nach dem Wiesbadener Beispiel richteten viele Städte eine Schularztstelle ein. Städte, die bereits einen Schularzt hatten, folgten dem Wiesbadener Modell. In Halle wurde im Jahre 1907 die Schularztstelle geschaffen.¹³⁷

7.2 Die Aufgaben des Schularztes

Das Aufgabengebiet des Schularztes in Halle wurde in den „Bestimmungen für den schulärztlichen Dienst in den städtischen Schulen zu Halle a. S.“, die im Dezember 1907 verabschiedet wurden, geregelt.

Der Schularzt war für alle Schulen der Stadt verantwortlich. Seine Aufgabe bestand in der ärztlichen Überwachung der Schüler, aber auch der Visitation der Schulräume.¹³⁸ Der Schularzt war dem Stadtarzt unterstellt.

Schüler, die neu in die Mittel- und Volksschulen eingeschult wurden, wurden bereits vor dem Eintritt auf ansteckende Krankheiten untersucht. Kinder, die als ansteckend galten, mussten der Schule fernbleiben bis der Schularzt ihnen die Schulfähigkeit bescheinigte. Dies konnte auch Schüler betreffen, die zwar gesund waren, aber trotzdem den Krankheitserreger in sich trugen. Weiterhin musste der Schularzt die Kinder auf Schulfähigkeit bezüglich ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung beurteilen und gegebenenfalls zurückstellen. Bestenfalls geschah das vor dem Schulantritt, spätestens aber innerhalb der ersten sechs Schulwochen. Bei dieser ersten Schuluntersuchung wurde festgestellt, welches Kind dauernde ärztliche Kontrolle benötigte oder im Unterricht besonders berücksichtigt werden musste. Dafür gab es für jedes Kind einen „Gesundheitsbogen“. Während der Untersuchung diktierte der Arzt dem Lehrer, was er in diesen Bogen einzutragen hatte. Diese Bögen wurden vom Klassenlehrer aufbewahrt und von Jahrgang zu Jahrgang weitergegeben, sie waren streng vertraulich. Wenn eine ärztliche Überwachung notwendig erschien, so wurde dies gut sichtbar auf den oberen rechten Rand des Bogens eingetragen. Die Kinder wurden auf ihren Gesundheitszustand und ihre Körperbeschaffenheit hin untersucht. Für die Körperbeschaffenheit wurden Zahlen von I bis III vergeben, wobei eine „I“ einen guten Zustand bezeichnete und eine „III“

¹³⁵ SAH Gesundheitsamt: Kap. I Abt. A Nr. 3 Bd. 1.

¹³⁶ Vgl. Hartung (1982), S. 50-51.

¹³⁷ Vgl. Fischer (1933), S. 544-546.

¹³⁸ Vgl. Hartung (1982), S. 58.

auf eine ernsthafte Krankheit oder chronische Erkrankung hinwies. Zudem wurden die Schüler einmal im Jahr von ihrem Klassenlehrer gewogen und gemessen, was ebenfalls auf dem Gesundheitsbogen vermerkt wurde. Kinder, die bei diesen Messungen auffällig waren, wurden ein halbes Jahr später noch einmal gemessen und gewogen. Der Brustumfang wurde bei Schülern mit Verdacht auf eine Lungenerkrankung vom Arzt selbst gemessen.¹³⁹

Diese allgemeinen Untersuchungen fanden bei Schülern des dritten, fünften und achten Jahrgangs der höheren-, bei denen der Volks- und Mittelschulen jährlich einmal und bei Schülern der Hilfsschule zweimal jährlich statt. Dabei übernahm der Stadtarzt die Beurteilung an den Mittel- und höheren Schulen, der Schularzt die Untersuchungen an den Volks- und Hilfsschulen. Dadurch hatte der Stadtarzt ungefähr 6000 Schüler und der Schularzt um die 20000 Schüler zu untersuchen.

Diese Beurteilungen wurden während des Unterrichts in den Klassenräumen in Gegenwart des Klassenlehrers, bei den Mädchen im Beisein einer Lehrerin, durchgeführt. Die Anwesenheit der Eltern bei der Untersuchung war nicht erwünscht. Beim Aus- und Anziehen der jüngeren Klassen halfen oft ältere Schüler mit. Auf ausdrücklichen Wunsch durften die Eltern aber trotzdem dabei sein.

Bei der Kontrolle des letzten Jahrgangs sollte Augenmerk auf die Gesamtentwicklung des Schülers während seiner Schulzeit gelegt werden. Zudem wurden den Eltern Hinweise gegeben, welche Aspekte bei der Berufswahl bezüglich des Gesundheitszustandes zu beachten sind. Zudem wurden die Schüler über die Gefahren von Alkoholkonsum und Geschlechtskrankheiten aufgeklärt, die Mädchen im Besonderen über die Gefahren der Prostitution. Allerdings war es dem Schularzt strengstens untersagt, die Kinder zu behandeln. Wenn eine ärztliche Behandlung notwendig war, sandte der Schulleiter die vom Schularzt unterschriebene Mitteilung an die Eltern.

Neben diesen Untersuchungen fand einmal jährlich während des Unterrichts eine Besichtigung der Klassenräume statt. Bei diesen Kontrollen überzeugte sich der Arzt vom Gesundheitszustand und der Körperhaltung der Kinder. Außerdem teilte der Lehrer seine Beobachtungen über die gesundheitlichen Verhältnisse seiner Schüler mit. Schließlich beurteilte der Schularzt auch noch die Sauberkeit, Belüftung, Heizung und die Beleuchtung der Klassenräume sowie die Schulbänke, Toiletten, Baderäume und die Spielhöfe.¹⁴⁰

¹³⁹ Vgl. Hartung (1982), S. 68-70.

¹⁴⁰ Vgl. Hartung (1982), S. 78-102.

Der Schularzt hielt in seinem Dienstzimmer an Werktagen in der Zeit von 8 Uhr bis 9 Uhr seine Sprechstunde. Oft wurden die Sprechzeiten aber um zwei bis drei Stunden überzogen. Zu diesen Sprechstunden kamen vor allem die Kinder, die unter ständiger Kontrolle standen sowie die Schüler, die von den Lehrern oder dem Schulleiter aufgrund von Verletzungen oder dem Verdacht auf ansteckende Krankheiten, geschickt worden waren. Der Schularzt war dem Schulleiter gegenüber verpflichtet, im schulhygienischen Interesse Auskunft zu erteilen.

Der Schularzt entschied über Zurückstellung der neu eingeschulten Kinder, Befreiung vom Baden, Singen, Sportunterricht. Wenn es notwendig war, konnte er die Kinder auch von anderen Fächern befreien. Er entschied über gesonderte Sitzplätze für Schüler, die eine Augen- oder Ohrenerkrankung hatten.

Seine Anweisungen führten dazu, dass Schüler zeitweise vom Unterricht wegen übertragbarer Krankheiten ausgeschlossen wurden. Er wies Schüler den Hilfsschulen zu und sprach Empfehlungen für Ferienkolonien aus.¹⁴¹ Der Schularzt hatte nicht das Recht dem Schulleiter und den Lehrern Anweisungen zu erteilen. Wenn er die Meinung vertrat, dass seine Vorschläge nicht genug Beachtung fanden, hatte er die Möglichkeit, einen entsprechenden Antrag beim Magistrat zu stellen.

