

**Die Bekämpfung der Kinderlähmung in Württemberg
1950 bis 1965 unter besonderer Berücksichtigung der Stadt
Stuttgart**

Wissenschaftliche Arbeit im Fach Geschichte

vorgelegt von

Melanie Pusel

aus Radolfzell

Stuttgart, Januar 2006

Danksagung

Liebe Leserin, lieber Leser,

Kinderlähmung – wer kennt noch diese Krankheit?

Wir, die Betroffenen, müssen uns heute noch bzw. wieder mit den Spätfolgen dieser schrecklichen Krankheit, dem Post-Polio-Syndrom (PPS), auseinandersetzen. Kinderlähmung gibt es noch, die Welt ist immer noch nicht frei von Polioviren. Deshalb appellieren wir eindringlich an die Öffentlichkeit:

*Übernehmen Sie Verantwortung für sich und Ihre Kinder
und denken Sie an Ihren Impfschutz - geben Sie Kinderlähmung keine Chance!*

Frau Pusel hat sich diesem Thema im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit gewidmet – dafür sind wir ihr sehr dankbar.

Wir bitten Sie alle, uns bei unserer Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen und alles dazu beizutragen, dass wir doch eines Tages sagen können:

Die Welt ist frei von Polio!

Landesverband Baden-Württemberg des BV Polio e.V.
Interessengemeinschaft von Personen mit Spinaler Kinderlähmung und deren Spätfolgen, dem Post-Polio-Syndrom (PPS)



Siegfried Spliesgart
Landessprecher/Öffentlichkeitsarbeit

Ingrid Hübner
Stv. Landessprecher

Lore Bohner
Stv. Öffentlichkeitsarbeit

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
1.1	Thema	2
1.2	Fragestellungen.....	5
1.3	Quellen und Quellenkritik	6
1.4	Forschungsstand	9
1.5	Aufbau der Arbeit und Begründung	11
2	Die Kinderlähmung	12
2.1	Krankheitsbild	12
2.2	Die Entwicklung der Polio-Forschung	14
2.3	Polio-Epidemien	20
3	Die Bekämpfung der Kinderlähmung in Stuttgart/Württemberg	22
3.1	1950 bis 1956	22
3.2	Salk-Impfungen 1957 bis 1961	35
3.3	Impfungen nach Sabin	48
4	Die Behandlung und Nachbehandlung der Kinderlähmung.....	61
4.1	Behandlung der akuten Atemlähmung	61
4.2	Die Behandlung und Nachbehandlung von motorischen Lähmungen	68
5	Schlussbetrachtung	77
6	Quellen- und Literaturverzeichnis.....	81
6.1	Unveröffentlichte Quellen	81
6.2	Veröffentlichte Quellen und Literatur	81
6.2.1	Zeitgenössische Veröffentlichungen	81
6.2.2	Veröffentlichungen nach 1965	84
6.2.3	Internetquellen	86

1 Einleitung

1.1 Thema

Bis heute ist die Kinderlähmung, wenn sie auch seit einigen Jahren in Deutschland und in ganz West-Europa nicht mehr aufgetreten ist, ein Thema, mit dem sich verschiedene Organisationen und Verbände beschäftigen. Ein Grund hierfür ist, dass sie weiterhin in vielen Ländern Opfer fordert. Vielerorts ist die Bekämpfung erfolgreich, gerade weil die Krankheit, obwohl sie die Industrienationen heute nicht mehr betrifft, noch immer im Bewusstsein derer steckt, die sich weltweit dem Kampf gegen Infektionskrankheiten verschrieben haben. Seit 1988 wird weltweit gemeinsam gegen die Poliomyelitis vorgegangen. Die *World Health Organization*, das UN-Kinderhilfswerk *UNICEF*, die US-amerikanische Gesundheitsbehörde *CDC* sowie *Rotary International* haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Kinderlähmung weltweit auszurotten. Der Erfolg dieser sogenannten „Polio-Plus“ Kampagne ist beachtlich: 1988 erkrankten noch 350.000 Menschen in 125 Ländern an Kinderlähmung. Bis 2001 konnte die Zahl der Polio-Infektionen um 99 Prozent gesenkt werden: Es erkrankten in jenem Jahr 480 Menschen in zehn Ländern. Der Rückgang der Morbiditätszahlen ist vor allem den umfassenden Massenimpfungen zu verdanken, die im Rahmen der „Polio-Plus“ Kampagne weltweit durchgeführt wurden. Heute tritt die Polio nur noch in sechs Ländern auf: In Nigeria, Niger, Ägypten, Indien, Pakistan und Afghanistan. Die Impfteams treffen in diesen Ländern jedoch häufig auf problematische Verhältnisse. Einerseits bereitet ihnen der Transport des Impfstoffes in abgelegene Regionen Schwierigkeiten, da die Kühlkette unterwegs nicht unterbrochen werden darf. Andererseits treffen die Impfteams manchmal auf Vorurteile gegen westliche Ärzte und Medizin; im islamischen Teil Nigerias führte dies beispielsweise zu einer Weigerung zahlreicher Eltern, ihre Kinder impfen zu lassen. Trotz dieses Rückschlags ist die Hoffnung, die Seuche in den nächsten Jahren weltweit auszurotten zu können, ungebrochen.¹

Die Aktualität der Poliomyelitis hat eine weitere Ursache: In den westlichen Ländern gilt die Seuche zwar heute als ausgerottet; in Form des sogenannten „Post-Polio-Syndroms“ gewinnt sie jedoch seit einiger Zeit wieder an Bedeutung. Dabei treten nach 30 bis 40

¹ Zu näheren Informationen über die „Polio-Plus“ Kampagne vgl. Eva-Maria Pirro: Der Weg von der Entdeckung des Erregers der Poliomyelitis bis zu dessen Eradikation dank der Impfung. Ein medizinisch-historischer Rückblick, Diss. Homburg 2003; http://verlag.rotary.de/de/extra/Polio/polio_index.php (letzter Zugriff am 18.10.2005); <http://www.who.int/features/2004/polio/en/> (letzter Zugriff am 18.10.2005)

Jahren bei ehemaligen Polio-Patienten erneut gesundheitliche Probleme auf. Ständige Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Muskelschwäche sind die häufigsten Symptome. Hinzu kommen bei einigen Betroffenen Schlafstörungen sowie Atem- und Schluckbeschwerden. Schätzungen zufolge sind allein in Deutschland 60.000 bis 100.000 Menschen von den Spätfolgen der Polio betroffen.² Genauere Zahlen sind unter anderem auf Grund der unspezifischen Symptome nur schwer zu erfassen. Die Diagnose des Post-Polio-Syndroms wird außerdem durch die Tatsache erschwert, dass es bis heute keine spezifischen Testverfahren gibt, die das Vorliegen einer solchen Erkrankung beweisen oder ausschließen könnten. Auch die Therapie des Post-Polio-Syndroms gestaltet sich schwierig. Eine medikamentöse Behandlung kann zwar teilweise die Schmerzsymptome lindern, jedoch keine Verbesserung des Krankheitszustands bewirken. Eine auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene Krankengymnastik kann in einigen Fällen die Kraft einzelner Muskelgruppen sowie auch die allgemeine Leistungsfähigkeit wieder verbessern. In allen Fällen aber hat das Auftreten des Post-Polio-Syndroms für die Patienten eine Umstellung des Alltags zur Folge. Dies bedeutet für manche Patienten den Verzicht auf körperlich anstrengende Tätigkeiten, für andere bedeutet es, auf einen Rollstuhl oder andere orthopädische Hilfsmittel angewiesen zu sein.³

Die akute Kinderlähmung breitete sich in Deutschland in epidemischer Form nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs aus. Die „neue Krankheit“, die bis dahin vor allem in Nordamerika und Skandinavien verbreitet war, trat seit dieser Zeit auch in der Bundesrepublik immer häufiger in Form von kleineren Epidemien in Erscheinung. Dabei stand die Kinderlähmung wie kaum eine andere Krankheit im Zentrum des öffentlichen Interesses. Welche Gründe hatte das? Zum einen war es wohl die Tatsache, dass die Krankheit sich scheinbar wahllos ihre Opfer herausgriff. Dabei konnten die Symptome praktisch über Nacht auftreten. Zum anderen waren es die möglichen schweren Folgen der Erkrankung. Viele Menschen behielten für immer Lähmungen zurück. Traten Atemlähmungen auf, waren die Patienten sogar vom Tode bedroht. Was ebenfalls zum Schrecken der Kinderlähmung beitrug, war die Hilflosigkeit der Ärzte, die gerade im akuten Stadium wenig für den Patienten tun konnten.⁴

² Vgl. Von der Polio eingeholt, in: Stuttgarter Nachrichten, 20.04.2005.

³ Vgl. M. Tröger: Das Post-Polio-Syndrom, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2001), S.3-7; Lauro Halstead: Das Post-Polio-Syndrom, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2000), S. 6-11.

⁴ Vgl. HStAS, EA 2/009, 2215 IV, Vortrag „Der einzelne Mensch, Familie, Staat und die Kinderlähmung“ von Th. Brehme, gehalten auf der Ausstellung „Du und Deine Gesundheit“ in Köln, 26.10.1956; Noeldechen:

Württemberg war erstmals 1950 von einer solchen kleineren Epidemie betroffen, in der 354 Personen an der Kinderlähmung erkrankten.⁵ Die Gesundheitsbehörden waren plötzlich vor die Aufgabe gestellt, die Krankheit zu bekämpfen sowie die bereits Erkrankten bestmöglich zu versorgen. Die Bemühungen, Epidemien durch verstärkte Hygiene-Maßnahmen vorzubeugen, werden in der vorliegenden Untersuchung ebenso ein Thema sein wie die einzelnen Impfkationen, die 1957 mit einem Impfstoff des amerikanischen Forschers Jonas Salk begannen, und ab 1962 mit dem von Albert Sabin entwickelten Lebendimpfstoff fortgeführt wurden. Auch die Reaktionen der Öffentlichkeit auf diese Maßnahmen und auf die Krankheit im Allgemeinen werden dabei näher beleuchtet. Hinsichtlich der Behandlungsmethoden werden diejenigen untersucht, die bei den schwerwiegendsten Symptomen einer Polio-Erkrankung, nämlich bei Atemlähmung sowie motorischen Lähmungen, zur Anwendung kamen.

Das Jahr 1950 bietet einen geeigneten Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung, da die Krankheit in diesem Jahr in Württemberg zum ersten Mal in epidemischer Form auftrat. Die zeitliche Eingrenzung auf das Jahr 1965 resultiert aus der Tatsache, dass der Lebendimpfstoff des amerikanischen Virologen Albert Sabin, der ab 1962 in Deutschland durch Massenimpfungen verabreicht wurde, innerhalb weniger Jahre die Kinderlähmung in Württemberg sowie in der gesamten Bundesrepublik eindämmen konnte. Die geographische Begrenzung der Untersuchung auf die Region Württemberg bzw. auf die Stadt Stuttgart, hat folgende Gründe: Besonders in den Jahren 1950 bis 1961 oblag die Durchführung der Bekämpfung und die Behandlung der Kinderlähmung vor allem den örtlichen Behörden. Wichtige Entscheidungen wurden meist vor Ort getroffen. Ein landesweit oder gar bundesweit einheitliches Programm zur Ausrottung der Kinderlähmung gab es zu jener Zeit nicht. Deshalb steht die Vorgehensweise der Stadt Stuttgart hinsichtlich der Bekämpfung der Krankheit im Zentrum. Erst mit dem Beginn der Diskussion um die Lebendimpfung und deren Einführung 1962 änderte sich die Organisation der Poliobekämpfung. Ein landesweit weitgehend einheitliches Vorgehen sollte sicherstellen, dass eine umfassende Immunisierung der Bevölkerung erreicht wird.

Die „Mitwirkung“ der Öffentlichkeit beim Auftreten von Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 15 (1953/54), S. 29f.

⁵ Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 1.-46. Woche 1950, in Südwestdeutsches Ärzteblatt 5, 1950; Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 47.-52. Woche 1950, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 6, 1951.

1.2 Fragestellungen

Im Folgenden soll gezeigt werden, wie die Bevölkerung, die Regierung und die Gesundheitsbehörden auf das Auftreten der Kinderlähmung reagierten. Welche Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit boten sich; welche dieser Maßnahmen wurden realisiert?

Eine der wichtigsten Maßnahmen im Untersuchungszeitraum war die Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen der Krankheit, über Präventionsmaßnahmen, Symptome und das Verhalten im Falle einer Infektion. Dabei soll herausgestellt werden, in welchem Maße und auf welche Weise diese Aufklärung stattfand.

Untersucht werden aber auch weitergehende Maßnahmen der Gesundheitsbehörden wie die Einführung sogenannter „Absperrmaßnahmen“, welche die Zunahme von Neuerkrankungen oder das Wandern von Infektionsherden unterbinden sollten. Ebenfalls soll überprüft werden, ob während einer Epidemie Reiseverbote ausgesprochen, Veranstaltungen abgesagt und Schulen oder Kindergärten geschlossen wurden. Hierbei ist nicht nur interessant, in wieweit solche Maßnahmen seitens der Gesundheitsbehörden durchgeführt, sondern auch, ob sie seitens der Bevölkerung gefordert wurden, oder ob diese solchen Maßnahmen gegenüber eher skeptisch eingestellt war.

Analysiert werden auch die geführten Diskussionen über die Einführung der Impfungen, in denen sowohl Politiker und Medizinexperten als auch die Bevölkerung ihre Bedenken und Hoffnungen, die sie mit den Impfstoffen verbanden, äußerten. Zum einen soll gezeigt werden, wie der politische Entscheidungsfindungsprozess bezüglich der Salk-Impfung und der Impfung nach Sabin aussah. Es wird aber auch Gegenstand der Analyse sein, inwiefern die Frage der Impfung gegen die Kinderlähmung in der öffentlichen Diskussion eine Rolle spielte.

Gegenstand der Arbeit ist außerdem die Frage nach der Akzeptanz der Impfung ab 1957 seitens der Bevölkerung. Dazu werden Zahlen herangezogen, die beleuchten, wie hoch die Impfbeteiligung in Stuttgart sowie in ganz Württemberg war. Der Impferfolg wird außerdem in direktem Zusammenhang mit einem weiteren Aspekt der Gesundheitspolitik untersucht: der Kostenfrage. Es ist zu klären, ob im Zuge der Polio-Impfung ein enger Zusammenhang zwischen der Übernahme der Kosten durch einen öffentlichen Kostenträger und einer steigenden Impfbeteiligung besteht. Daneben muss aber auch nach weiteren Ursachen für eine niedrige bzw. hohe Impfbeteiligung gesucht werden. So könnten etwa ein Misstrauen gegen die neue Impfung oder auch organisatorische Schwierigkeiten Gründe für eine geringe Impfbeteiligung sein. Auf der anderen Seite

könnten umfassende Werbung und ein einheitliches Vorgehen der Behörden den Erfolg einer Impfkation gefördert haben.

Neben den Maßnahmen zur Bekämpfung der Seuche soll auch die Behandlung der Krankheitserscheinungen, wie motorische Lähmungen und Atemlähmungen, untersucht werden. Dabei werden vor allem die Bemühungen der öffentlichen Hand, eine bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten, im Mittelpunkt stehen. Die Schaffung von Behandlungszentren ist hier ein zentraler Aspekt. Daneben wird auch die Frage nach der Übernahme der meist sehr hohen Behandlungskosten ein Thema sein.

1.3 Quellen und Quellenkritik

Die vorliegende Arbeit basiert auf unterschiedlichen Quellen. An erster Stelle ist die zeitgenössische medizinische Fachliteratur zu nennen, die zwar in den meisten Fällen wenig auf die regionalen Besonderheiten bei der Bekämpfung bzw. Behandlung der Kinderlähmung eingeht, zumindest aber Einblicke in den damaligen medizinischen Forschungsstand gibt. Außerdem ermöglichte die Auswertung dieser Quellengruppe Aufschlüsse über die Diskussionen über Bekämpfungs- und Behandlungsmethoden innerhalb der Ärzteschaft. Unter den Zeitschriften wurden für diese Untersuchung unter anderem das *Südwestdeutsche Ärzteblatt* bzw. dessen Nachfolger, das *Ärzteblatt für Baden-Württemberg* herangezogen. Ergiebig war auch die Auswertung der Zeitschrift *Der öffentliche Gesundheitsdienst*. Diese Monatszeitschrift war das Organ verschiedener Organisationen, darunter auch die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung*. Auch die *Ärztliche Wochenschrift* sowie das *Bundesgesundheitsblatt* enthielten Artikel, deren Analyse in die vorliegende Arbeit eingeflossen sind. Neben den Zeitschriften wurden auch andere medizinische Fachpublikationen ausgewertet. Zu nennen ist hier insbesondere das „Ärztemerkheft des Deutschen Grünen Kreuzes zur Poliomyelitis“⁶, das von Th. Brehme herausgegeben wurde. Weiter erwiesen sich die von der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* erarbeiteten Richtlinien für den Umgang mit der Krankheit als wichtig, da diese den Soll-Zustand und somit die Ziele der Bekämpfung der Seuche aufzeigen.

Entscheidend für die Darstellung der Rolle der Gesundheitspolitik in der Bekämpfung und Behandlung der Poliomyelitis waren die Protokolle der Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg. In diesem Schrifttum wird vor allem deutlich, dass die hohen Kosten

⁶ Die Poliomyelitis. Aetiologie, Epidemiologie, Klinik, allgemeine Verhütung und Schutzimpfungen (Ärztemerkheft des Deutschen Grünen Kreuzes), hg. v. Th. Brehme, Köln, Berlin 1958.

für die Bekämpfung und Behandlung der Krankheit in der Gesundheitspolitik eine zentrale Rolle spielten.

Weitere gedruckte Quellen, die zur Untersuchung herangezogen wurden, waren die Schriften von Impfgegnern. Deren Aussagekraft war jedoch begrenzt, da zum einen keine der Schriften in Württemberg verfasst wurde und zum anderen nicht nachvollziehbar war, ob bzw. in welchem Ausmaß diese Schriften in der Region verbreitet waren.