Bereits der Verdacht auf eine ansteckende Krankheit, die von der Familie, dem Hausarzt oder der Polizei der Schule gemeldet wurde, musste unverzüglich auch dem Schularzt gemeldet werden. Das galt vor allem für die Krankheiten Scharlach, Diphtherie, Typhus und Gastritis. Der Schularzt hatte über seine Tätigkeit Tagebuch zu führen, um am Ende jedes Jahres dem Magistrat Bericht zu erstatten. Diese Berichte gingen zunächst an den Stadtarzt. Inhaltlich umfassten sie folgende Punkte:
„1. Ziffermäßige Zusammenstellung der Ergebnisse bei den Untersuchungen der Aufnahmeklassen sowie der Befunde bei den Untersuchungen jedes späteren Jahrganges.

2. Zahl der abgehaltenen Sprechstunden bzw. ärztlichen Besuche der Klassen.

3. Zahl und Art der wichtigeren Erkrankungsfälle, die in den Sprechstunden zur Untersuchung gekommen sind.

4. Zahl und Art der getroffenen ärztlichen Anordnungen (Vorschläge).

5. Zahl der an die Eltern gesandten schriftlichen ‚Mitteilungen‘, welche Krankheiten sie betreffen und ihren Erfolg.

6. Zahl der unter ‚ärztlicher Überwachung‘ stehenden Schulkinder.

¹⁴¹ Vgl. SAH Gesundheitsamt Kap. I Abt. A Nr. 3 Bd. 1.

7. Zahl der nicht polizeilich gemeldeten, erst durch den Schularzt ermittelten Fälle von ansteckenden Krankheiten“.¹⁴²

¹⁴² SAH Gesundheitsamt Kap. I Abt. A Nr. 3 Bd. 1.

8 Diskussion

Am Beispiel der Stadt Halle konnte gezeigt werden, in welcher Art und Weise unter den Bedingungen der sozialen, hygienischen und gesundheitlichen Situation der Menschen in Halle es möglich war, die Erkenntnisse der modernen Mikrobiologie bei der Etablierung eines städtischen Gesundheitswesens in die Praxis umzusetzen, um so die gesundheitspolitischen Probleme zu bewältigen. Dabei wurden Vergleiche zur Provinz Sachsen und dem Deutschen Reich gezogen.

Den ersten wichtigen Schritt zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten ging Halle mit der Errichtung einer Desinfektionsanstalt im Jahr 1893. Gesetzlich geregelt und durch die Ortspolizei überwacht, wurde systematisch das erlangte Wissen in der Bakteriologie in ein Handlungskonzept umgewandelt und so versucht, eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern.

Die Quellenlage über das Untersuchungsamt ist als sehr gut zu bezeichnen. Ursprünglich sollte die Gründung der Untersuchungsämter vom Kaiserlichen Gesundheitsamt aus initialisiert werden, was jedoch aus finanziellen Gründen immer wieder hinten an gestellt wurde. So ging die Initiative schließlich vom Hallischen Verein der Ärzte aus. Im weiteren Verlauf wird auf die genaue Entstehung und die Anfangssituation des Untersuchungsamtes genauer eingegangen. Dabei stehen die Ziele, die die Stadt Halle verfolgte, im Vordergrund. Details über die Finanzierung, die Ausstattung sowie das Personal vervollständigen die Gründungsgeschichte. Im Vergleich mit anderen Städten war Halle eines der ersten Untersuchungsämter, welches eine umfassende und kostenlose Diagnostik ermöglichte und damit einen signifikanten Schritt in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten ging.

Das Archivmaterial über das Gesundheitsamt ist ebenfalls sehr umfangreich. Auch bei der Gründung des Gesundheitsamtes nahm Halle eine Vorreiterrolle ein. So war es der Verdienst des Oberbürgermeisters Rive, sich nicht mehr nur mit den einzelnen Ortsvereinen für Gesundheitsfürsorge zufrieden zu geben, sondern das kommunale Gesundheitswesen zu zentralisieren. Denn er erkannte, dass die Gesundheitsverhältnisse der Stadt ein dringendes Umdenken nötig machten. Dafür stellte er als Stadtarzt Wilhelm von Drigalski ein, der ab 1907 in systematischer Arbeit das Stadtgesundheitsamt aufbaute, unterbrochen wurde seine Arbeit während des Ersten Weltkrieges. Dabei konzentrierte er sich in den Anfangsjahren vor allem

auf die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und die öffentliche Säuglingsfürsorge. Ein weiterer wichtiger Schritt in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ging Oberbürgermeister Richard Robert Rive mit der Errichtung einer Schularztstelle für die ärztliche Überwachung der Schüler, aber auch der Hygiene in den Schulen. So entstand in Halle als aufstrebender Industriestadt ein zentrales Gesundheitssystem mit der Etablierung von Institutionen, Untersuchungsmethoden und –vorgängen.

Lange Zeit galten die Städte als gesundheitsgefährdende Orte mit hoher Sterblichkeitsrate. Diese Ansicht verstärkte sich noch einmal mit der Industrialisierung. Halle war in den 50er und 60er Jahren des 19. Jahrhunderts durch einen starken wirtschaftlichen Aufschwung geprägt. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden zahlreiche Maschinenfabriken und Eisengießereien, die Halle zu einem Zentrum des Maschinenbaus in Mitteldeutschland werden ließen. Man ging bisher davon aus, dass durch das Bevölkerungswachstum und die Wohnungsnot eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten gefördert wurde. Diese Ansicht kann jedoch mit dieser Arbeit widerlegt werden. Die Stadt Halle verzeichnete einen Rückgang der Sterblichkeitsrate an Infektionskrankheiten. Dies fällt besonders bei der Diphtheriesterblichkeit und bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges bei den Todesfällen an Typhus und Scharlach auf. Die Ursache dafür ist zum einen in der Anwendung des Diphtherieheilsersums, aber zum anderen auch in der verbesserten öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu suchen. Außerdem lässt sich feststellen, dass die Stadt Halle im Vergleich mit der Provinz Sachsen oder dem gesamten Deutschen Reich ähnliche Sterblichkeitsraten aufweist, so dass davon auszugehen ist, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse hier ebenso umgesetzt wurden wie in anderen Regionen.

Es ist allerdings anzumerken, dass zur damaligen Zeit nur die Anzahl der Verstorbenen und die Todesursache wichtig zu sein schienen, da es keine Aufzeichnungen über das soziale Umfeld der Verstorbenen gibt. So erfährt man nicht, aus welcher Bevölkerungsschicht die Personen stammten, welchen Berufen sie nachgingen, wie die Wohnverhältnisse waren und welchen Lebensstil sie führten. Des Weiteren wurden keine Angaben zu Geschlecht und Alter der an Infektionskrankheiten verstorbenen Personen gemacht. Aufgrund der lückenhaften Quellenlage war es mir daher nicht möglich, die Untersuchungen der Todesursachen hinsichtlich bestimmter Merkmale zu präzisieren.

Bei der Durcharbeitung des Archivmaterials fiel auf, dass vor allem die Sterblichkeitsrate im Vordergrund stand. In den Statistiken gibt es nur sehr vereinzelt Angaben zu Erkrankungsfällen, die ich in meine Arbeit einfließen lassen konnte. Doch fortlaufende ausführliche Angaben über die Morbidität an einzelnen Infektionskrankheiten existieren nicht. Eine Ursache dafür könnte sein, dass zu Beginn der Gesundheitsstatistiken die Morbidität von geringerem Interesse war. Außerdem waren genaue Statistiken einerseits nicht möglich, da viele Menschen im Falle einer Erkrankung nicht zum Arzt gingen und so keine gesicherten Zahlen über die genaueren Diagnosen existieren. Andererseits war man zwar um die Entdeckung der einzelnen Erreger bemüht, dennoch waren die Erreger der Masern und der Röteln noch unentdeckt, bei der Influenza ging man von einem falschen Erreger aus und bei dem Scharlacherreger war man sich unsicher. Von den in der Dissertation besprochenen Infektionskrankheiten waren nur die Erreger von Typhus, Diphtherie und Kindbettfieber bekannt. Es ist anzunehmen, dass das Verhalten der Bevölkerung, einen Arzt zu konsultieren, in den verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich war. Zusammenfassend betrachtet kann man also generell von einer Dunkelziffer ausgehen, so dass die Zahl der an den einzelnen Infektionskrankheiten verstorbenen Personen in Wirklichkeit höher anzunehmen ist.

Zudem muss eingeräumt werden, dass eine vollständige Betrachtung der Sterblichkeitsrate im Untersuchungszeitraum nicht möglich war. Bei jeder untersuchten Infektionskrankheit gibt es Jahre, in denen die Angaben über die Zahl der Verstorbenen lückenhaft sind. Außerdem begann die Dokumentation der an Influenza Gestorbenen erst 1894. Die Krankheiten Masern und Röteln wurden lange Zeit zusammen betrachtet. Wie bereits erwähnt, sehe ich die Ursache dafür, dass sich beide Krankheiten in ihrer Erscheinung sehr ähnlich sind und eine genaue Differenzierung nach unterschiedlichen Erregern nicht möglich war. So war es unmöglich, eine präzise Aussage über jede einzelne Krankheit zu treffen.

Im Zeitraum des Ersten Weltkrieges liegen keinerlei statistische Erhebungen über die Ausbreitung der Infektionskrankheiten vor. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Meldung über Infektionskrankheiten in den Hintergrund rückte, da viele Ärzte als Sanitätsärzte an der Front eingesetzt wurden und es dadurch im Land zu einem Ärztemangel kam.

Die statistischen Angaben über die an Infektionskrankheiten Verstorbenen entnahm ich aus den Statistischen Jahrbüchern für das Deutsche Reich. In diese Statistiken gingen nur Städte ein, die mehr als 1500 Einwohner zählten. 1895, 1896 und 1905

wurden immer mehr Städte in dieser Statistik erfasst. Dies hatte zur Folge, dass immer mehr Personen in die Betrachtung eingeschlossen wurden und aufgrund der zunehmend genaueren statistischen Erfassung eine Vergleichbarkeit der einzelnen Jahre in absoluten Zahlen nur bedingt möglich war. Denn je mehr Personen insgesamt erfasst wurden, um so geringer fiel die prozentuale Sterblichkeit aus. Ein weiteres Problem bezüglich der Vergleichbarkeit ergab sich aus der Tatsache, dass ab 1914 nicht mehr die Provinz Sachsen mit ihren einzelnen Städten aufgeführt war, sondern nur noch der Staat Preußen, zu dem die Provinz Sachsen zählte. Damit wurden erneut mehr Städte und die dazu gehörigen Bewohnerzahlen in die Statistiken eingeschlossen. Die Tendenz der Sterblichkeitsraten ist jedoch als sicher zu betrachten.

Trotz der aufgezeigten Lücken in dem vorhandenen Quellenmaterial kann zusammenfassend gesagt werden, dass es möglich war, den Stellenwert der Infektionskrankheiten in Bezug auf die allgemeine Sterblichkeit und deren Gegenmaßnahmen darzustellen. So konnte am Beispiel der Einführung des Diphtherieheilserums gezeigt werden, dass auch in Halle neue Erkenntnisse der Mikrobiologie zeitnah angewandt wurden und erfolgreich waren. Aber auch neue Erkenntnisse im Blick auf das Desinfektionswesen und die Isolierung von Patienten betreffend fanden in Halle schnell praktische Anwendungen. Es wurde auf den Umgang mit Impfungen gegen Pocken und den Umgang mit Impfgegnern eingegangen. So war es in der Stadt Halle in dem betrachteten Zeitraum schon ausreichend, nur eine Strafe anzudrohen, damit Eltern ihre Kinder impfen ließen. Am Leitfaden der Einrichtung des Untersuchungs- und Gesundheitsamtes, der Desinfektionsanstalt und der Schularztstelle konnte detailliert die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens aufgezeigt werden. Außerdem konnte dargestellt werden, wie die Bevölkerung über gesundheitsfördernde Maßnahmen aufgeklärt wurde und wie weit sie diese annahm.

Leider war es mir aufgrund des lückenhaften Archivmaterials nicht möglich herauszufinden, wie viele Personen an den einzelnen Infektionskrankheiten erkrankten. Außerdem fehlen oft Hinweise, die erklären könnten, warum in manchen Jahren die Sterblichkeitsrate höher lag als in anderen. Schließlich fehlen in den Akten, bis auf die Impfungen gegen Pocken und die Anwendung des Diphtherieheilserums, auch Berichte über die Durchführung weiterer Impfungen. Vielleicht wird es aber in Zukunft möglich sein, mehr darüber herauszufinden, da

immer noch nicht alle Akten des Stadtarchives katalogisiert und somit einer Auswertung zugänglich sind.

Insgesamt betrachtet trägt diese Arbeit dazu bei, das historische Bild der Stadt Halle auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege zu vervollständigen und dem Leser einen Überblick über die Entwicklung des Gesundheitssystems im Bezug auf die ausgewählten Infektionskrankheiten, den betreffenden Wissensstand sowie die entsprechenden wichtigen Institutionen und Persönlichkeiten zu geben.

9 Zusammenfassung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, wie man angesichts der sozialen Probleme Ende des 19. Anfang des 20. Jahrhunderts auf Grundlage der neuen Erkenntnisse der Mikrobiologie seit Mitte des 19. Jahrhunderts in Halle versuchte, dem Problem der ansteckenden Krankheiten durch therapeutische und vorbeugende Maßnahmen sowie durch die Gründung entsprechender Institutionen zu begegnen und das Gesundheitsniveau der Bevölkerung zu verbessern. Dabei wird die Entwicklung des städtischen Gesundheitswesens in Halle sowohl mit der der Provinz Sachsen als auch mit der im gesamten Deutschen Reich verglichen.

Als Quellen dienen die statistischen Jahresberichte der Stadt Halle sowie des Deutschen Reiches. Zudem wird die Entwicklung einzelner Institutionen und die Anwendung der Erkenntnisse der Mikrobiologie auf der Grundlage der Verwaltungsakten des Stadtarchives und des Universitätsarchives Halle beschrieben. Die Grundlage der Darstellung der prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen bilden zeitgenössische medizinische Lehrbücher.