Der Grundpfeiler der vorliegenden Arbeit ist die Auswertung der ungedruckten Quellen, die größtenteils aus dem Stadtarchiv Stuttgart, aber auch aus dem Hauptstaatsarchiv Stuttgart stammen. Im Stadtarchiv wurden vor allem die Bestände der Hauptaktei und des Gesundheitsamts der Stadt Stuttgart untersucht. Diese beinhalten zahlreiche Akten vor allem zur Bekämpfung der Kinderlähmung, die ausgewertet wurden. Als weniger ergiebig erwiesen sich in beiden Archiven die Angaben zur Behandlung und Nachbehandlung der Erkrankten.

In den Beständen des Gesundheitsamts im Stadtarchiv fanden sich unter anderem die Aktennotizen und Korrespondenzen der Behörde, Presseberichte, Merkblätter und Aufklärungsschriften für die Ärzteschaft und Bevölkerung sowie amtliche Verlautbarungen. Die Auswertung dieser Quellen war jedoch nicht einfach. Aktennotizen geben beispielsweise meist nur die subjektive Sicht des Notierenden wieder. Die Briefe, die die Leitung des Gesundheitsamts erreichten, besonders sind hier die Anfragen von Privatpersonen gemeint, hatten meist einen persönlichen und somit ebenfalls subjektiven Inhalt. Andererseits bieten diese Notizen und Briefe eine einzigartige Möglichkeit, das Bild der Krankheit in der Öffentlichkeit sowie die Sicht der zuständigen Medizinalbeamten näher zu beleuchten.

Genauso problematisch, wenn auch aus anderen Gründen, ist der Umgang mit Presseberichten. Auch diese können nie ein objektives Bild einer Situation abgeben. Häufig werden sie gezielt genutzt, um die öffentliche Meinung zu beeinflussen. Gerade hinsichtlich der Kinderlähmung zielte die Berichterstattung vor allem mancher Boulevard-Blätter darauf, in der Bevölkerung Panik zu schüren. Aber auch Berichte der seriösen lokalen Tageszeitungen mussten kritisch hinterfragt werden. Dennoch erwiesen sich Presseberichte für diese Arbeit als unverzichtbar, da sie in einigen Fällen die einzigen Quellen waren, anhand derer sich ein Bild der Situation in Württemberg zeichnen ließ.

Unter den Materialien des Bestandes der Hauptaktei sind besonders die Niederschriften über die Verhandlungen der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart erwähnenswert.

Diese zeigen, welche Maßnahmen die Stadt Stuttgart unabhängig von den Maßnahmen des Landes in der Frage der Bekämpfung der Kinderlähmung ergriffen hat.

Im Hauptstaatsarchiv Stuttgart konnten in den Beständen des Innenministeriums des Landes Baden-Württemberg vor allem die die Kinderlähmung betreffende Korrespondenz ausgewertet werden. Auch sind Anfragen von Privatpersonen an das Innenministerium bezüglich dessen Maßnahmen gegen die Seuche zu nennen. Bei diesem Bestand ist man mit denselben methodischen Problemen konfrontiert ist wie beim Schriftverkehr des Gesundheitsamts. Daneben wurden aus den Beständen des Hauptstaatsarchivs ebenfalls die Pressemitteilungen des Innenministeriums untersucht. Eine weitere wichtige Quelle waren die verschiedenen Plakate der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung*, die in der Öffentlichkeit für die Impfkationen werben sollten. Leider sind nur wenige Plakate in den Beständen der Archive vorhanden.

Die Aktenlage macht folgendes deutlich: In der ersten Phase der Bekämpfung der Seuche von 1950 bis 1956 sind die Dokumente, welche die Stadt Stuttgart betreffen, sehr umfangreich. Entscheidungen, beispielsweise über Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung, wurden in dieser Phase „vor Ort“, d. h. von städtischen Behörden, entschieden. In der zweiten Phase, also der Zeit der Salk-Impfungen von 1957 bis 1961, verlagerte sich die Entscheidungstätigkeit vor allem auf das Land. Die Schriftstücke, die ausschließlich die Region Württemberg und die Stadt Stuttgart betreffen, sind hierzu weniger zahlreich. Das bundesweit weitestgehend einheitliche Vorgehen in der dritten Phase, der Phase der Lebendimpfung nach Sabin, spiegelt sich ebenfalls in der Aktenlage wider.

Generell ist ebenfalls festzustellen, dass die Quellen, die sich mit den verschiedenen Schutzimpfungen gegen die Kinderlähmung befassen, weitaus zahlreicher sind als jene, welche die Behandlung und Nachbehandlung der motorischen Lähmungen bzw. Atemlähmungen zum Inhalt haben. Die wenigen Akten, die sich hierzu finden ließen, decken hauptsächlich den Zeitraum von 1950 bis 1957 ab. Der Grund dafür könnte sein, dass die neuen Möglichkeiten, die durch die Impfungen zunächst nach Salk, dann nach Sabin, gegeben waren, die Probleme der Behandlung und Nachbehandlung zunächst verdrängten. Die abnehmende Zahl der Neuerkrankungen ließ schließlich ab 1962 die Bedeutung der Versorgung von Polio-Patienten tatsächlich in den Hintergrund treten; dank des Erfolgs der Schluckimpfungen gab es schlicht weniger Patienten.

Quellen, welche die Krankheit aus Patientensicht beschreiben, liegen für den untersuchten Zeitraum in Stuttgart und Württemberg nicht vor. Auch das Bild der Krankheit in der

Öffentlichkeit konnte anhand der zur Verfügung stehenden Materialien nicht ausreichend untersucht werden. Die einzigen Anhaltspunkte hierzu boten Presseberichte der regionalen Tageszeitungen.

Die Arbeit wurde außerdem erschwert durch die Tatsache, dass einige Akten der beiden Archive noch der gesetzlichen Sperrfrist unterliegen. Besonders interessant für die vorliegende Untersuchung wären die Beschreibungen einzelner Patientenschicksale gewesen, die in den Beständen des Gesundheitsamts Stuttgart im Stadtarchiv vorhanden, aber leider noch gesperrt sind.

Eine tiefergehende Untersuchung der Öffentlichkeitsarbeit der Behörden wäre wünschenswert gewesen, konnte jedoch auf Grund der Aktenlage nicht realisiert werden. Einzelne Werbeplakate sind zwar im Hauptstaatsarchiv Stuttgart vorhanden. Eine vollständige Zusammenstellung der Plakate über die Kinderlähmung existiert jedoch weder in den beiden Archiven noch in der Plakatsammlung des Landtags von Baden-Württemberg.

1.4 Forschungsstand

In der deutschsprachigen Medizingeschichte war die Krankheit Kinderlähmung lange Zeit ein völlig unerforschtes Gebiet. Selbst in Stefan Winkles umfangreicher „Kulturgeschichte der Seuchen“⁷ wird die Poliomyelitis nicht thematisiert. Eine Gesamtdarstellung zur Geschichte der Polio in Deutschland liegt bislang nicht vor.

Eine Darstellung der Poliomyelitis-Situation im Berlin der Nachkriegszeit bietet ein Ausschnitt der Monographie von Andreas Dinter mit dem Titel „Seuchenalarm in Berlin“. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Berliner Epidemie des Jahres 1947. Dinter untersucht hierzu vor allem Bekämpfungs- und Behandlungsmaßnahmen der Berliner Ärzte und Gesundheitsbehörden.⁸

Im vergangenen Jahr leistete Ulrike Lindner mit ihrer Dissertation „Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit“ einen weiteren Beitrag zur Geschichte der Kinderlähmung. Sie setzt sich vor allem mit den gesundheitspolitischen Aspekten der Krankheit auseinander. Dabei

⁷ Stefan Winkle: Geisseln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, Zürich 1997.

⁸ Andreas Dinter: Seuchenalarm in Berlin. Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg (Geschichte(n) der Medizin Bd. 2), Berlin 1999.

untersucht sie die gesundheitspolitische Situation in der Bundesrepublik sowie in Großbritannien und stellt sie in direkten Vergleich.⁹

Die Dissertation von Eva-Maria Pirro, deren Titel „Der Weg von der Entdeckung des Erregers der Poliomyelitis bis zu dessen Eradikation dank der Impfung“ einen medizinisch-historischen Rückblick verspricht, beschäftigt sich jedoch tatsächlich vor allem mit den höchst aktuellen Versuchen der WHO und anderer Organisationen, die Welt endgültig von der Poliomyelitis zu befreien.¹⁰

Von Jochen Aumiller stammt eine Dissertation, die sich unter anderem mit den Werbekampagnen für die Polio-Schluckimpfung beschäftigt. Aumiller analysiert die Bemühungen vor allem der bayerischen Landesregierung, die Bevölkerung zur Teilnahme an den Impfungen zu bewegen.¹¹

Von diesen Arbeiten abgesehen, stammt fast die gesamte Literatur zur Kinderlähmung aus dem amerikanischen Raum.¹² Maßgebend ist hier die Monographie „Dirt and Disease. Polio before FDR“ von Naomi Rogers. Sie enthält wichtige Hinweise zur Entwicklung der Polio-Forschung sowie zu Maßnahmen der amerikanischen Behörden zur Bekämpfung der Seuche. Vor allem aber analysiert Rogers, wie die soziale Konstruktion der Poliomyelitis in den Vereinigten Staaten zustande kam. Sie zeigt, dass zu Beginn des 20. Jahrhunderts besonders Arbeiter und Immigranten als Träger der Seuche galten.¹³

Ferner ist die Monographie von Jane S. Smith zu den Salk-Impfungen in den USA zu nennen. Diese umfasst sowohl eine Darstellung der Forschungen von Jonas Salk als auch gesundheitspolitische Aspekte der Bekämpfung der Polio mittels Impfung.¹⁴

Mit der Bekämpfung der Kinderlähmung in den USA in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts beschäftigt sich auch die Darstellung von Tony Gould „A summer plague“. Außerdem kommen in diesem Band Poliobetroffene in England und den USA zu Wort, die von ihren Erfahrungen mit der Krankheit berichten.¹⁵

⁹ Ulrike Lindner: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London, Band 57), München 2004.

¹⁰ Eva-Maria Pirro: Der Weg von der Entdeckung des Erregers der Poliomyelitis bis zu dessen Eradikation. Ein medizinisch-historischer Rückblick, Diss. Homburg/Saar 2003.

¹¹ Jochen Aumiller: Werbung in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der „Impfkampagnen“ gegen die Poliomyelitis, Diss. München 1970.

¹² Lindner erklärt dies mit den Tatsachen, dass die medizinische Polio-Forschung fast ausschließlich in den USA stattfand und außerdem die dortigen Polio-Epidemien bereits zu einem früheren Zeitpunkt begonnen hatten und weitaus größere Ausmaße annahmen als in Europa, vgl. Lindner, S. 27f.

¹³ Naomi Rogers: Dirt and Disease. Polio before FDR, New Brunswick 1992.

¹⁴ Jane A. Smith: Patenting the Sun. Polio and the Salk Vaccine, New York 1990.

¹⁵ Tony Gould: A Summer Plague. Polio and its Survivors, New Haven, London 1995.

Eine umfassende Abhandlung der Geschichte der Kinderlähmung in den Vereinigten Staaten bietet außerdem John R. Pauls „A History of Poliomyelitis“. Paul bietet einen Überblick über die Entwicklung der verschiedenen Behandlungsmethoden sowie eine detaillierte Darstellung der Impfstoffforschungen von Jonas Salk und Albert Sabin. Die Patientenperspektive wird allerdings nicht berücksichtigt.¹⁶

1.5 Aufbau der Arbeit und Begründung

Im Folgenden wird nun zunächst die Krankheit selbst im Mittelpunkt stehen, da es für eine medizinhistorische Untersuchung unerlässlich ist, sich auch mit den medizinischen Aspekten einer Krankheit auseinander zu setzen. Außerdem wird die damalige und heutige Verbreitung der Krankheit beschrieben. Auch eine kurze Beschreibung der Geschichte der Polio-Forschung darf in diesem Zusammenhang nicht fehlen, da sie eine Grundlage für die nachfolgenden Kapitel bildet.

Im Anschluss daran steht die Bekämpfung der Kinderlähmung in Württemberg und besonders in Stuttgart im Zentrum des Interesses. Zunächst wird der Zeitraum von 1950 bis 1956 untersucht. In diesen Jahren standen in Württemberg noch keine Impfungen zur Verfügung; deshalb war dies eine Zeit, in der die Krankheit hauptsächlich durch Hygienemaßnahmen und mittels Aufklärung der Bevölkerung bekämpft wurde. Das anschließende Kapitel beschäftigt sich mit der Zeit der Salk-Impfungen von 1957 bis 1961. Da 1962 in Württemberg die Lebendimpfung eingeführt wurde, behandelt das darauffolgende Kapitel die Bekämpfung der Kinderlähmung im Zeitraum von 1962 bis 1965.

Da die Arbeit neben der Bekämpfung der Kinderlähmung auch einige Aspekte der Behandlung der Krankheit untersuchen möchte, beschäftigt sich das letzte Kapitel mit der Behandlung der Atemlähmungen sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der motorischen Lähmungen.

¹⁶ John R. Paul: A History of Poliomyelitis, New Haven, London 1971.

2 Die Kinderlähmung

2.1 Krankheitsbild

Bei der Kinderlähmung handelt es sich um eine Infektionskrankheit, die durch Viren übertragen wird. Polioviren sind dem Genus Enterovirus und der Familie der Picornaviridae zugehörig. Gemäß der serologischen Typisierung können drei verschiedene Arten des Poliovirus unterschieden werden: Brunhild (I), Lansing (II) und Leon (III). Die Übertragung des Virus erfolgt meist oral oder fäkal, in seltenen Fällen sind auch Tröpfcheninfektionen festzustellen. Bei 95 Prozent aller Infizierten treten keine oder nur leichte uncharakteristische Beschwerden auf. Folge dieser Infektion ist eine lebenslange Immunität gegen das entsprechende Poliovirus. Dieser Prozess wird als „stille Feiung“ bezeichnet. In fünf Prozent aller Infektionsfälle treten erkennbare Symptome auf, ein bis zwei Prozent aller Infektionen führen zu Lähmungen des Atemzentrums oder des Bewegungsapparates.¹⁷

Die Symptome der Erkrankung sind zunächst sehr unspezifisch. Nach einer Inkubationszeit von drei bis 14 Tagen beginnt der Krankheitsverlauf mit Kopf- oder Halsschmerzen, Fieber und Erbrechen. Kommt es zu Lähmungen, sind meist die Extremitäten betroffen. Besonders schwer verlaufende Erkrankungen können auch eine Lähmung der Atemmuskulatur aufweisen, die lebensbedrohend ist. Auch nach dem Abklingen der akuten Phase können Lähmungen zurückbleiben.¹⁸

Vermutlich trat die Poliomyelitis bereits in der Antike auf.¹⁹ In epidemischer Form ist die Krankheit jedoch erst seit der Neuzeit bekannt. Die erste bekannt gewordene kleinere Epidemie trat 1836 auf der britischen Insel St. Helena auf. Weitere kleinere Ausbrüche der Seuche folgten Ende des 19. Jahrhunderts u. a. in Schweden.²⁰ Zur ersten größeren Epidemie kam es 1894 in den USA. Damals wurden 134 Erkrankungsfälle bekannt.²¹ Im 20. Jahrhundert nahm die Seuche bald größere Ausmaße an. Besonders die USA waren zunächst stark von der Polio betroffen. Im Jahre 1916 brach dort eine Epidemie aus, die mit 27.000 Erkrankungsfällen und 6.000 Todesfällen die bis dahin weltweit die schwerste

¹⁷ Vgl. Angelika Bockelbrink: Poliomyelitis. Akute Kinderlähmung und Spätfolgen nach Polio (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Bd. 219), Düsseldorf⁵ 2000, S. 9.

¹⁸ Vgl. RKI-Ratgeber für Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte, hg. v. Robert Koch Institut, November 2004 (http://www.rki.de/cln_011/nn_225576/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mbl_Poliomyelitis.html; letzter Zugriff am 20.12.2005); Lindner, S. 221f; Bockelbrink, S. 9-11.

¹⁹ Vgl. Paul, S. 15f.

²⁰ Vgl. Lindner, S. 221. In Schweden traten 1887 44 Polio-Fälle auf.

²¹ Vgl. Paul, S. 79ff.

war.²² Auch in den darauffolgenden Jahren kam es immer wieder zu ernstzunehmenden Epidemien, beispielsweise 1931 im Nordosten der USA.²³ Doch auch in Europa, welches bis dahin bis auf kleinere Herde in Skandinavien weitgehend von der Polio verschont geblieben war, wurde ab den 1940er Jahren zunehmend eine epidemische Verbreitung beobachtet.²⁴

Ab Anfang der 1960er Jahre gelang es mit Hilfe der von dem Virologen Albert Sabin entwickelten Lebendimpfung, die Krankheit in den westlichen Industrieländern einzudämmen oder sogar nahezu auszurotten. Seit 1988 widmen sich verschiedene Organisationen dem Ziel, die gesamte Welt von der Polio zu befreien. Das eingangs bereits erwähnte Polio-Eradikationsprogramm, das von der *World Health Organization*, dem UN-Kinderhilfswerk *UNICEF*, der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde *CDC* sowie dem *Club Rotary International* ins Leben gerufen wurde, konnte dieses Ziel zwar bislang auch nicht vollständig erfüllen. Gleichwohl hat die „Polio-Plus“ Kampagne einige Erfolge zu verzeichnen. Seit 1994 ist der gesamte amerikanische Kontinent poliofrei, seit dem Jahr 2000 auch der westpazifische Raum. Der letzte Polio-Fall in Europa wurde 1998 gemeldet, als in der Türkei eine kleinere Epidemie mit 26 Erkrankungen auftrat. Seit 1999 ist Europa frei von autochthonen Polio-Erkrankungen. In Deutschland trat letztmals 1990 ein autochthoner Polio-Fall auf, die letzten eingeschleppten Erkrankungen aus Indien und Ägypten wurde 1992 gemeldet. In den darauffolgenden Jahren kam es jedoch in sehr seltenen Fällen zu Vakzin-assoziierten paralytischen Erkrankungen, was dazu führte, dass seit 1998 in Deutschland nur noch mit inaktiviertem Polio-Impfstoff geimpft wird.²⁵

In größeren Epidemien tritt die Poliomyelitis heute nur noch in wenigen Ländern auf. Vor allem betroffen sind Nigeria, Niger, Ägypten, Indien, Pakistan und Afghanistan. In West- und Zentralafrika hat sich die Lage in jüngster Zeit verkompliziert, nachdem die Impfprogramme in Nigeria nach der Verbreitung des Gerüchts, das Polio-Vakzin hätte negative Folgeerscheinungen, im Jahre 2003 eingestellt wurden. Nach einer darauffolgenden Epidemie in Nigeria selbst sind nun auch in zwölf weiteren west- und zentralafrikanischen Ländern, die bis dahin als poliofrei galten, wieder Erkrankungen

²² Vgl. Rogers, S. 10f.