Mit Hilfe dieser Quellen ist es möglich, den Erfolg des Diphtherieheilsperms aufzuzeigen. Lag Die Mortalitätsrate 1894 mit 9,3% auf ihrem Höchststand, sank nach Anwendung des Heilsperms die Sterblichkeitsrate auf unter 4,5%. Ebenso finden sich kontinuierliche tabellarische Aufzeichnungen über die Pockenimpfung. Nach Angaben der jährlichen Berichte über das Desinfektionswesen wurde mit Eröffnung der Desinfektionsanstalt im März 1893 die Möglichkeit der Desinfektion häufig genutzt und als Erfolg angesehen.

Mit der Gründung des Untersuchungsamtes für ansteckende Krankheiten 1900 war es den Klinik- und Privatärzten der Stadt Halle möglich, schnell zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. Diese Möglichkeit wurde von Beginn an zahlreich genutzt und immer wieder erweitert. So vergrößerte sich mit dem Anschluss der Regierungsbezirke Merseburg, Erfurt und des Herzogtums Anhalt der Versorgungsbereich erheblich. Die Anzahl der zu untersuchenden Proben stieg stetig an, was als Fortschritt gewertet wurde. Viele Ärzte nutzten diese Möglichkeit zur Diagnostik und konnten so ihre Patienten gezielter behandeln. Des Weiteren konnte man nun eine gewissenhafte und dem Krankheitserreger angepasste Desinfektion durchführen.

Die Errichtung des Gesundheitsamtes 1907 brachte einen weiteren Fortschritt im öffentlichen Gesundheitswesen der Stadt Halle mit sich. Die wöchentlichen Sprechstunden, in denen Ärzte Hilfesuchende berieten und untersuchten, wurden zahlreich von der Bevölkerung der Stadt genutzt. Des Weiteren hielten die Ärzte öffentliche Vorträge über Gesundheitsrisiken und über gesundheitsförderndes Verhalten, was zu einer besseren Aufklärung der Bevölkerung führte. Außerdem wurden die Wohnungsverhältnisse begutachtet und Gesundheits- und Sicherheitsmängel erkannt und behoben, was über die Jahre zu besseren Wohnbedingungen und damit zu einem geringeren Gesundheitsrisiko führte. Die Kontrolle des Abwassers, des Wassers der Saale und der Brunnen gehörte ebenfalls zu den Aufgaben. Zeitweise mussten Brunnen wegen einer zu hohen Keimbelastung gesperrt werden. Dies schützte die Bevölkerung vor gefährlichen Magen-Darmerkrankungen.

Ab 1908 wurde dann mit der Einstellung eines Schularztes ein besonderes Augenmerk auf die Schulen gelegt. Der Schularzt musste jedes Kind vor der Einschulung untersuchen und im Falle einer ansteckenden Krankheit durfte das Kind den Unterricht nicht besuchen, was eine größere Ausbreitung von Infektionskrankheiten verhinderte. Durch die Beurteilung der Hygiene der Schulräume und der Toiletten wurde die Situation der Kinder ebenfalls ständig verbessert.

Aus den genannten Quellen lassen sich keine Aussagen treffen über Morbidität, Alter, Geschlecht und soziale Herkunft der an Infektionskrankheiten Verstorbenen. Des Weiteren lässt sich über die seit 1898 mögliche Impfung gegen Typhus in den Archivakten nichts finden. Zwar wurde die Impfung in Deutschland nur im Epidemiefall für die gesamte Bevölkerung eingesetzt, jedoch gibt es auch keinen Hinweis auf Impfungen bei medizinischem Personal, welches ständig Umgang mit Typhuserkrankten hatte. Ebenso fehlt ein Nachweis über die passive Immunisierung gegen Scharlach oder die Anwendung des Rekonvaleszentenserums bei Kindern, die mit Masern in Kontakt kamen. Über die Durchführung der aktiven Diphtherieimmunisierung lässt sich ebenfalls kein Nachweis in den Akten finden. Allerdings war man damit in ganz Deutschland sehr zurückhaltend, weil die Impfung als zu wenig erprobt galt.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Handschriftliche Quellen und amtliche Dokumente

Stadtarchiv Halle (SAH)

Dx 60609	(Aufgaben der Kommunalhygiene)
Fa: 2690	(Wilhelm von Drigalski)
Gesundheitsamt: Kap.I Abt.A Nr.1 Bd.1	(Generalverfügungen)
Gesundheitsamt: Kap.I Abt.A Nr.3 Bd.1	(Bestimmungen für den Schularzt)
Gesundheitsamt: Kap.I Abt.A Nr.2 Bd.1	(Schriftverkehr mit Städten über Einrichtung des Gesundheitsamtes)
Gesundheitsamt: Kap.I Abt.C Nr.1 Bd.1	(Schulärztlicher Dienst)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.A Nr.1 Bd.1	(Allgemeine Schuluntersuchungen)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.A Nr.2 Bd.1	(Schulärztlicher Dienst)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.A Nr.1 Bd.2	(Allgemeine Schulgesundheitspflege)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.B Nr.1 Bd.1	(Schulärztlicher Dienst)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.B Nr.2 Bd.1	(Schulärztlicher Dienst)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.B Nr.3 Bd.1	(Schulärztlicher Dienst)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.B Nr.4 Bd.1	(Jugendfürsorge)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.C Nr.4 Bd.1	(Augenkrankheiten und sonstige Untersuchungen in der Schule)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.D Nr.2 Bd.1	(Ungezieferbekämpfung in der Schule)
Gesundheitsamt: Kap.II Abt.D Nr.4 Bd.1	(Schulärztlicher Dienst)
Gesundheitsamt: Kap.III Abt.E Nr.2 Bd.1	(Vorschriften und Handhabungen von Impfungen)
Gesundheitsamt: Kap.III Abt.E Nr.7 Bd.1	(Seuchenschutz während der Kriegszeit)
Gesundheitsamt: Kap.IV Abt.A Nr.4 Bd.1	(Informationen zum Kurpfuscherwesen)
Gesundheitsamt: Kap.V Abt.A Nr.1 Bd.1	(Stadtkrankenhaus)

Gesundheitsamt: Kap.VII Abt.A Nr.1	(Die städtische Desinfektionsanstalt-Hauptakten)
Gesundheitsamt: Kap.VII Abt.A Nr.2 Bd.1	(Geschäftsbetrieb der städtischen Desinfektionsanstalt)
Gesundheitsamt: Kap.VII Abt.A Nr.8 Bd.1	(Desinfektionsanstalt- Verschiedenes)
Gesundheitsamt: Kap.VIII Abt.E Nr.1	(Einrichtung von Reservelazaretten während der Kriegszeit)
Gesundheitsamt: Nr.64	(Schulgesundheitspflege und schulärztlicher Dienst)
Kreisarzt: Abt.III Abschn.D Nr.24 Bd.1	(Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten)
Kreisarzt: Abt.III Abschn.E Nr.1 Bd.1	(Impfwesen- Allgemeines)
Kreisarzt: Abt.III Abschn.E Nr.2 Bd.1	(Impfwesen- Besonderes)
Lettin: Nr.661 Bd.1	(Impfwesen)
Untersuchungsamt: Nr.1 Bd.1	(Auswärtige Untersuchungsämter und Errichtung eines Untersuchungsamtes in Halle)
<u>Universitätsarchiv Halle (UAH)</u>	
Abt.II Abschn.D Nr.7R	(Personalakte Dr. Renk)
UAH P48	(Chronik der Königlichen vereinigten Friedrichs- Universität Halle-Wittenberg 1901-1915)
UAH P48	(Chronik der Königlichen vereinigten Friedrichs- Universität Halle-Wittenberg 1915-1936)
UAH PA13980	(Personalakte von Prof. Paul Schmidt)