²³ Vgl. Lindner, S. 222f.

²⁴ Vgl. Brehme, S. 23; Lindner, S. 223f; dabei wurde beobachtet, dass die Poliomyelitishäufigkeit mit der Verbesserung der Hygienestandards anstieg, s. Pierre Lépine: Die Epidemiologie und die Immunologie der Poliomyelitis, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u. a., Bern u. a. 1953, S. 14.

²⁵ Vgl. RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten: Poliomyelitis, S. 1; In Deutschland waren zwischen 1964 und 1998 29 Impflinge sowie 11 Kontaktpersonen von der sogenannten Impfpoliomyelitis betroffen, s. Burghard Stück: Warum wurde in Deutschland der Wechsel von der Polio-Schluckimpfung zur Polio-Spritzimpfung empfohlen?, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2000), S. 39.

aufgetreten. Mittlerweile wurden die Impfungen in Nigeria wieder aufgenommen. Unklar bleibt jedoch, wann die WHO gerade in Afrika ihr Ziel, die Eradikation der Polio, erreichen kann.²⁶

2.2 Die Entwicklung der Polio-Forschung

Die erste klinische Beschreibung einer Polio-Erkrankung wurde 1789 von dem englischen Arzt Michael Underwood (1737-1820)²⁷ veröffentlicht. In seinem Werk „Diseases of Children“ beschrieb er die Symptome als „debilities of the lower extremities“²⁸, die, mit Fieber einhergehend, häufig kleine Kinder betraf. Der deutsche Arzt Jacob von Heine (1800-1879)²⁹, der in Cannstatt eine „orthopädische Heilanstalt“³⁰ gegründet hatte, gab der Krankheit im Jahre 1840 schließlich den Namen „spinale Kinderlähmung“, da er vermutete, dass es sich um eine Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems, genauer des Rückenmarks, handelte.³¹ Ein epidemisches Auftreten der Krankheit war zum ersten Mal im Jahre 1887 in Stockholm zu beobachten. Diese Epidemie wurde 1890 von dem schwedischen Kinderarzt Karl Oskar Medin (1847-1927)³² wissenschaftlich beschrieben: Seither trägt die Krankheit den Namen Heine-Medin'sche Krankheit.³³ Heines Schüler Ivar Wickmann (1872-1914) erkannte 1905 bei einer Untersuchung kleinerer isolierter Polio-Herde im ländlichen Schweden, dass die Krankheit keineswegs immer mit Lähmungserscheinungen einherging.³⁴ Der Auslöser der Krankheit war indes zu Anfang des 20. Jahrhunderts noch unbekannt. Erst 1908 verbreitete sich die Ansicht, dass es sich bei der Kinderlähmung um eine Infektionskrankheit handelt.³⁵ Noch im gleichen Jahr konnte schließlich erstmals der Polio-Virus nachgewiesen werden, als es den Wiener

²⁶ Vgl. Polio Info (Sonderausgabe Oktober 2004), hg. v. der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in der Bundesrepublik Deutschland. (www.med.uni-jena.de/dvv/start.html, letzter Zugriff am 25.04.05); RKI-Ratgeber: Poliomyelitis, S. 2.

²⁷ J. E. Schmidt: Medical Discoveries. Who and When, Springfield, Illinois 1959.

²⁸ Zitiert nach Gould, S. 10

²⁹ „Heine, Jacob von“, in: Deutsche Biographische Enzyklopädie Bd. 4, hg. v. Walther Killy u. Rudolf Vierhaus, München 1999, S. 510.

³⁰ SAS, Bestand 202, 1622, Cannstatter Arzt entdeckt Kinderlähmung, in: Stuttgarter Zeitung, 09.06.1962.

³¹ Vgl. Gould, S. 11.

³² „Medin, Karl Oskar“, in: Lexikon der Naturwissenschaftler: Astronomen, Biologen, Chemiker, Geologen, Mediziner und Physiker, hg. v. Doris Freudig u.a., Heidelberg u.a. 2000, S. 288.

³³ Vgl. Josef Hünerbein: Zur Geschichte und Epidemiologie der Kinderlähmung, in: Desinfektion und Gesundheitswesen 50 (1958), Polio-Sonderheft, S. 34.

³⁴ Diese Entdeckungen machte Wickmann noch vor der Entdeckung des Poliovirus 1909, s. Rogers, S. 141.

³⁵ Vgl. Philipp von der Osten: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer modernen Krüppelfürsorge 1905-1933, Diss. Frankfurt/Main 2004, S. 272.

Forschern Karl Landsteiner (1868-1943)³⁶ und Erwin Popper gelang, den Erreger auf Affen zu übertragen.³⁷

Trotz der Fortschritte auf dem Gebiet der Polio-Forschung gab es lange Zeit noch erhebliche Lücken im Wissen um Übertragung, Bekämpfung, Diagnose und Behandlung der Krankheit. Ein Grund hierfür ist sicherlich das nur sehr sporadische Auftreten der Polio bis Anfang des 20. Jahrhunderts. Spätestens seit der großen Epidemie 1916 in den Vereinigten Staaten bereitete die Seuche den Wissenschaftlern und auch den Gesundheitsbehörden einiges Kopfzerbrechen. Als die Krankheit sich in diesem Jahr von New York aus über den gesamten nordamerikanischen Kontinent verbreitete, stand man ihr zunächst hilflos gegenüber.

In epidemics of typhoid fever and most other diseases the health authorities know exactly what to do. But fighting Infantile Paralysis consists largely in doing everything that seems effective in the hope that some of the measures taken will be effective.³⁸

Die Stadt New York reagierte mit restriktiven Hygiene- und Quarantänemaßnahmen: Ab dem 14. Juli 1916 durften beispielsweise Kinder unter 16 Jahren die Stadt nicht mehr verlassen. Infizierte Kinder mussten außerdem umgehend in ein Krankenhaus eingewiesen werden und dort sechs bis acht Wochen in strenger Isolation verbringen.³⁹ Virologische Forschungen zur Übertragung von Polio gab es kaum, denn es waren schlicht zu wenig Fachleute vorhanden. Auch die Diagnostik bereitete während dieser Epidemie noch größte Schwierigkeiten. Der Virus konnte nicht im Blut des Patienten nachgewiesen werden und die Symptome waren oftmals unspezifisch.⁴⁰ Eine gerade in New York häufig durchgeführte Methode der Diagnose war die Punktion der Rückenmarksflüssigkeit und deren mikroskopische Untersuchung. Die Resultate waren jedoch selten eindeutig und die Untersuchung barg erhebliche Gefahren für den Patienten.⁴¹ Die Therapiemöglichkeiten waren während der Epidemie 1916 ebenfalls noch sehr eingeschränkt. Die Ärzte empfahlen den Patienten meist strenge Bettruhe, was über mehrere Wochen jedoch den Effekt hatte, dass durch den Muskelabbau die Beweglichkeit noch weiter eingeschränkt wurde. Als weitere Möglichkeit der Behandlung galt die Injektion eines Serums, welches aus dem Blut genesener Polio-Patienten gewonnen wurde. Auch diese Methode blieb jedoch erfolglos.⁴²

³⁶ „Landsteiner, Karl“, in: Lexikon der Naturwissenschaftler, S. 259.

³⁷ Vgl. Lindner, S. 221.

³⁸ New York Times, 9. Juli 1916, zitiert nach Gould, S. 4.

³⁹ Vgl. Gould, S. 5.

⁴⁰ Vgl. Rogers, S. 77.

⁴¹ Vgl. Lindner, S. 223; Rogers, S.

⁴² Vgl. Lindner, S. 223.

Neue Therapieformen entwickelte in den 1930er Jahren die australische Krankenschwester Elizabeth Kenny (1886-1952)⁴³. Im Gegensatz zur häufig angewandten Methode der strengen Ruhe arbeitete sie mit heißen Kompressen und vor allem einer frühen Mobilisation. Kenny löste mit ihrem neuen Ansatz, der den bisherigen therapeutischen Methoden völlig widersprach, weltweit heftige Kritik in der Ärzteschaft aus.⁴⁴ Da sie mit ihrer Methode jedoch vielen Patienten helfen konnte, hatte sie auch einige Anhänger, die sie vor allem in den Vereinigten Staaten enthusiastisch feierten. Dass sich Kenny mit ihrer Methode nicht überall durchzusetzen vermochte, lag vermutlich auch zu einem großen Teil an ihrem Auftreten. Außerdem wurde sie als Polio-Expertin unglaublich, als sie sich mehr und mehr den Neuerungen anderer Therapeuten verschloss.⁴⁵

Ein Meilenstein in der Polio-Therapie war in den 1920er Jahren die Entwicklung des *Drinker Respirators*, der Eisernen Lunge. Mit diesem Gerät konnte nun auch Patienten mit akuter Atemlähmung geholfen werden. Erstmals wurde eine solche Eisernen Lunge im Jahre 1929 in den USA in Betrieb genommen. Es dauerte jedoch einige Jahre, bis sie dort landesweit zum Einsatz kam, da vor allem das Training der Ärzte und Krankenschwestern einige Zeit in Anspruch nahm.⁴⁶

In den Vereinigten Staaten veränderte die Erkrankung Franklin D. Roosevelts maßgeblich die Wahrnehmung und den Umgang mit der Polio. Roosevelt war bereits 1921 erkrankt und hatte Lähmungen in beiden Beinen behalten. Er machte unter anderem die Hydrotherapie populär, also die Therapie in Kurorten mit heißen Quellen. Außerdem war er 1937 an der Gründung der *National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP)* beteiligt, die jährlich etwa 2 Millionen Dollar für die Polio-Bekämpfung sammeln konnte. Diese finanziellen Mittel ermöglichten in den folgenden Jahren eine umfassende Forschung in den Vereinigten Staaten.⁴⁷ Erfolge blieben nicht aus. 1931 entdeckten Wissenschaftler, dass es drei unterschiedliche Typen des Polio-Virus gibt. Auch konnte der Polio-Virus im Stuhl nachgewiesen werden und wurde als infektiös erkannt. Außerdem konnte bewiesen werden, dass die Ansteckung mit dem Krankheitserreger oral erfolgt. Versuche, bereits in den 1930er Jahren einen Impfstoff zu entwickeln, blieben jedoch erfolglos.⁴⁸

⁴³ „Kenny, Elizabeth“, in: Dictionary of American Medical Biography, Vol. I, hg. v. Martin Kaufman u.a., Westport, Connecticut 1984, S. 412.

⁴⁴ Die Methode der strengen Ruhe bedeutete vor allem in den USA das Ruhigstellen der Patienten mit Gipsbetten und Schienen, vgl. Paul, S. 338.

⁴⁵ Vgl. Rogers, S. 168; Gould, S. xii.

⁴⁶ Vgl. Lindner, S. 226; Rogers, S. 176.

⁴⁷ Vgl. Lindner, S. 225f.

⁴⁸ Vgl. ebenda., S. 226.

In den 1940er Jahren gab es schließlich wieder Hoffnung auf ein mögliches Ende der Kinderlähmung. Wissenschaftler hatten festgestellt, dass aus menschlichem Blut stammende Eiweißbestandteile in konzentrierter Form die Abwehrkräfte gegen Polio stärken konnten. Versuche in den Vereinigten Staaten ergaben, dass das so genannte Gamma-Globulin tatsächlich das Risiko einer Erkrankung senken konnte. Das Mittel musste aber einige Zeit vor dem Ausbruch einer Epidemie verabreicht werden, was sich als schwierig gestaltete, da Polio-Epidemien nicht voraussagbar waren. Auch die hohen Herstellungskosten führten dazu, dass von einem größeren Einsatz von Gamma-Globulin abgesehen wurde.⁴⁹

Aufgrund immer häufiger auftretender Epidemien und deren immer größer werdenden Ausmaße wurde der Bedarf nach einem Polio-Impfstoff immer dringlicher. Deshalb initiierte die *NFIP* eine Forschungsreihe, die sich ausschließlich mit der Entwicklung eines solchen Vakzins beschäftigen sollte. Die wissenschaftlichen Voraussetzungen dafür waren bereits geschaffen worden: Es war geglückt, den Polio-Virus zu züchten. Dies war maßgeblich, da man zur Gewinnung von Impfstoffen gegen Viruserkrankungen den Krankheitserreger benötigt. Dieser kann zum einen in inaktivierter Form verabreicht werden, wobei die abgetöteten Erreger den Körper zur Bildung von Antikörpern anregt. Eine andere Möglichkeit ist es, abgeschwächte, aber lebende Viren zu verwenden, die schließlich eine völlige Immunisierung bewirken sollen. Einer der mit der Aufgabe betrauten Wissenschaftler war Jonas Salk (1914-1995)⁵⁰, dem es Anfang der 1950er Jahre gelang, einen Impfstoff aus abgetöteten Polio-Viren zu entwickeln.

Nachdem er den Impfstoff zunächst unter anderem an sich selbst und an seiner Familie getestet hatte, startete er 1954 gemeinsam mit der *NFIP* weitere Tests, bei denen insgesamt 1,8 Millionen Kinder, die sogenannten „Polio Pioniere“⁵¹, überall in den Vereinigten Staaten geimpft wurden. Die Ergebnisse, die im sogenannten „Francis-Bericht“ 1955 festgehalten wurden, zeigten deutliche Erfolge: Besonders wirksam erwies sich das Vakzin gegen den Virus des Typs I und konnte außerdem besonders schwere Formen der Polio, wie motorische Lähmungen oder Atemlähmungen, in großem Maße verhindern. Dieser Erfolg veranlasste die amerikanischen Behörden zu raschem Handeln. Der Impfstoff, genau wie die Herstellungsart, wurden schnellstens lizenziert. Noch vor dem

⁴⁹ Vgl. ebenda, S. 226f.

⁵⁰ „Salk, Jonas“, in: Lexikon der Naturwissenschaftler, S. 359.

⁵¹ Gertrud Weiss: Er befreite von großer Angst. Zum Tode des Polio-Impfpioniers Dr. Jonas Edward Salk, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2000), S. 5.

darauffolgenden Sommer stand genügend Impfstoff für eine Massenimpfung zur Verfügung.⁵²

Die Hoffnungen wurden jedoch kurzzeitig wieder getrübt, als sich bald darauf das sogenannte „Cutter-Unglück“ ereignete. In der Herstellerfirma Cutter war Impfstoff hergestellt worden, der aktive Viren enthielt und somit noch infektiös war. Bei einer näheren Untersuchung stellte sich heraus, dass sowohl im Herstellungsprozess als auch in der Prüfung des Stoffes Fehler unterlaufen waren. Grund hierfür war wohl auch die große Impfbegeisterung, die nach dem Bekanntwerden des „Francis-Berichts“ entstanden war. Aufgrund des Drucks, möglichst viel Impfstoff in möglichst kurzer Zeit zu erhalten, hatte das amerikanische National Institute of Health auf eine Überprüfung der Herstellerlaboratorien verzichtet.⁵³ Insgesamt 204 Personen erkrankten in der Folge an Polio: 79 geimpfte Kinder, 105 Personen aus Kontaktfamilien und 20 Personen aus der näheren Umgebung der Impflinge. Etwa ein Drittel der Erkrankungen litt an Lähmungserscheinungen. Es waren elf Todesfälle zu verzeichnen.⁵⁴ Verschärfte Testvorschriften machten jedoch eine baldige Wiederaufnahme des Impfprogramms möglich. Bis Ende des Jahres 1956 wurden in den USA insgesamt etwa 60 Millionen Kinder unter 14 Jahren geimpft, ohne dass Impfwischenfälle gemeldet wurden.⁵⁵

Ab 1956 wurden auch außerhalb der USA mit Impfprogrammen mit dem Salk-Impfstoff begonnen. Auch wenn er besonders in der industrialisierten Welt große Hoffnungen weckte, blieben unlösbare Schwierigkeiten: So konnte beispielsweise nur eine dreimalige Injektion des Vakzins überhaupt Wirkung zeigen. Besonders in ländlichen Gebieten gestaltete sich diese dreimalige Impfung, die in genau definierten zeitlichen Abständen erfolgen musste, oft schwierig. Ein anderer Kritikpunkt am Salkschen Vakzin war der folgende: Der Impfstoff könne aufgrund der Verwendung von abgetöteten Viren lediglich die Sekundärinfektion des Rückenmarks, sprich Lähmungen, verhindern, nicht aber die Infektion der Verdauungsorgane. So konnten auch Menschen, die keinerlei Symptome einer Polioinfektion zeigten, trotzdem infektiös sein. Die Hoffnung, mit dem Salkschen Impfstoff Epidemien zu kontrollieren, könne sich folglich nicht erfüllen.⁵⁶

⁵² Vgl. Rogers, S. 178ff.

⁵³ Dies war jedoch nach damaligen Bestimmungen gesetzlich zulässig, vgl. Brehme, S. 91.

⁵⁴ Vgl. ebenda, S. 90.

⁵⁵ Vgl. Brehme, S. 92.

⁵⁶ Vgl. Lindner, S. 229; SAS, HA 5, 169, 5055-1, Vortrag des Generalsekretärs der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e.V. Dr. Hünerbein zur Verhütung und Bekämpfung der Kinderlähmung, 23. Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages, 28./29. September 1956 in Frankfurt/Main.

Auch in Deutschland entwickelten Wissenschaftler einen Impfstoff nach amerikanischem Vorbild. Das Vakzin, das sich nur unwesentlich von dem Salkschen Impfstoff unterschied, wurde von November 1954 bis April 1955 an fast 50.000 freiwilligen Impflingen getestet. Gleichzeitig mit dem „Cutter-Unglück“ in den USA kam es auch in Deutschland zu Komplikationen: In einem Hamburger Institut erkrankten drei Affen nach der Impfung mit dem deutschen Vakzin an Polio. Die Zwischenfälle führten dazu, dass die deutschen Gesundheitsbehörden umgehend weitere Impfungen an Menschen untersagten. Am 28. Januar 1956 veröffentlichte das Bundesgesundheitsamt ein umfassendes Gutachten, dass den weiteren Umgang mit dem deutschen Vakzin klären sollte. Dieses führte an, dass sich die Forschung an einem Impfstoff noch immer in der Phase des Experimentierens befand und bezeichnete Massenimpfungen in näherer Zukunft als noch nicht durchführbar. Ein Jahr später wurde dieses Gutachten jedoch durch ein neues „Bulletin“ revidiert. Die Impferfolge vor allem in den USA waren unter anderem Anlass, nun doch gezielte Impfaktionen zuzulassen. Der deutsche Impfstoff konnte jedoch noch keine Verwendung finden, da die nötigen Prüfungen am neu gegründeten Paul-Ehrlicher-Institut noch ausstanden.⁵⁷

Aufgrund der oben geschilderten Probleme mit der Impfung mit inaktivierten Viren wurde die Suche nach einem Lebendimpfstoff fortgesetzt. Dieser sollte einerseits den Vorteil haben, oral verabreicht werden zu können. Andererseits sollte dieser Impfstoff eine Infektion der Verdauungsorgane auslösen, wodurch eine Immunität gegen sogenannte „wilde“ Poliosträmme geschaffen werden sollte. Die Hoffnung war, dass sich so eine Immunisierung großer Teile der Bevölkerung bewerkstelligen lassen müsste.⁵⁸

Bereits seit den 1940er Jahren befassten sich Wissenschaftler mit der Entwicklung eines Lebendimpfstoffes. Herald Cox und Hilary Koprowski waren die ersten, die ausführlich diese Möglichkeit untersuchten. Trotz einiger vielversprechender Ansätze blieben größere Erfolge jedoch aus.

Als wichtigster und wohl auch bekanntester Wissenschaftler auf dem Gebiet des Lebendimpfstoffes ist sicherlich Albert Sabin (1906-1993)⁵⁹ zu nennen. In der Mitte der 1950er Jahre hatte er einen Lebendimpfstoff entwickelt, den er wie Salk zunächst an sich selbst und seiner Familie und außerdem an 200 Gefängnisinsassen testete.⁶⁰

⁵⁷ Vgl. Brehme, S. 98-104.

⁵⁸ Vgl. Lindner, S. 230.

⁵⁹ „Sabin, Albert“, in: Lexikon der Naturwissenschaftler, S. 358.

⁶⁰ Vgl. Rogers, S. 181. Eine nähere Untersuchung zur Ethik von Menschenversuchen im Zusammenhang mit der Polio-Forschung ist im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich.

Die Massenimpfungen mit dem Salk-Impfstoff machten jedoch großangelegte Impfversuche in den USA unmöglich. Deshalb startete Sabin, und das in der Zeit des Kalten Krieges, einen riesigen Feldversuch in der Sowjetunion⁶¹, Mexiko und Singapur, in dessen Rahmen rund 4,5 Millionen Menschen geimpft wurden, ohne dass Impfw Zwischenfälle bekannt wurden. Die Frage nach der Verwendung des Lebendimpfstoffes war jedoch auch eine politische Frage: Während die Ostblockstaaten umgehend den Sabinschen Impfstoff verwendeten, hielt die westliche Welt zunächst an der Impfung nach Salk fest.

Doch schon 1961 wurde auch in Westeuropa und in den Vereinigten Staaten der Sabin-Impfstoff eingeführt. Hier kam es vereinzelt zu Zwischenfällen: Zwar traten bei den Impfungen selbst keine Symptome auf, es konnte jedoch in deren näheren Umgebung zu sogenannten „Kontaktinfektionen“ kommen. Da die Erfolge dieses Impfstoffes auf der anderen Seite so beeindruckend waren, setzte sich der Sabin-Impfstoff schließlich weltweit durch. Diese Risiken-Nutzen Abwägung zahlte sich aus: In den folgenden Jahren sank die Rate der Polio-Erkrankungen kontinuierlich und erreichte schließlich ein Minimum.⁶²

2.3 Polio-Epidemien

Dass die größten Erfolge der Polio-Forschung in den USA gefeiert wurden, liegt unter anderem daran, dass die Poliomyelitis in Europa weit weniger verbreitet war als in den Vereinigten Staaten. Große Epidemien, wie die von New York ausgehende Epidemie 1916, traten in Europa in dieser Form nie auf. Lediglich die skandinavischen Länder litten unter ähnlich verheerenden Epidemien.⁶³ In den südeuropäischen Ländern war die Krankheit lange Zeit überhaupt nicht virulent.

In Deutschland trat die Kinderlähmung bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts eher sporadisch auf. Im Jahre 1909 kam es hier erstmals zu einer Epidemie, in der alleine in Preußen 1500 Menschen erkrankten. Verlässliche Zahlen über Erkrankungen in Deutschland liegen seit 1922 vor, nachdem im Jahre 1921 die Meldepflicht für die Krankheit eingeführt worden war.⁶⁴ Zu beobachten ist, dass seit dieser Zeit die Zahl der Erkrankungen kontinuierlich anstieg. Erste Erkrankungswellen folgten 1927, 1932 und 1937. Die Epidemiegegenden wechselten in den verschiedenen Jahren. 1927 war vor allem Sachsen betroffen, 1932 ganz

⁶¹ Sabin war als Sohn russischer Einwanderer erst im Alter von 15 Jahren in die USA gekommen und sprach folglich fließend russisch, vgl. Rogers, S. 181.

⁶² Vgl. Lindner, S. 233f.; Rogers, S. 181f.

⁶³ Vgl. Lindner, S. 234.

⁶⁴ Vgl. HStAS, EA 2/009, 2219 I, Vortrag zur „Epidemiologie der Poliomyelitis“ von Adolf Windorfer, Stuttgart, bei der ersten ordentlichen Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung am 14.01.1955 in Düsseldorf.

Nordostdeutschland. Im Jahre 1937 lag der größte Epidemieherd in Südbayern.⁶⁵ Besonders nach dem Zweiten Weltkrieg nahmen sowohl die Häufigkeit als auch die Schwere der Polio-Epidemien stark zu. Bis 1958 stieg die Morbiditätsrate um das Dreifache an.⁶⁶ Im Jahr 1947 traf die erste schwere Epidemie Berlin, wo 2466 Personen an Polio erkrankten. Für 223 Menschen verlief die Krankheit tödlich. Die Schwere der Epidemie traf die zuständigen Stellen relativ unvorbereitet. Mit einem solchen Ausbruch hatte niemand gerechnet. Außerdem fehlten in der zerstörten Stadt sowohl die nötige Infrastruktur als auch die nötigen Behandlungsmöglichkeiten.⁶⁷ Im folgenden Jahr stieg die Morbidität in Westdeutschland noch weiter an. Es erkrankten 5404 Menschen an der Polio.⁶⁸

Das Jahr 1952 war, wie in der folgenden Abbildung zu erkennen ist, mit 9517 Fällen in Westdeutschland das Jahr mit den meisten Neuerkrankungen.⁶⁹ In Württemberg trat die Krankheit in diesem Jahr in eher geringem Ausmaß auf: In Stuttgart erkrankten lediglich 15 Personen. Auch die nächste deutschlandweite Erkrankungswelle 1956 betraf Stuttgart kaum. In diesem Jahr traten aber in den umliegenden Städten wie Ludwigsburg und Fellbach Epidemien auf.⁷⁰ Ähnliches war in den Jahren 1960 und 1961 zu beobachten. Auch in diesen Jahren war die Erkrankungsrate in Stuttgart unterdurchschnittlich und auch diesmal lagen die Herde rund um Stuttgart in Städten wie Ludwigsburg, Waiblingen, Böblingen und Leonberg. 1961 kamen in Nord-Württemberg 1,18 Erkrankte auf 10.000 Einwohner, während in Stuttgart nur 0,6 Erkrankte auf 10.000 Einwohner gezählt wurden. Ein Grund für die relativ geringen Erkrankungszahlen in Stuttgart dürfte eine umfassende Impfkampagne in den Jahren 1960 und 1961 in Stuttgart sein.

Ein Abebben der Polioepidemien ist schließlich seit der Einführung der Lebendimpfung 1962 zu beobachten. Innerhalb kürzester Zeit sanken die Erkrankungszahlen. Waren 1962 noch bundesweit 296 Menschen an der Kinderlähmung erkrankt, waren es bereits zwei Jahre später nur noch 54 Personen. 1966 erkrankten in Westdeutschland nur noch 17 Menschen an Polio.

⁶⁵ Vgl. HStAS, EA 2/009, 2219 I, Vortrag zur „Epidemiologie der Poliomyelitis“ von A. Windorfer, Stuttgart, bei der ersten ordentlichen Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung am 14.01.1955 in Düsseldorf.

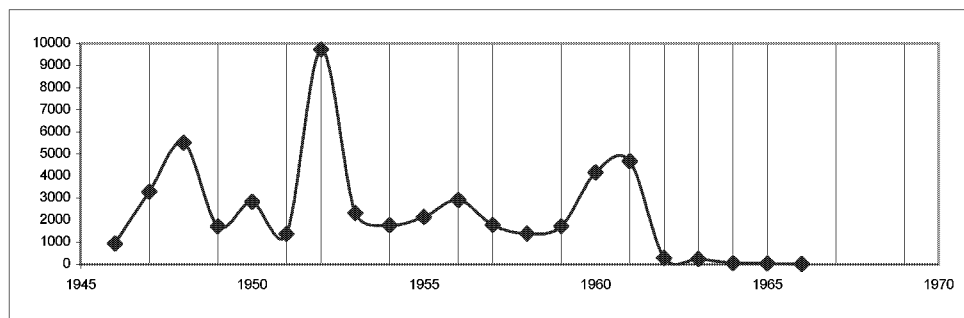
⁶⁶ Vgl. Brehme, S. 27; W. Anders: Zur Epidemiologie der Poliomyelitis in Deutschland in den letzten Jahren, in: Ärztliche Wochenschrift 11 (1956), S. 513.

⁶⁷ Vgl. Lindner, S. 237.

⁶⁸ Adolf Windorfer: Die gegenwärtige Bedeutung der Poliomyelitis in Westdeutschland (1946-1955), Sonderdruck der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 81 (1956), S. 2f (1145-1147).

⁶⁹ Vgl. Hünerbein, Geschichte und Epidemiologie, S. 34.

⁷⁰ Vgl. SAS, HA 5, 169, 5055-1, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats vom 29.10.1956.

Diagramm 1: Die Poliomyelitis in Deutschland 1946 bis 1966⁷¹

3 Die Bekämpfung der Kinderlähmung in Stuttgart/Württemberg

3.1 1950 bis 1956

Die erste größere Epidemie traf Stuttgart und ganz Württemberg in den Sommermonaten des Jahres 1950. Sie kam relativ unerwartet, denn bisher waren größere Epidemien vor allem in Berlin, Hamburg und in Bayern aufgetreten.⁷²

Nun erkrankten in diesem Jahr allein in Stuttgart „50 Kinder unter 6 Jahren, 36 im Alter von 6–14 Jahren, 12 Jugendliche und 19 Erwachsene“⁷³ an Polio. Der Schrecken in der Bevölkerung über das Auftreten dieser für sie „neuen“ Krankheit war groß. „Ein Gespenst geht um in unserer Heimat: die Angst vor der Kinderlähmung“⁷⁴, berichtete beispielsweise die Neue Cannstatter Zeitung. Ein leicht erhöhtes Auftreten der Kinderlähmung hatte bereits im Frühsommer 1950 für Schreckensmeldungen in der Stuttgarter Presse gesorgt.⁷⁵

Die Bevölkerung war höchst beunruhigt. Der oben genannte Artikel schuf sogar eine Verbindung zwischen dem Schrecken des Zweiten Weltkrieges und der Bedrohung durch Polio:

Und doch hat gerade die spinale Kinderlähmung etwas Schreckeneinflößendes. Der Grund ist wohl darin zu suchen, dass ein an Stöcken humpelnder oder im Rollstuhl sitzender Mensch zutiefst unser Mitleid erweckt. Im Unterbewusstsein erinnert uns dieses Bild an jene Lähmung, die wohl alle erfasste, als vor genau sechs Jahren Stuttgart und Umgebung von einem Bombenhagel schwer getroffen wurden. Alle fürchten, dass in einem neuen Kriegsfall unsere Frauen, Kinder und männliche Zivilisten gleichermaßen solchen Gefahren ausgesetzt wären. Dagegen

⁷¹ Das Diagramm wurde erstellt anhand von Angaben in Lindner, S. 238.

⁷² Vgl. Adolf Windorfer: Zur Epidemiologie der Poliomyelitis, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31) Marburg a.d. Lahn 1956, S. 18.

⁷³ SAS, HA 5, 169, 5055-1, Bericht über Kinderlähmung, Vortrag von Medizinaldirektorin Dr. Schiller vor dem Sozialausschuss des Gemeinderats Stuttgart am 29.10.1956.

⁷⁴ SAS, HA 5, 173, 5055-5, Unser Viertel, in: Neue Cannstatter Zeitung, 26.7.50.

⁷⁵ Vgl. SAS, HA 5, 169, Aktennotiz des Städtischen Gesundheitsamts Stuttgart, 20.07.50.

ist aber noch kein Kraut gewachsen. Genau so wie die spinale Kinderlähmung scheinbar wahllos und willkürlich ihre Opfer greift, schlägt auch die Kriegsfurie zu.⁷⁶

Das Gesundheitsamt Stuttgart ging in diesem Jahr jedoch zunächst nicht von einer epidemischen Form der Kinderlähmung aus, was dessen Leiterin, Medizinaldirektorin Dr. Schiller, noch Ende Juli vor dem Stuttgarter Gemeinderat bekräftigte.⁷⁷ Seitens des städtischen Gesundheitsamts wurde außerdem harsche Kritik an der Stuttgarter Presse geübt, die mit falschen Meldungen über die Zahl der Neuerkrankungen und über Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit in der Bevölkerung große Ängste geschürt habe. Besonders hob das städtische Gesundheitsamt hervor, dass eine psychische Verunsicherung der Menschen zur Verbreitung der Krankheit beitragen könnte:

Nun ist aber für die Ausbreitung der Erkrankung die psychische Einstellung der Bevölkerung von großer Wichtigkeit. Die Bevölkerung soll ruhig bleiben und das sichere Gefühl haben, dass sie die Wahrheit aus authentischer Quelle, d.h. hier vom Arzt, vom Gesundheitsamt erfährt und sie soll sicher sein, dass alles geschieht, was notwendig ist. Es wäre unverantwortlich, durch ungerechtfertigte Beunruhigung diese psychische Komponente zu vernachlässigen und einen günstigen Nährboden für die Ausbreitung der Krankheit zu schaffen.⁷⁸

Es wird deutlich, dass die Bedrohung durch die Kinderlähmung, obwohl noch nicht als Epidemie eingestuft, bereits von den Experten im Stuttgarter Gesundheitsamt als ernst angesehen wurde. Aufgrund der steigenden Zahl der Neuerkrankungen ging man dort ausdrücklich davon aus, dass mit einem Abklingen der Krankheit in nächster Zeit kaum zu rechnen sei.⁷⁹

Die Besorgnis war durchaus begründet. Bereits seit Anfang des Monats Juli 1950 war die Anzahl der Neuerkrankungen in Nord-Württemberg kräftig angestiegen. In der ersten Hälfte des Jahres waren pro Woche höchstens 2 Personen an Kinderlähmung erkrankt. In der 27. Kalenderwoche (2. bis 8. Juli) stieg die Zahl bereits auf 7 Erkrankungsfälle und in der 29. Kalenderwoche sogar auf 13 Neuerkrankungen.⁸⁰ Das folgende Diagramm soll einen Überblick über den Verlauf der Morbiditätszahlen in Nord-Württemberg im Jahr 1950 bieten:

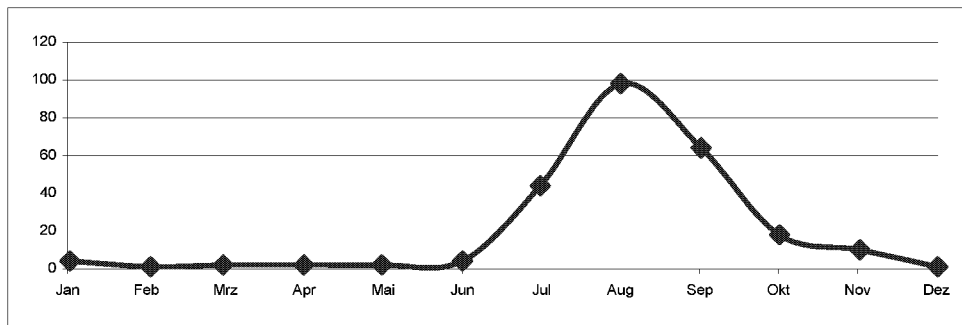
⁷⁶ SAS, HA 5, 173, 5055-5, Unser Viertele, Neue Cannstatter Zeitung, Nr. 171, 26.7.50.