Gedruckte Quellen

Stadt Halle (Hrsg.): Verwaltungsberichte von 1879/81 bis 1924/25

Stadt Halle (Hrsg.): Monatsstatistik der Stadt Halle von 1901 bis 1933

CS 0Rive 01a Ls (Richard Robert Rive, Beiträge zum Wirken des halleschen Oberbürgermeisters 1906-1933)

CS 0Rive 02b Ls (Lebenserinnerungen eines deutschen Oberbürgermeisters)

Cx 50034	(Das deutsche Gesundheitswesen)
Cx 53408	(Bericht über die Tätigkeit des Stadtarztes und den Schulärztlichen Dienst zu Halle a. S. für das Jahr 1908/09)
Cx 53409	(Die Tätigkeit des Stadtarztes und des Schularztes in Halle a. S. 1908/09)
Cx 53410	(Städtische Gesundheitspflege in Halle a. S. 1910/11)
Cx 53411	(Ergebnisse der städtischen Gesundheitspflege 1911/12)
Cx 53412b	(Die Einrichtung für städtische Gesundheitspflege in Halle a. S. im Jahre 1912/13)

Kaiserliches Statistisches Amt (Hg.): Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. Berlin: von Puttkammer und Mühlbrecht, 1880-1926

Sekundärliteratur

Bieling, Richard; Meyer, Fritz: Heilsera und Impfstoffe in der Praxis. Leipzig: G. Thieme, 1932

Brinkschulte, Eva: Armenfürsorge und öffentliches Gesundheitswesen im 18. und frühen 19. Jahrhundert. In: Stukenbrock, Karin; Helm, Jürgen (Hgg): Stadt und Gesundheit soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 2006, S.13-27 (Forschungen zur hallischen Stadtgeschichte Band 9)

Busson, Bruno: Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten und Idiosynkrasien mit spezifischen und unspezifischen Mitteln. Wien: J. Springer, 1932

Deicher, Heinrich: Behandlung und Verhütung von Masern, Scharlach und Diphtherie. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1928

Dobson, Mary: Seuchen die die Welt veränderten. Hamburg: National Geographic Deutschland, 2009

Domagk, Gerhard: Die Bedeutung der Infektionskrankheiten und der Wundinfektionen und ihre Bekämpfung in Krieg und Frieden. Münster: Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung, 1941

Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart: F. Enke, 1970

Fischer, Alfons: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Berlin: Kommissionsverlag F. A. Herbig, 1933

Friedberger, Ernst: Diphtherieepidemien der letzten Jahre, das Heilserum und die Schutzimpfung. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1931

Gradmann, Christoph: Das reisende Labor: Robert Koch erforscht die Cholera 1883/84. In: Medizinhistorisches Journal 38 (2003), S. 35-56

Gundel, Max: Die ansteckenden Krankheiten. Leipzig: G. Thieme, 1935

Gundel, Max: Die ansteckenden Krankheiten. 4. Aufl. Leipzig: G. Thieme, 1950

Hartung, Günter: Die Entwicklung des schulärztlichen Dienstes und seiner Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung der Dienstanweisungen. Frankfurt a. M.: Med. Diss., 1982

Hoffmann, Wilhelm: Die Infektionskrankheiten und ihre Verhütung. 2. Aufl. Berlin und Leipzig: W. de Gruyter & Co., 1920

Hofmann, Volkmar: Impfpflicht, Impfzwang, Zwangsimpfung und das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874. Löbau: Buchdruckerei von Hohlfeld und Mitte, 1932

Hüntelmann, Axel; Vossen, Johannes; Czech, Herwig: Gesundheit und Staat. Husum: Matthiesen, 2006

Hüntelmann, Axel: Hygiene im Namen des Staates. Göttingen: Wallstein, 2008

Huntemüller, Otto; Kliewe, Heinrich: Die Infektionskrankheiten ihre mikrobiologische Diagnostik und Therapie sowie Maßnahmen zu ihrer Verhütung. München: J. F. Lehmanns, 1926

Jacob, Ralf: Richard Robert Rive- Beiträge zum Wirken des halleschen Oberbürgermeisters 1906-1933. Halle: Fliegenkopf, 2000

Jandt, Claudia: „Ein überaus schweres und verantwortungsvolles Amt“- Stadtschwester in Halle. In: Stukenbrock, Karin; Helm, Jürgen (Hgg): Stadt und Gesundheit soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 2006, S.97-103 (Forschungen zur hallischen Stadtgeschichte Band 9)

Klare, K; Meyer, E: Behandlung der Infektionskrankheiten. Stuttgart: Hippokrates-Verlag Marquard & Cie., 1938

Kratzsch, Tilmann: Die Gesundheitspolitik des „Rates der Volksbeauftragten“: Die Deutsche Revolution 1918/19 aus medizinhistorischer Sicht- Teil I: die gesundheitspolitische Gesetzgebung. In: Medizinhistorisches Journal 39 (2004), S.265-291

Kratzsch, Tilmann: Die Gesundheitspolitik des „Rates der Volksbeauftragten“: Die Deutsche Revolution 1918/19 aus medizinhistorischer Sicht- Teil II: Die Gesundheitspolitik als Kontinuitäts- und Stabilitätsfaktor. In: Medizinhistorisches Journal 40 (2005), S.19-49

Leven, Karl Heinz: Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Landsberg/Lech: Ecomed Verlagsgesellschaft, 1997

Mai, Hermann: Über den Rückgang der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten im Kindesalter im Laufe der letzten 60 Jahre und seine Ursachen. Berlin: Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, 1939

Müller, Friedrich; Seifert, Otto: Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik. 16.Aufl. München: J. F. Bergmann, 1913

Müller, Friedrich: Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik. 26.Aufl. München: J. F. Bergmann, 1930

Oesterlen, Friedrich: Die Seuchen, ihre Ursachen, Gesetze und Bekämpfung. Tübingen: Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung, 1873

Osten, Philipp: Die Modellanstalt- Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905- 1933. Frankfurt am Main: Mabuse, 2004

Schmedding, Adolf; Engels, Eugen: Die Gesetze betreffend Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Münster: Verlag der Aschendorffschen Verlagsbuchhandlung, 1929

Staude: Die Stadt Halle 1891, Halle: Gebauer- Schwetschke'sche Buchdruckerei, 1891

Tullner, Mathias: Halle 1806 bis 2006. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 2007

Vögele, Jörg: Typhus und Typhusbekämpfung in Deutschland aus sozialhistorischer Sicht. In: Medizinhistorisches Journal 33 (1998), S.57-79