⁷⁷ Vgl. SAS, HA 5, 173, 5055-5, Kinderlähmung in Stuttgart nicht epidemisch, Neue Untertürkheimer Zeitung, Nr. 170, 25.7.50.

⁷⁸ SAS, HA 5, 169, Aktennotiz des Städtischen Gesundheitsamts Stuttgart, 20.07.50.

⁷⁹ Vgl. SAS, HA 5, 169, Aktennotiz des Städtischen Gesundheitsamts Stuttgart, 20.07.50.

⁸⁰ Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 26. – 29. Woche 1950, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 5, 1950, S. 176.

Diagramm 2: Erkrankungen in Nord-Württemberg 1950⁸¹

Auch für die folgenden Jahre sollte sich der hier gezeigte zeitliche Verlauf der Kinderlähmung mit einem Ansteigen im Sommer und Abklingen im Spätherbst als typisch erweisen.⁸² Wie die Zahlen zeigen, konnte man spätestens im Monat August von einer Epidemie, also einer vorübergehenden regionalen Häufung von Erkrankungen, sprechen. Die Bezeichnung setzte sich nicht nur in der örtlichen Presse, sondern in der Rückschau auch in den offiziellen Berichten des Stuttgarter Gesundheitsamts durch.⁸³

Die zahlreichen Pressemeldungen bezüglich der Schwere der Polioepidemie des Sommers 1950 führten zu einer gesteigerten Vorsicht, unter anderem in Bezug auf Reisen in die Region Nord-Württemberg. Am 8. Juli gab ein Mitarbeiter des Verkehrs- und Werbeamts Stuttgart Mitteilung an Oberbürgermeister Klett, dass sowohl Kongressveranstalter als auch der Verkehrsverein Stuttgart über besorgte Anfragen hinsichtlich der Verbreitung der Kinderlähmung berichteten. Ferner klagten sie über zahlreiche Absagen. So hatte beispielsweise der Zahnärztekongress statt der erwarteten Zahl von 1200 Teilnehmern gerade einmal 600 Teilnehmer aufzuweisen. Zurückgeführt wurde diese Entwicklung vor allem auf die „vermutlich übertriebenen Zeitungsmeldungen in Nord- und Süddeutschland“⁸⁴.

Eine weitere Anfrage bezüglich der Absage eines Kongresses richtete sich direkt an Oberbürgermeister Klett. Ein Redakteur der Neuen Zürcher Zeitung erkundigte sich schriftlich, ob Klett eine Absage des für August 1950 geplanten Kongresses der Liberalen Weltunion in Erwägung gezogen habe. Dieser ließ umgehend einen Beigeordneten

⁸¹ Das Diagramm wurde erstellt anhand der Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 1.-46. Woche 1950, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 5, 1950; Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 47.-52. Woche 1950, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 6, 1951.

⁸² Vgl. Werner Anders / Adolf Windorfer: Möglichkeiten und Grenzen der epidemiologischen Prognostik bei der Poliomyelitis, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 402.

⁸³ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-1, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats vom 29.10.1956.

⁸⁴ SAS, HA 5 168, 5055-0 Mitteilung des Verkehrs- und Werbeamts Stuttgart an Oberbürgermeister Klett vom 8.7.50.

antworten, dass aus seuchenpolizeilichen Gründen keinerlei Veranlassung bestehe, geplante Veranstaltungen in Stuttgart abzusagen. Er verwies darauf, dass bisher stattgefundene Veranstaltungen keinen Einfluss auf die Zahl der Erkrankungen gehabt hätten.⁸⁵

Zahlreiche Anfragen erreichten in dieser Zeit auch das Gesundheitsamt Stuttgart. Viele Privatpersonen erkundigten sich, ob sie unter den gegebenen Umständen ihre Kinder zu Verwandtenbesuchen, Kinderfesten oder sogenannten „Lehrfahrten“ nach Stuttgart schicken könnten. Medizinaldirektorin Dr. Schiller teilte in vielen Fällen die Besorgnis der Eltern und riet meist davon ab, Kinder ohne gewichtigen Grund nach Stuttgart reisen zu lassen.⁸⁶ Die Verschickung von Stuttgarter Kindern in auswärtige Heime war ähnlich problematisch. Aufgrund der gestiegenen Gefahr der Ausbreitung der Krankheit teilte Frau Dr. Schiller am 25. Juli 1950 den zuständigen Organisationen⁸⁷ mit, dass das städtische Gesundheitsamt „die Verschickung von Stuttgarter Kindern in Heime, in denen sie mit Kindern von anderen Gebieten zusammenkommen, ab sofort bis auf weiteres“⁸⁸ untersage. Einschneidende Maßnahmen wie etwa die Absperrung der Stadt nach außen lehnte die Medizinaldirektorin jedoch entschieden ab.⁸⁹ Einzig im Stuttgarter Stadtteil Feuerbach, in dem besonders viele Erkrankungen auftraten, mussten weitergehende Maßnahmen ergriffen werden. Beispielsweise war Feuerbacher Schülern die Teilnahme an einem Stuttgarter Sportfest untersagt worden. Auch die Veranstaltung eines eigenen Turnfestes wurde den Feuerbacher Kindern verboten, um besondere körperliche Anstrengungen der Kinder zu vermeiden. Weiter empfahl das Gesundheitsamt den Feuerbacher Eltern, ihre Kinder nicht an Kinderfesten teilnehmen zu lassen.⁹⁰

Das nahende Ende der Schulferien Ende August 1950 brachte den Ruf nach weiteren Maßnahmen mit sich. Besorgte Eltern forderten eine Verlängerung der Schulferien, da sie fürchteten, ihre Kinder seien in den Schulen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. So schrieb ein besorgter Vater an die Stuttgarter Presse:

⁸⁵ Vgl. SAS, HA 5, 168, 5055-0, Brief von Herrn B. (Neue Zürcher Zeitung) an Oberbürgermeister Klett vom 5. 8.1950; Antwort von Herrn Beigeordneten Schumm vom 14.08.1950.

⁸⁶ Vgl. SAS, Bestand 202, 1631, Brief von Anna H. aus München an das städtische Gesundheitsamt Stuttgart vom 27.9.1950, Antwort von Frau Dr. Schiller vom 02.10.1950; zahlreiche weitere Anfragen bezüglich Verwandtenbesuchen, Kinderfesten und Lehrfahrten, vgl. SAS, Bestand 202, 1631.

⁸⁷ Für die Verschickung von Kindern waren u.a. das Evangelisches Hilfswerk, der Caritasverband und das Rote Kreuz zuständig.

⁸⁸ SAS, Bestand 202, 1629, Mitteilung von Frau Dr. Schiller an die für die Verschickung von Kindern zuständigen Organisationen vom 25.7.1950.

⁸⁹ Vgl. SAS, HA 5, 169, Erfahrungsberichte über die Kinderlähmung, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 31, 3.8.1950, S. 2-3.

⁹⁰ Vgl. SAS, HA 5, 169, Aktennotiz des städtischen Gesundheitsamts Stuttgart, 20.07.1950; SAS, Bestand 209, 1349, Gefahr bei der KL noch nicht beseitigt, in: Stuttgarter Nachrichten, 21.07.1950.

Es ist wohlverständlich, dass die Eltern der Stuttgarter Schulkinder mit großer Sorge der Hartnäckigkeit und der Ausdehnung der spinalen Kinderlähmungsepidemie zusehen. [...] Nachdem während der Schulferien die Epidemie ja noch zugenommen hat, taucht natürlich auch die Frage auf, ob es nicht richtig sei, die Kinder erst wieder nach Stuttgart zu holen wenn die Epidemie überwunden ist, oder zum mindesten die Kinder noch von der Schule fernzuhalten, wo ja die Übertragungsgefahr vermutlich am größten ist.⁹¹

Das städtische Gesundheitsamt Stuttgart gab jedoch in Übereinstimmung mit dem Kultusministerium und Innenministerium des Landes bekannt, dass eine Verlängerung der Schulferien nicht in Frage käme. Begründet wurde dies mit den Neuerkrankungszahlen, die während der Schulferien nicht gesunken, sondern weiter angestiegen waren. Der Schulbetrieb, so wurde daraus geschlossen, hätte somit keine Wirkung auf die weitere Verbreitung der Krankheit. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass es in jedem Fall besser für die Kinder sei, ihren gewohnten Alltag beizubehalten, um Angst und Panik zu vermeiden.⁹² Lediglich die Geschwister von erkrankten Kindern wurden für eine gewisse Zeit vom Unterricht befreit.⁹³

Auch von der Schließung öffentlicher Bäder und Waldheime wurde in Stuttgart abgesehen, während beispielsweise in Baden oder in mehreren deutschen Großstädten wie Wiesbaden die meisten Bäder geschlossen wurden.⁹⁴

Die Mittel zur Bekämpfung der Kinderlähmung waren 1950 noch sehr beschränkt. Eine Impfung oder Prophylaxe stand nicht zur Verfügung, und so war man vor allem auf hygienische Maßnahmen angewiesen.⁹⁵ Die Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren dieser Infektionskrankheit war dabei einer der wichtigsten Schritte. Lehrer, Kindergärtnerinnen und Fürsorgerinnen wurden durch spezielle Vorträge geschult. Außerdem verfasste das Gesundheitsamt Stuttgart Rundschreiben zur Polio, welche an die ansässige Ärzteschaft versandt wurden.⁹⁶ Merkblätter und Pressenotizen waren ebenfalls ein wichtiges Mittel zur Aufklärung. Die amerikanische *National Foundation for Infantile Paralysis* gab zu diesem Zweck auch in Deutschland ein Bulletin heraus, das die

⁹¹ SAS, HA 5 173 5055-5, Eine Frage, die alle Eltern bewegt: Sollen wir unsere Kinder jetzt zur Schule schicken?, in: Stuttgarter Nachrichten, 29.8.1950.

⁹² Vgl. SAS, HA 5 173 5055-5, Kinderlähmung – keine Ferienverlängerung, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 35, 31.8.1950, S. 3.

⁹³ Vgl. SAS, Bestand 202, 1629, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart vom 27. 11.1950.

⁹⁴ Vgl. SAS, HA 5, 173, 5055-5, Der Stand der Kinderlähmung, in: Stuttgarter Zeitung, 23.8.1950; SAS, Bestand 209, 1349, „Vorbeugemaßnahmen gegen die Kinderlähmung“, in: Stuttgarter Zeitung, 21. 8.1950.

⁹⁵ Vgl. Richtlinien für Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung*, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 66ff.

⁹⁶ Vgl. SAS, HA 5, 173, 5055-5, Der Stand der Kinderlähmung, in: Stuttgarter Zeitung, 23.8.1950; SAS, Bestand 209, 1349, Vorbeugemaßnahmen gegen die Kinderlähmung, in: Stuttgarter Zeitung, 21. 8.1950.

wichtigsten Vorsichtsmaßnahmen skizzierte: Die Organisation empfahl beispielsweise, beim Auftreten der Kinderlähmung den Gesundheitszustand jeder Person, besonders aber der Kinder, genauestens zu beobachten. Insbesondere Symptome wie Fieber, heftige Kopfschmerzen und Magenstörungen sollten als mögliche Vorboten der Krankheit erkannt werden. Vor allem aber sollte bei jedem Verdacht einer Infektion sofort der Arzt kontaktiert werden. Um einer Infektion vorzubeugen, galt es ebenfalls, einige Regeln zu beachten: Schwere körperliche oder geistige Anstrengungen sollten ebenso vermieden werden wie plötzliche Abkühlungen oder das Baden in verunreinigtem Wasser. Auch die persönliche Hygiene wurde in diesem Bulletin angesprochen. Vor jeder Mahlzeit die Hände zu waschen und eine „allgemeine Reinlichkeit soll das Prinzip eines jeden Haushalts und jeder Familie sein“.⁹⁷ Aber nicht nur in der eigenen Familie war auf besondere Reinlichkeit Wert zu legen, es sollte auch in der Gemeinde auf die Umsetzung dieser Regeln geachtet werden. Ferner wurde geraten, den Umgang mit Personen, die „verdächtig erscheinen, von Kinderlähmung befallen zu sein“⁹⁸ möglichst zu vermeiden. Besonders hervorgehoben wurde auch die Rolle der Stubenfliege bei der Übertragung der Krankheit: „Dulden Sie nicht, dass Fliegen mit den Nahrungsmitteln in Berührung kommen“.⁹⁹ Diese Vorsichtsmaßnahme ist auf Versuche zurückzuführen, bei denen 1949 zwei Schimpansen durch von Fliegen verunreinigte Nahrungsmittel mit der Polio infiziert worden waren. Vor allem die Stubenfliege und die Goldfliege, so hatte man herausgefunden, übertragen den Virus, indem sie ihn vom menschlichen Stuhl aufnehmen und damit Nahrungsmittel verunreinigen.¹⁰⁰ Auch das städtische Gesundheitsamt Stuttgart empfahl der Bevölkerung eine gründliche Fliegenbekämpfung, das Vermeiden körperlicher Anstrengungen sowie, falls möglich, das Verschieben von Operationen.¹⁰¹

All diese Maßnahmen konnten jedoch eine weitere Ausbreitung der Krankheit nicht verhindern. Bis Ende November 1950 waren in Stuttgart 114 Kinderlähmungsfälle

⁹⁷ SAS, HA 5, 174, 5055-6, „Wenn die Kinderlähmung ausbricht...Nützliche Winke für jedermann“, Bulletin der *National Foundation for Infantile Paralysis*; auch die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* gab Richtlinien „für Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung“ heraus, vgl. HStAS, EA 2/009, 2215 IV.

⁹⁸ SAS, HA 5, 174, 5055-6, „Wenn die Kinderlähmung ausbricht...Nützliche Winke für jedermann“, Bulletin der *National Foundation for Infantile Paralysis*.

⁹⁹ SAS, HA 5, 174, 5055-6, „Wenn die Kinderlähmung ausbricht...Nützliche Winke für jedermann“, Bulletin der *National Foundation for Infantile Paralysis*.

¹⁰⁰ Vgl. SAS, Bestand 202, 1617, Hausfliegen als Überträger von Seuchen, insbesondere der spinalen Kinderlähmung, Auszug aus dem „Anzeiger für Schädlingskunde“, Heft 11, 1949, S. 161; während der schweren Berliner Epidemie 1947 wurde die Fliegenbekämpfung vor allem in Spezialkrankenhäusern mit DDT-haltigen Präparaten durchgeführt. Außerdem wurde im Sommer dieses Jahres ein Merkblatt speziell über die Fliegenbekämpfung in 200.000 Exemplaren an die Bevölkerung verteilt. Vergleichbares ist für Württemberg nicht bekannt. Vgl. Dinter, S. 190.

¹⁰¹ Vgl. SAS, HA 5, 169, Aktennotiz des städtischen Gesundheitsamts Stuttgart, 20.07.1950.

aufgetreten, weshalb man durchaus von einer Epidemie sprechen konnte.¹⁰² Die Zahl der erkrankten Erwachsenen war dabei relativ hoch: 19 Erwachsene sowie 95 Kinder und Jugendliche waren von der Kinderlähmung betroffen. Die meisten Fälle wurden als leicht bis mittelschwer eingestuft, es traten aber auch schwere Krankheitsverläufe mit Lähmungen und Atemlähmungen auf. Tödlich verlief die Erkrankung für drei Kinder und zwei Erwachsene. Generell war aufgefallen, dass besonders letztere unter schweren Krankheitsverläufen litten, was sich im Verhältnis der Todesfälle von Erwachsenen und Kindern widerspiegelt. Die örtlichen Hauptherde der Krankheit waren die Stadtteile Feuerbach, Bad Cannstatt, Vaihingen und Degerloch. Stadtmedizinaldirektorin Dr. Schiller betonte, dass die Ausbreitung der Krankheit weder auf schlechte noch auf besonders gute Wohnverhältnisse zurückzuführen sei.¹⁰³

Die folgenden Jahre wiesen in Stuttgart weitaus geringere Erkrankungszahlen auf. 1951 waren nur 7 Personen von der Kinderlähmung betroffen. Im Jahr 1952, das in der übrigen Bundesrepublik ein Jahr mit besonders vielen Erkrankungsfällen war¹⁰⁴, erkrankten in Stuttgart lediglich 15 Personen. 1953 kam es mit 50 Fällen wieder zu einem stärkerem Anstieg und 1954 zu einem erneuten Rückgang der Morbiditätszahlen auf 17 Personen. 1955 waren 22 Menschen von der Kinderlähmung betroffen. Eine Epidemie trat in Württemberg, entgegen einiger Prognosen, in diesem Zeitraum also nicht mehr auf.¹⁰⁵

Diese Entwicklung kann jedoch kaum mit neuen Erkenntnissen in der Bekämpfung der Kinderlähmung in Zusammenhang gebracht werden. Die bereits beschriebenen Maßnahmen zur Eindämmung der Krankheit, also vor allem die Aufklärung der Bevölkerung über bestimmte Hygienemaßnahmen, veränderten sich in diesen Jahren nicht. Auch die Entscheidung des Gesundheitsamts Stuttgart, auf eine Schließung von Schulen, Kinos und Kirchen zu verzichten, wurde nicht revidiert. Man ging jedoch dazu über, Schulklassen und Kindergartenabteilungen, in denen ein Erkrankungsfall auftrat, für die Dauer der angenommenen durchschnittlichen Inkubationszeit von zwei Wochen zu

¹⁰² Vgl. SAS, Bestand 202, 1629, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats vom 27. November 1950; zur Klassifizierung als Epidemie s. Brehme, S. 115: „auf eine Epidemie oder beträchtliche Häufung weisen Wochenmorbidityswerte hin, die vor Mitte August (32. Woche) laufend über 0,3 pro 100.000 Einwohner liegen. Desgleichen eine Wochenmorbidity über 1,0, wenn sie schon vor Ende August (35. Woche) auftritt.“

¹⁰³ Vgl. SAS, Bestand 202, 1629, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats vom 27. November 1950.

¹⁰⁴ Siehe Tabelle bei Georg Henneberg: Zum Problem der Poliomyelitischutzimpfung in Deutschland, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956), S. 184.

¹⁰⁵ Vgl. SAS, HA 5, 169, 5055-1, „Bericht über Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 26.10.1956.

schließen.¹⁰⁶ Sportveranstaltungen, vor allem für Kinder und Jugendliche, sollten in den Sommermonaten ebenso unterbleiben wie alle anderen Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen forderten. Von „Luftwechseln“ wurde gleichfalls abgeraten.¹⁰⁷ Außerdem untersagte das Stuttgarter Gesundheitsamt die Verschickung von Kindern in von der Krankheit betroffene Gebiete.¹⁰⁸ Geschwister von Erkrankten mussten für zwei Wochen der Schule oder dem Kindergarten fernbleiben. In Stuttgart wurde teilweise berufstätigen Angehörigen ebenfalls für die Dauer von zwei Wochen untersagt, ihrer Arbeit nachzugehen.¹⁰⁹ Eine weitere Maßnahme, deren Wichtigkeit besonders der Generalsekretär der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* betonte, nämlich die gründliche Desinfektion der Abwässer¹¹⁰, war in Stuttgart nicht durchführbar. Eine solche Desinfektion wäre nur durch eine starke Chlorung oder Erhitzung des Abwassers auf 80°C möglich gewesen. Bei der Planung des Stuttgarter Katharinenhospitals wurde versucht, entsprechende Vorkehrungen mit einzuplanen, letztendlich erwies sich dies schlicht als nicht praktikabel. In diesem Zusammenhang wies Frau Dr. Schiller allerdings darauf hin, dass es mit der Desinfektion des Krankenhausabwassers ohnehin nicht getan wäre, da die anderen Abwässer durch Ausscheidungen der vielen unerkannten Virusträger ebenfalls mit dem Erreger verseucht waren.¹¹¹

In den Sommermonaten des Jahres 1956 hielt sich die Zahl der Neuerkrankungen in Stuttgart in Grenzen (59 Erkrankungen), dies vor allem in Vergleich zu anderen Städten der Region. So kam es in diesem Sommer vor allem in Fellbach (31 Fälle) und in Ludwigsburg (40 Fälle) zu einer Häufung der Erkrankungen. Rechnet man das Verhältnis von Einwohnerzahl und Neuerkrankungen auf die Stuttgarter Bevölkerung um, hätte dies für Stuttgart 530 Erkrankungen ergeben. Die 31 Fellbacher Erkrankungen hätten

¹⁰⁶ Ende August 1953 wurde beispielsweise eine Abteilung des Kindergartens in Stuttgart-Sillenbuch vorübergehend geschlossen, vgl. SAS, Bestand 202, 1620, „Kein Grund zu Besorgnis“, in: Stuttgarter Nachrichten, 03.09.1953.

¹⁰⁷ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-1, „Bericht über die Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 29.10.56.

¹⁰⁸ 1952 wurde beispielsweise eine Verschickung von Stuttgarter Kindern nach St. Peter-Ording untersagt, da in Nordrhein-Westfalen eine Kinderlähmungsepidemie aufgetreten war und die Durchreise durch ein durchseuchtes Gebiet vom Gesundheitsamt Stuttgart als für die Kinder zu riskant angesehen wurde, vgl. SAS, Bestand 202, 1617, Brief von Frau Dr. Schiller an Dr. F., Nordseekuranstalt Goldener Schlüssel, St. Peter-Ording, 01.08.52.

¹⁰⁹ Nach welchen Kriterien die Arbeitsverbote ausgesprochen wurden, wird nicht genannt, vgl. SAS, HA 5, 169, 5055-1, „Bericht über Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 29.10.1956.

¹¹⁰ Josef Hünerbein: Über zentrale Behandlungsstellen für Kinderlähmung, in: *Das Krankenhaus* 11 (1956), S. 479. (478-480).

¹¹¹ Vgl. SAS, HA 5, 169, 5055-1, „Bericht über Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 29.10.1956.

umgerechnet auf Stuttgart sogar 770 Fälle bedeutet.¹¹² Das erneut gehäufte Auftreten der Kinderlähmung führte wieder zu Schreckensmeldungen, diesmal vor allem in der auswärtigen Presse. Unter anderem kritisierte das Nürnberger 8-Uhr-Blatt in großen Lettern das Vorgehen der zuständigen Gesundheitsämter: „Epidemie wurde glatt verschwiegen“ lautete die Schlagzeile am 22. November 1956. Man habe es beispielsweise in Ludwigsburg versäumt, die Bevölkerung ausreichend über das Ausmaß der Seuche aufzuklären, und außerdem auf Absperrmaßnahmen verzichtet.¹¹³ Die Gesundheitsämter des Landes wiesen die Kritik jedoch zurück und betonten, dass es einfach noch keine geeigneten Bekämpfungs- und Behandlungsmaßnahmen gebe, und somit keinesfalls von Versäumnissen die Rede sein könne.¹¹⁴ Vielmehr begünstigten solche Schreckensmeldungen nur die Gefahr der Ausbreitung der Krankheit durch die so geschürte Panik.¹¹⁵ Diese Begründung ließen jedoch nicht alle Journalisten gelten; in einer hessischen Zeitung folgte nach Abklingen der Epidemie folgender Bericht:

In Baden-Württemberg ist etwas Ungeheuerliches geschehen. Dort traten in diesem Sommer Kinderlähmungs-Epidemien auf, aber die Bevölkerung wußte es nicht. Die Behörden ließen die Menschen ahnungslos in tödlicher Gefahr leben um sie „nicht zu beunruhigen“. Erst wenn sich nichts mehr verheimlichen ließ, wurde die Öffentlichkeit gewarnt. [...]

Woher, um Himmels willen, nehmen die Aemter den Mut dazu? Aber die werden wohl erstaunt sein, wenn man ihnen Vorwürfe macht. Sie haben es ja so gut gemeint. Sie wollten die Bevölkerung nicht beunruhigen, und nun heulen die so fürsorglich Bemutterten undankbar auf.

Wann werden die Behörden endlich einsehen, dass wir Bürger erwachsene Menschen sind und keine unmündigen Kinder, vor denen man Schwierigkeiten und Gefahren besser verbirgt?¹¹⁶

Diese Vorwürfe wurden jedoch vom baden-württembergischen Innenministerium auf das Schärfste zurückgewiesen. Auf Anfrage der Presse und des Rundfunks sei immer offen Auskunft über den Stand der Poliomyelitisausbreitung gegeben worden. Außerdem haben die Gesundheitsämter über die örtliche Presse Richtlinien für das Verhalten in einer

¹¹² Vgl. SAS, HA 5, 169, 5055-1, „Bericht über Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 29.10.1956.

¹¹³ Vgl. SAS, HA 5 173 5055-5, Epidemie wurde glatt verschwiegen, in: 8-Uhr-Blatt Nürnberg, 22.11.1956; SAS, Bestand 202, 1621, Grausige Bilanz: 703 erkrankten an Kinderlähmung, in: Abendpost, 14.11.1956.

¹¹⁴ Vgl. SAS, HA 5, 173, 5055-5, Die Gesundheitsbehörden haben ein gutes Gewissen, in: Stuttgarter Nachrichten, 22.11.56.

¹¹⁵ Dies wurde seit dem Ausbruch der Epidemie in Stuttgart 1950 durch zuständige Gesundheitsbehörden immer wieder betont, s. SAS, HA 5, 169, Aktennotiz des städtischen Gesundheitsamts Stuttgart, 20.07.50.

¹¹⁶ HStAS, EA 2/009, 2215 IV, Ausschnitt aus der Offenbach-Post, 16.11.1956.

Epidemie herausgegeben. Berichte wie der oben zitierte wurden als reine „Sensationsmache“ betrachtet.¹¹⁷

In Stuttgart selbst trat die Kinderlähmung 1956, wie bereits angedeutet, in geringerem Maße auf als in den Nachbarstädten. Interessant ist jedoch die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die einzelnen Stuttgarter Stadtteile. Es kam nämlich nur in einem Stadtteil, Weilimdorf mit Giebel, gemessen an der Zahl der Einwohner zu besonders vielen Erkrankungen. Die Leiterin des Gesundheitsamts Stuttgart, Frau Dr. Schiller, führte dies auf die Bevölkerungsstruktur dieser Stadtteile zurück:

Ich habe dafür nur eine Erklärung, nämlich die, dass dieser Stadtteil zum großen Teil mit einer neuen Bevölkerung besiedelt ist sowohl mit Bewohnern, die vorher nicht in Stuttgart waren, als auch solchen, bei denen das der Fall war. Sie wachsen nun allmählich zu einer neuen Bevölkerung zusammen. Ich möchte annehmen, dass diese Bevölkerung an die bei uns heimischen Virusstämme nicht in dem Maße gewöhnt ist, wie die übrige Bevölkerung der Stadt.¹¹⁸

Trotz dieser epidemiologischen Beobachtungen, trotz der Aufklärung der Bevölkerung über Hygiene-Maßnahmen und trotz der Bemühungen der Gesundheitsbehörden konnte die Kinderlähmung in diesen Jahren nicht erfolgreich bekämpft werden. Umso mehr war man in Deutschland deshalb an den erfolgreichen Feldversuchen des amerikanischen Virologen Jonas Salk interessiert. Die Presse jubelte zunächst über seinen Erfolg: Im Frühjahr freute sich beispielsweise die Stuttgarter Zeitung über den „Sieg über die Kinderlähmung“¹¹⁹ und die Cannstatter Zeitung schrieb: „Glockenläuten in den USA: Kinderlähmung besiegt!“¹²⁰. Die Vorstellung, durch einen Impfstoff der Seuche Herr werden zu können, weckte Erwartungen in der Bevölkerung, die bald Massenimpfungen in Deutschland forderte. So berichtete Dr. Schiller von zahlreichen Anfragen an das Stuttgarter Gesundheitsamt, welche die Frage nach dem offiziellen Beginn einer Impfkaktion zum Inhalt hatten.¹²¹ Als bekannt wurde, dass die Länder Finnland und Dänemark groß angelegte Impfungen an Kindern durchführen ließen, nahmen die Forderungen noch zu.¹²² Die Meldung, dass sämtliche Kinder der amerikanischen Streitkräfte in Europa noch vor Beginn des Sommers geimpft werden sollten, bestärkte den Wunsch nach einem baldigen Impfbeginn noch

¹¹⁷ HStAS, EA 2/009, 2215 IV, Aktennotiz des Innenministeriums Baden-Württemberg, Verfasser unbekannt, vom 10.12.1956.

¹¹⁸ SAS, HA 5, 169, 5055-1, „Bericht über Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 29.10.56.

¹¹⁹ SAS, Bestand 202, 1620, Schlagzeile aus der Stuttgarter Zeitung vom 14.05.55.

¹²⁰ SAS, Bestand 202, 1620, Schlagzeile aus der Cannstatter Zeitung vom 13.04.55.

¹²¹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1620, Impfen ja – aber ohne Risiko, in: Stuttgarter Nachrichten, 11.6.55.

¹²² Vgl. SAS, Bestand 202, 1620, Ganz Dänemark wird gegen Kinderlähmung geimpft, in: Stuttgarter Zeitung, 16.04.55.

weiter.¹²³ Auch im baden-württembergischen Landtag war die Frage nach Massenimpfungen gegen die Kinderlähmung bereits im April 1955 Gegenstand einer kleinen Anfrage des SPD-Abgeordneten Angstmann. Innenminister Ulrich verwies jedoch auf ein noch ausstehendes Gutachten des Bundesministeriums des Innern, welches die Verträglichkeit und die Wirksamkeit sowohl des amerikanischen als auch des deutschen Impfstoffes prüfen sollte.¹²⁴

Die Reaktionen der deutschen Wissenschaftler auf das neue Vakzin waren gespalten. Einerseits bot sich hiermit endlich eine Möglichkeit, die Polio wirksam zu bekämpfen. Andererseits jedoch war spätestens durch das „Cutter-Unglück“¹²⁵ deutlich geworden, dass eine solche Impfung auch gewisse Risiken beinhaltete, vor allem, wenn man sie überstürzt und ohne peinlichst genaue Prüfung einsetzte. Manche Wissenschaftler waren der Meinung, dass die Kenntnisse über die Art und Wirkungsweise eines solchen Impfstoffes noch nicht ausreichend waren. So konnte beispielsweise die Dauer der erreichten Immunität noch nicht abgeschätzt werden, und es wurde gefürchtet, dass ein Versiegen der Abwehrkraft schwerwiegende epidemiologische Folgen haben könnte. Ein weiterer Kritikpunkt betraf die Beobachtung, dass Personen, die einen nicht völlig inaktivierten Impfstoff erhalten hatten, ihrerseits zu Überträgern des Virus werden konnten.¹²⁶ Dem standen die strengereren Herstellungsvorschriften und die verschärften Kontrollen der Impfstoffherstellung vor allem in den Vereinigten Staaten gegenüber. Sorge bereitete einigen deutschen Experten, dass der deutsche Staat keine solchen Produktionsvorschriften für die Herstellung des Impfstoffes erlassen hatte, sondern sich erst bei der Prüfung und Zulassung des Stoffes einschaltete. Dies hatte zur Folge, dass die deutsche Polioimpfstoffherstellung sich auch 1956 noch im Stadium der Erprobung befand.¹²⁷

Der Generalsekretär der im August 1954 gegründeten *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung*, Dr. Hünnerbein, ging mit seiner Kritik am Salk-Impfstoff jedoch in eine andere Richtung. Ein Impfstoff aus abgetöteten Viren könne keinesfalls eine Infektion verhindern und sei somit für die Eindämmung der Kinderlähmung absolut ungeeignet, meinte er im September 1956 auf einer Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages.

¹²³ Vgl. SAS, Bestand 202, 1620, Kinderlähmungsfeldzug im Mai, in: Cannstatter Zeitung, 18.04.55.

¹²⁴ Vgl. Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 1. Wahlperiode (1953-1956), Protokoll-Band IV, 64. Sitzung am 27. April 1955, S. 2979.

¹²⁵ Zum „Cutter-Unglück“ vgl. oben, S. 18.

¹²⁶ Vgl. Henneberg, S. 186.

¹²⁷ Vgl. ebenda, S. 187.

Als Vakzine aus abgetöteten Viren vermag sie nur die Rate der Lähmungen infolge Erkrankung an Poliomyelitis bis höchstens 70 % herabsetzen, nicht aber die Infektion zu verhindern. Bei allem Enthusiasmus für eine Polio-Schutzimpfung nach amerikanischem Vorbild müssen wir uns klar vor Augen halten, dass sie als Seuchenbekämpfungsmethode keinen Wert besitzt und auch in Jahrzehnten nicht im Stande sein wird, die Verbreitung der Zunahme und der Erkrankungen an Kinderlähmung einzuschränken.¹²⁸

Dr. Hünnerbein äußerte weiter seine Hoffnung, dass die Versuche des amerikanischen Forschers Albert Sabin bald Erfolg zeigen würden, und somit in naher Zukunft auch ein Lebendimpfstoff zur Verfügung stehen könnte.¹²⁹

Die Leiterin des Stuttgarter Gesundheitsamts stand Impfungen mit dem Impfstoff aus abgetöteten Viren weitaus positiver gegenüber. Sie verwies auf Untersuchungen, die gerade in den Vereinigten Staaten gezeigt haben sollen, dass die Zahl der Erkrankungen unter den Geimpften viel niedriger sei als unter den Nichtgeimpften. Gleichzeitig betonte sie, dass die Erkrankung, sollte sie dennoch auftreten, bei geimpften Personen meist sehr leicht und vor allem ohne Atemlähmungen verlaufe. Besonderen Wert legte sie aber auch auf die Notwendigkeit, das Vakzin gründlich sowohl auf die Ungefährlichkeit als auch auf die Wirksamkeit hin zu untersuchen:

Sie wissen, dass in Deutschland ein ähnlicher Impfstoff hergestellt wurde, mit dem bereits Tausende von Kindern geimpft worden sind und bei dem es nicht zu solchen Zwischenfällen wie in den USA gekommen ist. Wenn trotzdem das Bundesinnenministerium und das Bundesgesundheitsamt zögerten, diesen Impfstoff „freizugeben“, so müssen wir, glaube ich, schon Vertrauen zu diesen Stellen haben, die namhafte Wissenschaftler mit der Prüfung des Impfstoffes beauftragt hatten. Sicher ist es schon sehr wichtig, wenn ein Impfstoff ungefährlich ist, aber er muss auch wirkungsvoll sein. Gerade die ganz ungefährlichen Impfstoffe sind manchmal von ungenügender Wirkung, während ein wirkungsvoller Impfstoff oft gefährlich werden kann. Diese Gefahr aufs äußerste einzuschränken ist Aufgabe der Hersteller und natürlich auch der amtlichen Stellen. [...] Es muss außerdem gesagt werden, dass die Tatsache, dass ein Impfstoff wirkungsvoll ist, sich erst bei einer Epidemie – leider – erweist.¹³⁰

Das vom Bundesgesundheitsministerium erstellte Gutachten zur Salk-Impfung sprach sich Ende Januar 1956 noch nicht für eine Impfkampagne aus. Impfungen seien nur in Einzelfällen zu empfehlen, von Massenimpfungen sei noch abzuraten, hieß es dort. Fehlende

¹²⁸ SAS, HA 5, 169, Vortrag des Generalsekretärs der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* e.V., Dr. Hünnerbein, auf der 23. Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetags am 28./29. September 1956 in Frankfurt/Main.

¹²⁹ Vgl. SAS, HA 5, 169, Vortrag des Generalsekretärs der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* e.V., Dr. Hünnerbein, auf der 23. Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetags am 28./29. September 1956 in Frankfurt/Main.

¹³⁰ SAS, HA 5, 174, 5055-1, „Bericht über die Kinderlähmung“, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 29.10.1956.