Vögele, Jörg: Der Auf- und Ausbau städtischer Gesundheitsverwaltungen während der Urbanisierung: zur Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert. In: Stukenbrock, Karin; Helm, Jürgen (Hgg): Stadt und Gesundheit soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 2006, S.64-80 (Forschungen zur hallischen Stadtgeschichte Band 9)

Vollmer, Regina: Säuglingsfürsorge in Halle (Saale) in der Zeit von 1895 bis 1913. In: Stukenbrock, Karin; Helm, Jürgen (Hgg): Stadt und Gesundheit soziale Fürsorge in Halle vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Halle: Mitteldeutscher Verlag, 2006, S.81-96 (Forschungen zur hallischen Stadtgeschichte Band 9)

Wehe, Günter Karl: Die Geschichte der Masern. Frankfurt: o. V., 1954

Anhang

Vereinbarung über das Untersuchungsamt zwischen der Preußischen Regierung und der Stadt Halle vom 25.09.1900:

„Zwischen der Stadtgemeinde Halle a. S. und der Königl. Vereinigten Friedrichs-Universität Halle- Wittenberg ist heute folgende Vereinbarung getroffen worden.

§ 1. Die Königliche Universität übernimmt die Verpflichtung, in Verbindung mit dem hygienischen Institut unter der Bezeichnung „städtisches Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten“ eine Untersuchungsstelle für ansteckende Krankheiten einzurichten, die allen praktischen und approbierten Aerzten im Stadtkreis Halle zugänglich sein und die Möglichkeit gewähren soll, von verdächtigen und zweifelhaften Krankheitsfällen herrührendes Material einer kostenfreien bakteriologischen Prüfung unterziehen zu lassen.

§ 2. Zur Einrichtung und Unterhaltung dieser Stelle zahlt die Stadtgemeinde an die Königliche Universität:

1. einmal 1000 Mk. Für die erste Einrichtung der Untersuchungsstelle mit Instrumenten u.s.w. sofort bei Abschluss dieser Vereinbarung,
2. jährlich im Anfang April im Voraus 3300 Mk., von denen 1200 Mk. Zur Remunerirung eines Assistenten, 600 Mk. Als Lohn eines Dieners, 1500 Mk. Zur Deckung der laufenden sachlichen Unkosten bestimmt sein sollen.

Die aus dem einmaligen Zuschuss von 1000 Mk. Beschafften Apparate und Instrumente sind städtisches Eigenthum.

§ 3. Die Vereinbarung ist mit dem 1. August 1900 in Kraft getreten.

Beiden Theilen steht das Recht zu, dieses Abkommen jährlich zu kündigen.“
(Untersuchungsamt Nr.1 Bd.1)

Die Aufgaben des Gesundheitsamtes waren folgende:

„I. Beobachtung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse, nach Bedarf in Verbindung mit dem zuständigen Dezernenten; Begutachtung der Bebauungs- und Baupläne; Wohnungspflege (ev. Wohnungsamt, Wohnungsinspektion).

II. Ärztlich- hygienische Überwachung der städtischen unmittelbar der Gesundheitspflege dienenden Anstalten (Kranken-, Siechenhäuser u. s. w.).

III. Ständige Untersuchung und Begutachtung bei der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfall- Beseitigung.

IV. Leitung der öffentlichen Säuglingsfürsorge, nach Bedarf in Verbindung mit privaten Organisationen (Vereinen u. s. w.), einschl. der Hygiene der künstlichen Ernährung, der gesundheitlichen Fürsorge der Zieh- und Pflegekinder.

V. Leitung des schulärztlichen Dienstes [...].

VI. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, nach Bedarf in Verbindung mit privaten Organisationen.

VII. Technische und epidemiologische Überwachung der Desinfektion (Kontrolle der Desinfektion).

VIII. Leitung des Untersuchungsamtes (Dezernat für dieses), welches folgende Abteilungen zu umfassen hat:

a) Beobachtungs- und Überwachungsabteilung für Infektiöse bzw. Infektions- Verdächtige,

b) Chemische Abteilung (einschl. Nahrungsmittel- Untersuchungsamt).

IX. Belehrung und Aufklärung der Bevölkerung.

Veranstaltung von hygienischen Kursen, Sammlung von Anschauungsgegenständen für hygienische Unterrichtszwecke (Hygiene- und Schulmuseum).“¹⁴³

¹⁴³ Untersuchungsamt Bd.1 Nr.1.

Reichsimpfgesetz vom 08.04.1874:

„ § 1.

Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden:

1. Jedes Kind vor dem Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugnis (§ 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 12. Lebensjahr zurückgelegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugnis in den letzten 5 Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist.

§ 2.

Ein Impfpflichtiger (§ 1), welcher nach ärztlichem Zeugnis 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 die Gefahr noch fortbesteht, hat in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt (§ 6) endgültig zu entscheiden.

§ 3.

Ist eine Impfung nach dem Urteil 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 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 bekanntzumachenden Orten und Tagen für die Bewohner des Impfbezirkes 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 gelegenen Impforte 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 ausgestellt. Über 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 Bundesrat festgestellt.

§ 8.

Außer den Impfarzten sind ausschließlich Ärzte befugt, Impfungen vorzunehmen. Sie haben über die ausgeführten Impfungen in der im § 7 vorgeschriebenen Form Listen zu führen und dieselben am Jahresabschluß der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 9.

Die Landesregierungen haben nach näherer Anordnung des Bundesrats 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 Liste zu führen.

Die öffentlichen Impfarzte sind verpflichtet, auf Verlangen Schutzpockenlymphe, soweit ihr entbehrlicher Vorrat reicht, an andere Ärzte unentgeltlich abzugeben.

§ 10.

Über jede Impfung wird nach der 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 Bundesrat bestimmt das für die vorgedachten Bescheinigung (§ 10) anzuwendende Formular.

Die erste Ausstellung der Bescheinigung erfolgt stempel- und gebührenfrei.

§ 12.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder sind gehalten, auf amtliches Erfordern mittelst der vorgeschriebenen Bescheinigung (§ 10) den Nachweis zu führen, daß die Impfung ihrer Kinder und Pflegebefohlenen erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grund unterblieben ist.

§ 13.

Die Vorsteher derjenigen Schulanstalten, deren Zöglinge dem Impfzwange 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 Besuchs 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 Verzeichnis derjenigen Schüler vorzulegen, für welche der Nachweis der Impfung nicht erbracht ist.

§ 14.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, welche nach § 12 ihnen obliegenden Nachweis zu führen unterlassen, werden mit einer Geldstrafe bis zu 20 Mark bestraft.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlene ohne gesetzlichen Grund und trotz erfolgter amtlicher Aufforderung der Impfung oder der ihr folgenden Feststellung (§ 5) entzogen geblieben sind, werden mit Geldstrafe bis zu 50 Mark oder mit Haft bis zu 3 Tagen bestraft.

§ 15.

Ärzte und Schulvorsteher, welche den durch § 8 Abs. 2, § 7 und durch § 13 ihnen auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, werden mit Geldstrafe bis zu 100 Mark bestraft.

§ 16.

Wer unbefugterweise (§ 8) Impfungen vornimmt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bis zu 14 Tagen bestraft.