Kenntnisse über den Grad der Durchseuchung der deutschen Bevölkerung wurde als ein Grund angeführt. Außerdem sollte zunächst durch ein bundeseinheitliches Impfgesetz die staatliche Lenkung und Beaufsichtigung der Impfungen gesichert werden. Vor allem war es jedoch die Sicherheit des Salk-Impfstoffes, die in Frage gestellt wurde. Einerseits verwies das Gutachten auf Risiken der Impfstoffherstellung:

Das Impfunglück im Frühjahr 1955 in den USA kann nicht ausschließlich auf das Versagen einer einzigen Herstellerfirma zurückgeführt werden. Diese Impfwischenfälle haben ihre Hauptursache vielmehr darin, dass der Inaktivierungsprozess nicht ausreichend übersehen werden kann. Auch lassen die Prüfverfahren eine Anwesenheit von noch infektionstüchtigem Pm-Virus nicht mit Sicherheit ausschließen.¹³¹

Ferner wurde auf die Möglichkeit von Kontaktinfektionen hingewiesen, d.h. also auf die Gefahr, dass gesunde Impflinge durch Ausscheidung von aktivem Virus ihre Mitmenschen mit der Krankheit infizieren könnten.¹³²

In der Folge wurde das Gutachten des Bundesgesundheitsamts von vielen Experten harsch kritisiert. Es ist jedoch hinzuzufügen, dass der obersten Gesundheitsbehörde zum Zeitpunkt dessen Ausarbeitung wichtige Informationen noch nicht zur Verfügung gestanden hatten. Veröffentlichungen zur vollständigen Aufklärung des „Cutter-Unglücks“ lagen noch ebenso wenig vor wie ausreichende statistische Untersuchungen über die erfolgreiche Impfkation des Jahres 1955 in den USA.¹³³

Bei diesem Gutachten des Bundesgesundheitsamtes handelte es sich außerdem lediglich um eine Empfehlung. Grundsätzlich war es nämlich die Aufgabe der Länder, die Impfstoffe einzuführen und zu genehmigen. So waren auch Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein die ersten Länder, die sich noch 1956 dazu entschlossen, im folgenden Jahr mit Impfprogrammen zu beginnen. Ein Anstoß für diese Entscheidung könnte die öffentliche Forderung gewesen sein, endlich mit Impfkationen zu beginnen, damit Deutschland nicht länger „eine Insel der Nichtgeimpften“¹³⁴ bleibe. Da jedoch abzusehen war, dass frühestens Ende 1957 genügend deutscher Impfstoff zur Verfügung stehen würde, beantragten beide Länder die Einfuhr des amerikanischen Vakzins. Wenig später verständigten sich aber auch die Minister und Senatoren der anderen Länder auf die

¹³¹ Brehme, S. 101.

¹³² Vgl. Brehme, S. 102; mehr zum Gutachten des Bundesgesundheitsamts vgl. H. Eyer u.a.: Zum Gutachten über die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 98 (1956), S. 492-496.

¹³³ Vgl. Brehme, S. 103.

¹³⁴ SAS, Bestand 202, 1621, Bundesrepublik eine 'Insel der Nichtgeimpften', in: Cannstatter Zeitung 4.6.1956.

Durchführung einer Impfkation im Frühjahr 1957. Das Bundesgesundheitsamt stimmte schließlich in einem neuen Gutachten dem Vorhaben zu und befürwortete die Einfuhr und Verwendung amerikanischen Impfstoffs. Am 1. März 1957 beschlossen dann alle Länder einheitlich, so bald wie möglich mit der Verwendung des amerikanischen Salk-Impfstoffes zu beginnen.¹³⁵

3.2 Salk-Impfungen 1957 bis 1961

Die Entscheidung für die Verwendung des amerikanischen Impfstoffes gegen Kinderlähmung nach Salk war nun getroffen. Dies bedeutete jedoch nicht, dass in Stuttgart, wie in Deutschland insgesamt, rasch mit den Impfkationen begonnen werden konnte. Zuerst galt es noch einige organisatorische Aspekte zu klären. In letzter Konsequenz waren die Bundesländer sowohl für die Organisation als auch für die Durchführung eines Impfprogramms zuständig. Der Bund gab jedoch auch hier Empfehlungen.

Zuerst musste entschieden werden, in welchen Regionen geimpft werden sollte. Die Vertreter der obersten Gesundheitsbehörden der Bundesrepublik legten in einer Sitzung am 14. Februar 1957 fest, dass besonders in den Gebieten, die bereits von epidemischer Kinderlähmung betroffen waren, die Durchführung von Impfkationen zu empfehlen sei. Dabei wurden jedoch lediglich Endemiegebiete in Bayern aufgeführt, sowie die Großräume Aachen und Düsseldorf. Das Land Baden-Württemberg wurde nicht genannt, da man es bis dahin versäumt hatte, die Zahlen aus diesem Land zu bearbeiten. Das baden-württembergische Innenministerium ging jedoch für die Region Stuttgart auch von einer überdurchschnittlichen Gefährdung aus.¹³⁶

Eine weitere Frage war, welche Personen überhaupt für eine Impfung in Frage kämen. Laut Empfehlung des Bundes waren besonders die Kinder im 2. und 3. Lebensjahr zu den stark gefährdeten Personen zu zählen und sollten vorerst als einzige Gruppe geimpft werden. Von der Impfung einer relativ kleinen Gruppe versprach man sich eine größere Sicherheit vor Impf-Unglücken und hoffte außerdem auf die Beantwortung noch offener wissenschaftlicher Fragen, wie etwa die Frage nach der Dauer des Impfschutzes.¹³⁷ Das Innenministerium von Baden-Württemberg wollte dieser Empfehlung jedoch nicht folgen:

¹³⁵ Vgl. Lindner, S. 245ff.

¹³⁶ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.3.1957.

¹³⁷ Vgl. Josef Hünerbein: Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/1957), S. 514.

Da sich der amerikanische Impfstoff bisher bewährt habe, könne es keine Veranlassung geben, anderen Kindern als den 2-jährigen und 3-jährigen die Impfung vorzuenthalten.¹³⁸

Eine weitere Schwierigkeit ergab sich aus der Tatsache, dass im Frühjahr 1957 keine ausreichende Menge an deutschem Polio-Impfstoff zur Verfügung stand, da „es dem Prüfinstitut nicht möglich war, mit der Produktion Schritt zu halten“¹³⁹. Die Zeit drängte jedoch, denn die Impfungen sollten in Stuttgart bis zum 1. Juni 1957 abgeschlossen sein, „um zu vermeiden, dass in die Zeit des vermehrten Auftretens von Krankheitsfällen hineingepflicht wird“¹⁴⁰. Deshalb musste schnellstens amerikanischer Impfstoff eingeführt werden. Dies wurde dadurch erschwert, dass die amerikanischen Herstellerfirmen nur direkt an die Länder und nicht etwa an deutsche Apotheken liefern wollten. Außerdem bestanden diese Unternehmen auf eine, zumindest vorläufige, Übernahme der Kosten durch die Länder.¹⁴¹

Da Impfungen nicht zu den Dienstaufgaben der Gesundheitsämter gehörten, sollte in Baden-Württemberg die Ärzteschaft die Injektionen vornehmen, obwohl die Vertreter der Gesundheitsbehörden der Länder bei der oben genannten Sitzung am 14. Februar 1957 beschlossen hatten, die Impfkation von öffentlicher Hand durchführen zu lassen.¹⁴² Stuttgart jedoch stellte innerhalb des Landes eine Ausnahme dar: Hier sollten sowohl Ärzte als auch das Gesundheitsamt Impfungen durchführen.¹⁴³ In Fachkreisen war man sich bewusst, dass sich daraus einige Schwierigkeiten ergeben könnten. Zum einen konnte man nicht mit absoluter Sicherheit davon ausgehen, dass alle Ärzte wirklich jeden Impfling beim zuständigen Gesundheitsamt melden würden. Dies hätte zur Folge, dass beispielsweise kaum ein zweifelsfreier Zusammenhang zwischen Impfung und etwaigen Störungen hergestellt werden könnte. Außerdem versprach man sich von den genauen Zahlen neue Erkenntnisse über die Impfung, etwa über die Dauer und Wirkung der Immunisierung.¹⁴⁴ Aus diesen Gründen erließ das baden-württembergische Innenministerium am 20. März 1957 eine Polizeiverordnung über die ärztliche

¹³⁸ Vgl. Bekanntmachung der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 63; O. Vivell wies darauf hin, dass die Salk-Impfung nur als Massenimpfung eine Senkung der Morbidität bewirken könne, vgl. O. Vivell: Die Praxis der Poliomyelitis-Schutzimpfung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 35.

¹³⁹ Hünnerbein, Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung, S. 514.

¹⁴⁰ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.3.1957.

¹⁴¹ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.3.1957.

¹⁴² Auch die Kritik des Bundesgesundheitsamts änderte nichts an der Vorgehensweise Baden-Württembergs, vgl. Lindner, S. 248.

¹⁴³ Vgl. Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1581.

¹⁴⁴ Vgl. Hünnerbein, Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung, S. 514f.

Meldepflicht bei Impfungen gegen Kinderlähmung. Diese sollte die Kontrolle der Impfungen durch die Gesundheitsämter gewährleisten.

§ 1 (1) Ein Arzt, der eine Impfung gegen Kinderlähmung vorgenommen hat, ist verpflichtet, dies dem für den Aufenthaltsort des Impflings zuständigen Gesundheitsamt binnen drei Tagen mittels einer von den Gesundheitsämtern unentgeltlich zur Verfügung gestellten Karte zu melden. Dabei sind der Name, das Geburtsdatum, der Wohnort mit Kreis, das Geschlecht und die geimpfte Körperstelle des Impflings sowie das Datum der Impfung, ferner der Hersteller und die Kontrollnummer (Nummer der Charge) des verwendeten Impfstoffes anzugeben.¹⁴⁵

Eine weitere ungeklärte Frage war, wer letzten Endes die Kosten für die Impfungen übernehmen sollte. Der Bund lehnte dies von vornherein ab. Auch viele Bundesländer weigerten sich, die Kosten zu tragen.¹⁴⁶ In Bayern beispielsweise sollten die Impflinge selbst bzw. deren Eltern für die Kosten der Impfungen aufkommen. Nur die Kinder von Fürsorgeempfängern und Arbeitslosen sollten kostenlos geimpft werden.¹⁴⁷ Das Kölner Gesundheitsamt ließ hingegen verlauten, dass sämtliche Impfungen in Nordrhein-Westfalen durch das Land bezahlt werden würden. Viele Bundesländer, unter anderem Hessen, Berlin und Hamburg, waren aber genau wie Baden-Württemberg im März 1957 noch immer unentschieden, was die Übernahme der Kosten anging.¹⁴⁸ Frau Dr. Schiller vom Gesundheitsamt Stuttgart sprach sich deutlich für eine Kostenübernahme durch die Stadt oder das Bundesland aus: „Bei der Polio-Impfung sollte es auf keinen Fall heißen: Weil ich arm bin, muß ich eher sterben“¹⁴⁹. Darüber hinaus vermutete sie, dass durch ein Vorgehen wie in Bayern, also die kostenlose Impfung der Kinder von Fürsorgeempfängern oder Arbeitslosen, sehr hohe Verwaltungskosten entstehen könnten:

Wie sollte auch in der Eile entschieden werden, wer Selbstzahler sein kann, wer Fürsorgeempfänger ist, wer – um nur einmal ein Beispiel zu sagen – den doppelten Richtsatz hat usw. Ich glaube, dass die Unkosten, die hier der Verwaltung entstünden, höher wären als es sich lohnt.¹⁵⁰

Auch die hohen Kosten, die durch die Behandlung und Nachbehandlung der Kinderlähmung entstünden, könnten vielleicht durch breit angelegte, kostenlose Impfungen vermieden werden.

¹⁴⁵ SAS, HA 5 169, 5055-1, Gesetzblatt für Baden-Württemberg Nr. 6, 09.04.57, S. 37.

¹⁴⁶ Vgl. Lindner, S. 247.

¹⁴⁷ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.03.1957; Lindner S. 247.

¹⁴⁸ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.03.1957.

¹⁴⁹ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.03.1957.

¹⁵⁰ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlungen des Verwaltungsausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 22.03.1957.

Die baden-württembergische Landesregierung entschied sich jedoch gegen die Übernahme der Kosten. Der Impfstoff musste zwar erst einmal durch das Land bezahlt werden, sollte aber über pharmazeutische Großhandlungen an die Apotheken des Landes verkauft werden.¹⁵¹ Niedergelassene Ärzte sollten den Impfstoff dort ab dem 20. April 1957 zu einem ermäßigten Preis, der den Einkaufspreis und die Kosten für die Verteilung umfassen sollte, einkaufen können.¹⁵²

Der Gemeinderat Stuttgart beschloss am 18. April 1957, zumindest für einen Teil der Impflinge die Kosten zu übernehmen:

Solange andere Kostenträger nicht vorhanden sind, übernimmt die Stadt Stuttgart aus den Fürsorgemitteln die Kosten der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung im Rahmen dieser einmaligen Impfkaktion

- a) für Kinder, die selbst in öffentlicher Unterstützung stehen,
- b) für Kinder von Unterstützungsempfängern,
- c) wenn das monatliche Netto-Einkommen einer Familie folgende Beträge nicht übersteigt: Familie mit 2 Personen (Frau mit 1 Kind) 240 DM, Familie mit 3 Personen (Ehepaar mit 1 Kind oder Frau mit 2 Kindern) 320 DM, Familie mit 4 Personen (Ehepaar mit 2 Kindern oder Frau mit 3 Kindern) 380 DM, Familie mit 5 Personen (Ehepaar mit 3 Kindern oder Frau mit 4 Kindern) 460 DM, steigend um 80 DM für jedes weitere Kind.¹⁵³

Die anderen Impflinge bzw. deren Eltern hatten einen Betrag vom 7 DM je Injektion an den impfenden Arzt zu entrichten.¹⁵⁴ Insgesamt waren drei Injektionen nötig, um einen bestmöglichen Impfschutz zu erzielen.¹⁵⁵

Sobald genügend Impfstoff in Stuttgart zur Verfügung stand, begann das städtische Gesundheitsamt mit dem Versand von Einladungen an die Eltern der Kinder des Geburtsjahrgangs 1954.¹⁵⁶

Dann folgte die Überraschung: Trotz der anhaltenden Forderung der Öffentlichkeit und der Presse nach Impfkaktionen gegen die Kinderlähmung war die Resonanz nun sehr gering. Bis Ende Mai 1957 hatten gerade einmal 16 Prozent der 2- und 3-jährigen Kinder eine Impfung erhalten. In den umliegenden Kreisen schätzte man, dass die Beteiligung noch

¹⁵¹ Vgl. SAS, HA 5, 169, Bisherige Maßnahmen für die Polio-Impfung, in: Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 77, 09.10.1957, S. 3.

¹⁵² Vgl. Hans Mayser: Poliomyelitis und Schutzimpfung im Lande Baden-Württemberg, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 208.

¹⁵³ Die Bedürftigkeitsgrenze wurde auf Antrag des Bürgermeisteramtes auf das Eineinhalbfache des Fürsorgesatzes festgelegt, s. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 18, 25.04.57, S. 2.

¹⁵⁴ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 18, 25.04.57, S. 2.

¹⁵⁵ Vgl. Merkblatt für Eltern zur Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 123.

¹⁵⁶ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 18, 25.04.57, S. 2.

weit unter der in Stuttgart lag. Nun wurde nach Gründen gesucht: Einerseits hatte sich die mengenmäßige Verabreichung des Impfstoffes als problematisch erwiesen. Dieser wurde in Ampullen mit je 9 ccm Inhalt verkauft – diese Menge reichte für die Injektion von neun Kindern aus und musste innerhalb eines Tages verbraucht werden. Dies bedeutete große organisatorische Schwierigkeiten, da die Ärzte immer neun Kinder zu einer Impfung zusammenfassen mussten. Für Ärzte in Großstädten wie Stuttgart war dies machbar – für die Ärzte in ländlichen Gebieten erwies es sich häufig als unmöglich. Diese Tatsache ist wohl auch als Grund anzusehen, warum die Impfbeteiligung in den umliegenden Regionen noch niedriger war als in Stuttgart.¹⁵⁷ Die Portionierung des Impfstoffes hatten noch ein weiteres Problem zur Folge: Bis zum 31. Juli 1957 wurden in Baden-Württemberg 65.000 Injektionseinheiten Polio-Impfstoff verbraucht, während die Gesundheitsämter lediglich 22.368 Meldungen über Impfungen erhalten haben. Ein Grund hierfür könnte sein, dass einige impfende Ärzte es unterlassen hatten, die Impfungen ordnungsgemäß an das Gesundheitsamt zu melden.¹⁵⁸ Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass Ärzte wegen des Mangels an Impflingen restliche Mengen Impfstoff entsorgt hatten. Zahlreiche Ärzte forderten schließlich, dass die Durchführung der Impfungen ausschließlich den Gesundheitsämtern übertragen werden sollte.¹⁵⁹

Eine weitere Ursache für die landesweit geringe Impfbeteiligung lag, so vermutete der baden-württembergischen Landtag, in der zögernde Haltung des Bundesgesundheitsamtes begründet, das den amerikanischen Impfstoff lange als zu unsicher eingestuft hatte.¹⁶⁰ Dies, so die Annahme, hatte in der Bevölkerung eine Angst vor Impfschäden geschürt, wie die meisten sie noch aus dem „Cutter-Unglück“ in Erinnerung hatten.¹⁶¹ Die Erfolge, die seitdem dank der verschärften Sicherheitsvorschriften erzielt wurden, hatten eventuell noch nicht alle Eltern von der Sicherheit des Serums überzeugen können:

Die Mütter begegnen diesen Impfungen immer wieder mit einem gewissen Misstrauen und mit bangen Fragen. Bei einem solchen Vorbeugungsmittel, das zudem während der Entwicklungszeit noch umstritten war, sind oft nüchterne Zahlen nicht überzeugend genug. Vielleicht rechnen die Mütter durchaus mit dem Verantwortungsbewusstsein der Wissenschaftler, die den Stoff entwickelt haben und mit der Sorgfalt der Hersteller.