§ 17.

Wer bei der Ausführung einer Impfung fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu 500 Mark oder mit Gefängnisstrafe bis zu 3 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 der Pockenepidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Schmedding, Engels (1929), S. 362-365.

Verhaltensvorschriften bei Impfungen aus dem Jahr 1907:

„A Für die Angehörigen der Erstimpflinge.

§ 1. Aus einem Haufe, in welchem ansteckende Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Kroup, Keuchhusten, Flecktyphus, rosenartige Entzündungen oder die natürlichen Pocken herrschen, dürfen die Impflinge zum allgemeinen Termine nicht gebracht werden.

§ 2. Die Eltern des Impflinges oder deren Vertreter haben einem Impfarzte vor der Ausführung der Impfung über frühere oder bereits bestehende Krankheiten des Kindes Mitteilung zu machen.

§ 3. Die Kinder müssen zum Impftermine mit reingewaschenem Körper und mit reinen Kleidern gebracht werden.

§ 4. Auch nach dem Impfen ist möglichst große Reinhaltung des Impflings die wichtigste Pflicht.

§ 5. Man versäume eine tägliche sorgfältige Waschung nicht.

§ 6. Die Nahrung des Kindes bleibe unverändert.

§ 7. Bei günstigem Wetter darf das Kind ins frei gebracht werden. Man vermeide im Hochsommer nur die heißesten Tagesstunden und die direkte Sonnenhitze.

§ 8. Die Impfstellen sind mit großer Sorgfalt vor dem Aufreiben, Zerkratzen und vor Beschmutzung zu bewahren; sie dürfen nur mit frisch gereinigten Händen berührt werden; zum Waschen der Impfstelle darf nur reine Leinwand oder Watte verwendet werden, welche ausschließlich zum Gebrauch für den Impfling bestimmt sein müssen.

Vor Berührung mit Personen, welche an eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose (Rotlauf) erkrankt sind, ist der Impfling sorgfältig zu bewahren, um die Uebertragung von Krankheitskeimen in die Impfstellen zu verhüten; auch sind die von solchen Personen benutzten Gegenstände von dem Impflinge fern zu halten. Kommen unter den Angehörigen des Impflinges, welche mit ihm denselben Haushalt teilen, Fälle von Krankheiten der obigen Art vor, so ist es zweckmäßig, den Rat eines Arztes einzuholen.

§ 9. Nach der erfolgreichen Impfung zeigen sich vom vierten Tage ab kleine Bläschen, welche sich in der Regel bis zum neunten Tage unter mäßigem Fieber vergrößern und zu erhabenen, von einem roten Entzündungshof umgebenen Schutzpocken entwickeln. Dieselben enthalten eine klare Flüssigkeit, welche sich am achten Tage zu trüben beginnt. Vom zehnten bis zwölften Tage beginnen die Pocken zu einem Schorfe einzutrocknen, der nach drei bis 4 Wochen von selbst abfällt.

Die erfolgreiche Impfung läßt Narben von der Größe der Pusteln zurück, welche mindestens mehrere Jahre hindurch deutlich sichtbar bleiben.

Die Pflegepersonen der Impflinge sind dringend davor zu warnen, die Impfstellen zufällig oder absichtlich zu berühren oder die in den Impfpusteln enthaltene auf Wunde oder mit Ausschlag behaftete Hautstellen oder in die Augen zu bringen. Haben sie die Impfstellen trotzdem berührt, so sollen sie nicht unterlassen, sich sogleich die Hände sorgfältig zu waschen. Die Impflinge dürfen nicht mit anderen Personen gemeinsam gebadet werden. Die weitere Benutzung des Wasch- und Badewassers sowie die Abtrockentücher für andere Personen ist zu unterlassen. Ungeimpfte Kinder und solche die an Ausschlag leiden, dürfen nicht mit Impflingen in nähere Berührung kommen, insbesondere nicht mit ihnen zusammen schlafen.

§ 10. Bei regelmäßigem Verlaufe der Schutzpocken ist ein Verband überflüssig, falls aber in der nächsten Umgebung derselben eine starke, breite Röte entstehen sollte, sind kalte, häufig zu wechselnde Umschläge mit abgekochtem Wasser anzuwenden, wenn die Pocken sich öffnen, ist ein reiner Verband anzulegen. Gebrauchte Watte und gebrauchtes Verbandszeug sind zu verbrennen.

Bei jeder erheblichen, nach der Impfung entstehenden Erkrankung ist ein Arzt zuzuziehen; der Impfarzt ist von jeder solcher Erkrankung, welche vor der Nachschau oder innerhalb von 14 Tagen nach derselben eintritt, in Kenntnis zu setzen.

§ 11. An den im Impftermine bekannt zu gebenden Tage erscheinen die Impflinge zur Nachschau. Kann ein Kind am Tage der Nachschau wegen erheblich Erkrankung, oder weil in dem Hause eine ansteckende Krankheit herrscht (§1) nicht in das Impflokal gebracht werden, so haben die Eltern oder deren Vertreter dieses spätestens am Termintage dem Impfarzt anzuzeigen.

§ 12. Der Impfschein ist sorgfältig aufzubewahren.

B. Für Wiederimpflinge.

§ 1. Aus einem Haufe, in welchem ansteckende Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Kroup, Keuchhusten, Flecktyphus, rosenartige Entzündungen oder die natürlichen Pocken herrschen, dürfen die Impflinge zum allgemeinen Termine nicht gebracht werden.

§ 2. Die Kinder sollen zum Impftermine mit reiner Haut, reiner Wäsche und in sauberen Kleidern erscheinen.

§ 3. Auch nach dem Impfen ist möglichst große Reinhaltung des Impflings die wichtigste Pflicht.

§ 4. Die Entwicklung der Impfpusteln tritt am 3. oder 4. Tage ein und ist gewöhnlich mit so geringen Beschwerden im Allgemeinbefinden verbunden, daß ein Versäumnis des Schulunterrichts deshalb nicht notwendig ist. Nur wenn ausnahmsweise Fieber eintritt, soll das Kind zu Hause bleiben. Stellen sich vorübergehende größere Röte und Anschwellung der Impfstellen ein, so sind kalte, häufig zu wechselnde Umschläge mit abgekochtem Wasser anzuwenden. Die Kinder können das gewohnte Baden fortsetzen. Das Turnen ist vom 3. bis 12. Tage von allen, bei denen sich Impfblattern bilden, auszusetzen. Die Impfstellen sind, solange sie nicht vernarbt sind, sorgfältig vor Beschmutzung, Kratzen und Stoß sowie vor Reibung durch enge Kleidung und vor Druck von außen zu hüten. Insbesondere ist der Verkehr mit solchen Personen, welche an eiternden Geschwüren, Hautausschlägen oder Wundrose (Rotlauf) leiden, und die Benutzung der von ihnen gebrauchten Gegenständen zu vermeiden.

Die Pflegepersonen der Impflinge sind dringend davor zu warnen, die Impfstellen zufällig oder absichtlich zu berühren oder die in den Impfpusteln enthaltene auf Wunde oder mit Ausschlag behaftete Hautstellen oder in die Augen zu bringen. Haben sie die Impfstellen trotzdem berührt, so sollen sie nicht unterlassen, sich sogleich die Hände sorgfältig zu waschen. Die Impflinge dürfen nicht mit anderen Personen gemeinsam gebadet werden. Die weitere Benutzung des Wasch- und Badewassers sowie die Abtrockentücher für andere Personen ist zu unterlassen. Ungeimpfte Kinder und solche die an Ausschlag leiden, dürfen nicht mit Impflingen in nähere Berührung kommen, insbesondere nicht mit ihnen zusammen schlafen.

§ 5. Bei jeder erheblichen, nach der Impfung entstehenden Erkrankung ist ein Arzt zuzuziehen; der Impfarzt ist von jeder solcher Erkrankung, welche vor der Nachschau oder innerhalb von 14 Tagen nach derselben eintritt, in Kenntnis zu setzen.

§ 6. An den im Impftermine bekannt zu gebenden Tage erscheinen die Impflinge zur Nachschau. Kann ein Kind am Tage der Nachschau wegen erheblicher Erkrankung, oder weil in dem Hause eine ansteckende Krankheit herrscht (§1) nicht in das Impflokal gebracht werden, so haben die Eltern oder deren Vertreter dieses spätestens am Termintage dem Impfarzt anzuzeigen.

§ 7. Der Impfschein ist sorgfältig aufzubewahren.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Gesundheitsamt: Kap. III Abt. E Nr. 2 Bd. 1.

Thesen

1. In den ersten 20 Jahren des betrachteten Zeitraumes war die Anzahl der Personen, die an Infektionskrankheiten starben, sehr hoch. In den statistischen Jahresberichten wurden die Personen erfasst, die an Masern, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Diphtherie, Keuchhusten, Typhus, Ruhr, Kindbettfieber und Influenza starben. Der Anteil der an diesen Krankheiten gestorbenen Personen lag im Vergleich zur gesamten Mortalitätsrate häufig über 20%.
2. Mit der Errichtung einer Desinfektionsanstalt nach dem neuesten Wissensstand im Jahr 1893 war es möglich, Desinfektionen systematischer, gründlicher und vor allem umfangreicher durchzuführen. Kleidung und Textilien, die vor Ort nicht gründlich genug desinfiziert werden konnten, wurden zur Dampfdesinfektion in die Desinfektionsanstalt gebracht. Dies bewirkte einen größeren Schutz der Bevölkerung vor einer Ausbreitung von Infektionskrankheiten.
3. Ursprünglich nur für das Stadtgebiet Halle errichtet, erweiterte ab dem Jahr 1904 das Untersuchungsamt sein Einzugsgebiet auf die Regierungsbezirke Merseburg und Erfurt sowie das Herzogtum Anhalt. Jährlich stieg die Anzahl der zu untersuchenden Proben an, da viele Krankenhaus- und Privatärzte es zu schätzen wussten, eine sichere Diagnose gestellt zu bekommen. Durch diese Sicherheit war es viel besser möglich, den Patienten gezielt zu behandeln, zu isolieren und nach Ende der Krankheit seine Umgebung zu desinfizieren.
4. Am 07. Oktober 1907 wurde das Gesundheitsamt gegründet. Durch eine öffentliche Sprechstunde, die die Bevölkerung wöchentlich viermal besuchen konnte, Vorträge über gesundheitsbewusstes Verhalten, Prüfung der Wasserqualität, Begutachten der Wohnverhältnisse, Überwachung der Desinfektion und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erfuhr das öffentliche Gesundheitswesen der Stadt Halle eine erhebliche Verbesserung.

5. 1908 wurde in Halle die Stelle des Schularztes eingerichtet. Der Schularzt kontrollierte mehrmals jährlich die Schulräume und die Toiletten auf ihre hygienischen Zustände. Außerdem untersuchte er fortlaufend die Schulkinder. Dadurch waren sie während ihrer gesamten Schulzeit gesundheitlich gut betreut.
6. Es bestand die Pflicht dem Schularzt alle Verdachtsfälle von Infektionskrankheiten zu melden. Außerdem untersuchte er selbst jedes Kind bei der Einschulung auf ansteckende Krankheiten. Dadurch wurde die Ausbreitung der Infektionskrankheiten durch die Schule stark eingedämmt.
7. Durch das Untersuchungsamt wurden die Krankheiten Diphtherie, Typhus, Influenza und die Krankheitserreger Meningokokken, Pneumokokken, Streptokokken und Staphylokokken nachgewiesen. Dies zeigt, dass auch in Halle die Fortschritte der Bakteriologie bezüglich einer genauen Diagnostik umgesetzt wurden.
8. Auch die Fortschritte in der Prophylaxe wurden in Halle umgesetzt. So wurden alle Kinder gegen Pocken geimpft und jeder Diphtherieerkrankte bekam das Diphtherieheilserum, was ab 1895 zu einem Rückgang der Sterblichkeitsrate führte.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Vogel
Geburtsname: Arnold
Vorname: Jana
Geburtsdatum: 26.09.1985
Geburtsort: Grimma
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet, ein Kind

Schulbildung:

1992-1996 Grundschule Leipzig
1996-2004 Gymnasium St. Augustin zu Grimma

Studium:

2004-2011 Studium der Humanmedizin, Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
10/2009-02 2010 Freisemester zum Schreiben meiner Promotionsarbeit
04/2011 Staatsexamen

Berufserfahrung:

seit 08/2011 Assistenzärztin der Pädiatrie
Helios Krankenhaus Leisnig

Sprachkenntnisse:

Englisch: fließend in Wort und Schrift
Russisch: Grundkenntnisse in Wort und Schrift
Latinum

Sonstiges:

07/2004-11/2007 Offiziersanwärter im Sanitätsdienst der Bundeswehr

Altleisnig, April 2013

Jana Vogel

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertation selbst verfasst habe und keine anderen als die darin angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Ich versichere, dass ich diese Arbeit bisher an keiner anderen Universität oder Hochschule vorgelegt habe.

Altleisnig, April 2013

Jana Vogel

Danksagung

In der langen Zeit, in der ich meine Dissertation verfasst habe, habe ich die Unterstützung vieler Menschen in Anspruch genommen, ohne die eine Realisierung der Arbeit nur schwer möglich gewesen wäre und bei denen ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchte.

Mein größter Dank gilt meinem Betreuer Professor Neumann, der mir jederzeit mit kritischen Anmerkungen und hilfreichen Ratschlägen zur Seite stand.

Weiterhin möchte ich den Mitarbeitern des Stadtarchives Halle, des Universitätsarchives Halle und der Nationalbibliothek Leipzig danken, an die ich mich immer gern mit Fragen wenden durfte.

Außerdem möchte ich Frau Adam, der Sekretärin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin danken. Sie hat mir bei allen organisatorischen Problemen weiter geholfen.

Besonderen Dank richte ich auch an meine fleißigen Korrekturleser, die sich die Mühe gemacht haben, meine Arbeit vollständig zu lesen und mit Korrekturvorschlägen zu versehen. Nicht zu vergessen ist hierbei die tatkräftige Unterstützung meines Bruders bei allen Problemen, die die Word- und Excel Programme betrafen.

Zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie für ihre ständige Begleitung und Unterstützung bedanken.