¹⁵⁷ Vgl. Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1581.

¹⁵⁸ Vgl. Mayser, Poliomyelitis und Schutzimpfung im Lande Baden-Württemberg, S. 208.

¹⁵⁹ Vgl. Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1581.

¹⁶⁰ Vgl. Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1581.

¹⁶¹ Vgl. Kommentar des Abgeordneten Dr. Kohler zum Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1583f.

Vielleicht glauben sie auch an die vielen Gutachten, Analysen und Untersuchungen weltbekannter wissenschaftlicher Kapazitäten. Aber erst wenn dieses neue Mittel allgemein das Vertrauen in der Mütter erworben hat, wird der Erfolg in der Breitenwirkung sichtbar sein. Dazu muß die große Impfkation in der Bundesrepublik beitragen, die diese unheilvolle Krankheit verhüten helfen soll.¹⁶²

Auch die mangelhafte Aufklärung durch die Gesundheitsämter des Landes wurde kritisiert. Am 17. Mai 1957 erging eine dementsprechende Mitteilung des baden-württembergischen Innenministeriums an die verschiedenen Regierungspräsidien:

Der bisherige, äußerst zögerliche Verlauf der Impfkation legt die Vermutung nahe, dass die in dem Bezugserlaß [Runderlaß vom 11. April 1957 Nr. X 2215/424, Anm. d. V.] vorgesehene Aufklärung der Bevölkerung durch die Gesundheitsämter nicht in dem erforderlichen Maß erfolgt ist. In einem Zeitungsbericht wird ausgeführt, dass die Impfung nur für Kinder im 2. und 3. Lebensjahr in Betracht komme. Diese Mitteilung beruht auf einem Irrtum. In Baden-Württemberg können Impfungen gegen Kinderlähmung ohne Rücksicht auf das Lebensalter des Impflings durchgeführt werden. Die Kinder des 2. und 3. Lebensalters sind lediglich als besonders gefährdet bezeichnet worden. Hierauf ist in der Öffentlichkeit wiederholt hinzuweisen.¹⁶³

Die wichtigste Rolle für die weit hinter den Erwartungen zurückbleibende Impfbeteiligung¹⁶⁴ spielte jedoch die Kostenfrage. Die Kosten lagen mit 21 DM für die drei erforderlichen Injektionen über den finanziellen Möglichkeiten vieler Familien. Die Cannstatter Zeitung schrieb zu diesem Thema:

Wie gestern im Sozialausschuss des Gemeinderats berichtet wurde, dürfte für die schlechte Beteiligung an der Impfmöglichkeit vor allem die Kostenfrage maßgebend sein. Immer wieder würden Eltern zum Impfen kommen, die sich darüber aufhalten, dass sie bezahlen müssen.¹⁶⁵

Als Gegenbeispiel wurde immer wieder das Land Nordrhein-Westfalen angeführt, wo sämtliche Kosten für Impfungen vom Land übernommen wurden. Dort lag die Impfbeteiligung mit durchschnittlich 60 Prozent bedeutend höher.¹⁶⁶

Der baden-württembergischen Landesregierung musste sich nun der Frage stellen, wie mit dem unverbrauchten Impfstoff zu verfahren sei. Da das Vakzin nur bis Oktober bzw. November desselben Jahres haltbar war und in den Sommermonaten wegen des zu erwartenden Anstiegs der Erkrankungsfälle möglichst nicht geimpft werden sollte, gab es nur wenige Möglichkeiten. Einerseits wurde gefordert, die Kosten für die Bevölkerung zu

¹⁶² SAS, HA 5, 173, 5055-5, Polioschutzimpfung besser als ein Rollstuhl, in: Stuttgarter Zeitung 28.08.57.

¹⁶³ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Mitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg an die Regierungspräsidien v. 13. Mai 1957, Nr. X 2215/446.

¹⁶⁴ Das Innenministerium Baden-Württembergs hatte mit 50 Prozent Impfbeteiligung bei den Kindern der Geburtsjahrgänge 1954 und 1955 gerechnet und eine dementsprechende Menge an Impfstoff gekauft, vgl. Bisherige Maßnahmen für die Polio-Impfung, in: HA 5, 174, 5055-5, Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 77, 09.10.1957, S. 3.

¹⁶⁵ SAS, Bestand 202, 1621, Erst 1300 Kinder geimpft, in: Cannstatter Zeitung, 21.5.57.

¹⁶⁶ Vgl. Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1581.

senken, um eine höhere Impfbeteiligung zu erreichen.¹⁶⁷ Innenminister Renner schlug hingegen vor, eventuell im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsamt auch in den Sommermonaten Impfungen durchzuführen und den übrig bleibenden Impfstoff anderen Bundesländern zum Kauf anzubieten.¹⁶⁸

Der Sommer 1957 brachte jedoch ein starkes Ansteigen der Erkrankungszahlen – Württemberg lag laut Bundesgesundheitsamt bundesweit an der Spitze – und so mussten rasch Lösungen gefunden werden. Am 23. Juli wurde das Gesundheitsamt Göppingen per Erlass des Innenministeriums beauftragt, in den Gemeinden Salen und Süßen freiwillige und kostenlose Impfungen durchzuführen. In den Gemeinden Kehlen im Kreis Tettnang sowie in Öhringen und Cappel im Kreis Öhringen erfolgte wenig später ebenfalls eine solche Impfkaktion. Am 19. August ordnete das baden-württembergische Innenministerium schließlich an, im ganzen Land durch die Gesundheitsämter freiwillige und kostenlose Impfungen durchführen zu lassen und auch den frei praktizierenden Ärzten auf Nachfrage kostenlos Impfstoff zur Verfügung zu stellen. Die Aktion sollte vorerst bis zum 31. Oktober desselben Jahres befristet sein.¹⁶⁹ Die Befristung bedeutete jedoch, dass vorerst nur die ersten beiden Injektionen kostenlos sein würden, da die dritte Injektion, die einen dauerhaften Impfschutz sicher stellen sollte, erst sieben Monate nach der zweiten durchgeführt werden kann. Diese Umstände, nämlich das plötzliche Umschwenken des Landes in der Kostenfrage und die Ungewissheit, was nun mit der dritten Injektion geschehen sollte, führten in der Presse zu Spekulationen. Hatte man sich im baden-württembergischen Innenministerium nur deshalb für die Übernahme der Kosten entschieden, da man die große Menge übrig gebliebenen teuren Impfstoffs nicht ungenutzt entsorgen wollte? Oder war es tatsächlich die Angst vor einem weiteren Ausbreiten der Epidemie? Außerdem wurde das ständige Hin und Her um die Polio-Schutzimpfung kritisiert: Da die Impfbeteiligung im Frühjahr nicht zuletzt wegen der Kostenfrage so gering ausgefallen war, ergab sich nun die Notwendigkeit, trotz mancher Bedenken doch in die zu erwartende Welle der Neuerkrankungen in den Sommermonaten hinein zu impfen. Sollte ein Kind bereits vor der Impfung den Virus in sich tragen und nach der Impfung an Kinderlähmung erkranken, wäre die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Öffentlichkeit den

¹⁶⁷ Vgl. Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1581.

¹⁶⁸ Vgl. Kommentar von Innenminister Renner zum Antrag der Abgeordneten Marianne Maurer, in: Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode, Protokollband II, 33. Sitzung am 29. Mai 1957, S. 1584.

¹⁶⁹ Vgl. SAS, HA 5, 169, Bisherige Maßnahmen für die Polio-Impfung, in: Staatsanzeiger für Baden-Württemberg Nr. 77, 09.10.57, S. 3.

Impfstoff dafür verantwortlich machte. So würde das Vertrauen der Bevölkerung in die Schutzimpfung vielleicht dauerhaft gestört werden. Nach Ansicht der Presse hätte man in Baden-Württemberg all diese Probleme vermeiden können:

Alls da, finanzielle und psychologische Probleme und auch die jetzige Zeitnot hätten sich vermeiden lassen, wenn im Frühjahr der Staat unseren Vorschlägen gefolgt wäre und für den Anfang eine kostenlose Impfung – wenigstens aller Zwei- und Dreijährigen – ermöglicht hätte, so wie das in Nordrhein-Westfalen, Berlin und Hamburg schon lange der Fall ist.¹⁷⁰

Es stellte sich jedoch heraus, dass die Verunsicherung in der Bevölkerung nicht so groß war wie befürchtet. Vielleicht war aber auch die Furcht vor der Epidemie größer als die Furcht vor Impfschäden. Es wurden schließlich auch keine Impfwischenfälle bekannt: Keine geimpfte Person war an Kinderlähmung erkrankt.¹⁷¹

Die Nachfrage war plötzlich überraschend hoch: Bereits Mitte September war der gesamte Vorrat an Polio-Impfstoff in Baden-Württemberg aufgebraucht. Das stellte die Landesregierung vor ein großes Problem, schließlich hatte man die Impfkation bis zum 31. Oktober fortführen wollen, und es waren noch lange nicht alle Impfwilligen geimpft worden. Hunderte von Menschen hatten abgewiesen werden müssen.¹⁷² Um die Impfkation fortzuführen und vor allem auch die meisten Zweitinjektionen durchführen zu können, ohne welche die erste Injektion unwirksam bleiben würde, musste weiterer Impfstoff eingekauft werden. Das baden-württembergische Innenministerium beantragte also am 18. September die Zustimmung zum Kauf von weiteren 175 Liter Impfstoff. Fünf Tage später genehmigte das Finanzministerium die Beschaffung von 165 Liter. Diese Menge, so schätzte man, sollte zumindest für die noch ausstehenden Zweitinjektionen ausreichen.¹⁷³ In Stuttgart war jedoch Impfstoff in so ausreichender Menge vorhanden, dass auch nach dem 31. Oktober mit den Impfungen fortgefahren werden konnte.¹⁷⁴

Trotz des überraschenden, aber durchschlagenden Erfolges der freiwilligen und kostenlosen Impfkation beschloss der Ministerrat des Landes im November 1957, im

¹⁷⁰ SAS, Bestand 202, 1621, Jetzt kann jeder selbst über seinen Schutz entscheiden, in: Stuttgarter Nachrichten, 28.8.57.

¹⁷¹ Vgl. Kommentar von Innenminister Renner zum Antrag der Abgeordneten Maurer, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 36. Sitzung am 02.10.1957, S. 1801.

¹⁷² Vgl. Antrag der Abgeordneten Maurer, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 36. Sitzung am 02.10.1957, S. 1802.

¹⁷³ Vgl. Kommentar von Innenminister Renner zum Antrag der Abgeordneten Maurer, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II, 36. Sitzung am 02.10.1957, S. 1803.

¹⁷⁴ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Mitteilung von Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, an das Bürgermeisteramt, Referat S vom 28.10.57.

kommenden Jahr die Kosten für die Impfung wieder dem Impfling selbst bzw. dessen Eltern aufzuerlegen. Nur in Ausnahmen sollten die Kosten vom Staat getragen werden:

Auf Grund eines Beschlusses des Ministerrats vom 18./25. November 1957 werden freiwillige Impfungen gegen Kinderlähmung im Jahre 1958 unter Inanspruchnahme staatlicher Mittel bei Kindern aus dem Kreise der Bevölkerung, deren Einkommen 250 v.H. des Fürsorgerichtsatzes (einschl. Miete und etwaiger Mehrkosten) nicht oder höchstens um die Kosten der Impfung gegen Kinderlähmung übersteigt, in folgendem Umfange durchgeführt:

1. Kindern des Geburtsjahrgangs 1954, die bereits zwei Injektionen erhalten haben, können die staatlichen Gesundheitsämter die dritte Injektion unentgeltlich verabfolgen. Privatärzten, die solchen Kindern die dritte Injektion geben, wird der Impfstoff auf Antrag vom staatlichen Gesundheitsamt unentgeltlich überlassen.
2. Noch nicht geimpfte Kinder der Geburtsjahrgänge 1955 und 1956 können von den staatlichen Gesundheitsämtern unentgeltlich drei Injektionen erhalten. Soweit für die Impfung Privatärzte in Anspruch genommen werden, können ihnen die staatlichen Gesundheitsämter den Impfstoff gegen Ersatz der Gestehungskosten¹⁷⁵ überlassen.¹⁷⁶

Diese Richtlinie war mit einem sehr hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Zuerst einmal musste festgestellt werden, welche Eltern überhaupt berechtigt waren, ihre Kinder kostenlos impfen zu lassen. Dazu mussten die Gesundheitsämter Formulare für schriftliche Erklärungen entwerfen und vervielfältigen.¹⁷⁷ Diejenigen, die für ihre Kinder eine solche kostenlose Impfung beantragen wollten, mussten in dieser schriftlichen Erklärung das Bruttoeinkommen aller unterhaltspflichtigen Haushaltsangehörigen angeben. Außerdem mussten die Angaben durch Verdienstbescheinigungen, Rentenbescheinigungen oder Einkommensteuerbescheinigungen belegt werden. Die Überprüfung sämtlicher Angaben oblag dem zuständigen Gesundheitsamt.¹⁷⁸

Der hohe Verwaltungsaufwand war nicht die einzige Schwierigkeit, die sich aus dem oben zitierten Beschluss ergab. Auch die Eltern reagierten zurückhaltend auf das Angebot, ihre Kinder kostenlos impfen zu lassen, weil viele von ihnen sich scheuten, dem Gesundheitsamt ihre Einkommensverhältnisse offen zu legen. Auch zahlreiche praktizierende Ärzte beteiligten sich nicht an den Impfungen, weil sie es ablehnten, an der Überprüfung der Einkommensverhältnisse der Eltern mitzuwirken.¹⁷⁹

¹⁷⁵ Für Kinder dieser Geburtsjahrgänge betrug der Preis für eine Ampulle DM 3,50, vgl. Hans Mayser: Poliomyelitis und Schutzimpfung 1958 im Lande Baden-Württemberg, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 57.

¹⁷⁶ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Abschrift des Gesundheitsamts Stuttgart eines Schreibens des Innenministeriums Baden-Württemberg (Nr. X 2215-1/150) an die Regierungspräsidien vom 05.02.1958.

¹⁷⁷ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Mitteilung des Regierungspräsidiums Nordwürttembergs (Nr. I 10 – 2215/206) an die staatlichen Gesundheitsämter vom 15.02.1958.

¹⁷⁸ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Abschrift des Gesundheitsamts Stuttgart eines Schreibens des Innenministeriums Baden-Württemberg (Nr. X 2215-1/150) an die Regierungspräsidien vom 05.02.1958.

¹⁷⁹ Vgl. Antwort des Staatsministeriums auf die Entschließung des Landtags vom 12. März 1958 betreffend der Durchführung von Impfungen gegen die Kinderlähmung in den Jahren 1958 und 1959 vom 30.12.1958,

Die Presse kritisierte vor allem die Tatsache, dass nicht alle Kinder der Jahrgänge 1954 und 1955 kostenlos geimpft werden sollten:

Wir haben schon im Frühjahr vorigen Jahres gefordert, dass die in erster Linie gefährdeten Kinder der Jahrgänge 1954 und 1955 kostenlos geimpft werden. Man hat das damals abgelehnt, um dann später unter dem Zwang der Ereignisse alle Einwohner ohne Rücksicht auf ihr Alter kostenlos zu impfen. Immer aber haben sich die Bestimmungen lückenhaft nur auf die erste und zweite Impfung bezogen, obwohl erst mit der dritten Impfung ein langanhaltender Schutz eintritt. Soll jetzt mit den Bestimmungen zur dritten Impfung diese bisher schon so unglückliche Entwicklung fortgesetzt werden? Übrigens: Der Staat ist ein schlechter Rechner, wenn er zwar die Ausgaben für die ersten Impfungen übernimmt, dasselbe aber für die letzte Impfung mit ihrer langandauernden Schutzwirkung ablehnt. Dann war nämlich das vorher ausgegebene Geld falsch investiert!¹⁸⁰

Die Vorgehensweise des Landes resultierte schließlich in einer sehr geringen Impfbeteiligung im Jahr 1958. Es könnten jedoch auch die niedrigen Erkrankungszahlen in diesem Jahr zu einer größeren Sorglosigkeit und somit Zurückhaltung in der Bevölkerung geführt haben.¹⁸¹ Diese Haltung wurde durch Aussagen eines Sprechers des baden-württembergischen Innenministeriums gefördert:

Ein Sprecher des Innenministeriums vertrat auf Anfrage die Ansicht, dass denjenigen Eltern, die mehr verdienen als in den kommenden Richtlinien angeführt ist, durchaus zugemutet werden könne, die Impfkosten selbst zu tragen. Im vergangenen Jahr sei die Situation anders gewesen. Angesichts der Kinderlähmungs-Epidemie habe sich der Staat verpflichtet gefühlt, die Kosten für die Impfungen unbesehen zu übernehmen, um dem Wüten dieser gefährlichen Krankheit ein Ende zu bereiten. Das sei auch gelungen. Jetzt aber bestehe keine akute Gefahr mehr und es handle sich bei den Impfungen um eine „echte Vorbeugung“.¹⁸²

Angesichts der seit Kriegsende steigenden Erkrankungszahlen konnte jedoch von einer Gefahrlosigkeit der Kinderlähmung keine Rede sein. Trotz des Ausbleibens von Epidemien in Baden-Württemberg im Jahr 1958 war es weiterhin nötig, Impfungen zu fördern, um eine breite Immunisierung zumindest der besonders gefährdeten Personen zu gewährleisten.

Deshalb wurden die Richtlinien für die Impfung gegen Kinderlähmung für das kommende Jahr vereinfacht. 1959 sollten die Kinder der Geburtsjahrgänge 1956 und 1957 mit drei Injektionen geimpft werden. Der zu leistende Beitrag, der jedoch die tatsächlichen Kosten nur teilweise decken konnte, betrug DM 3,-. Dieser Betrag wurde bei der ersten Injektion

Beilage 2274, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band V, Stuttgart 1959, S. 3699.

¹⁸⁰ SAS, Bestand 202, 1634, Polioimpfung mit Kreuzworträtsel, in: Stuttgarter Nachrichten 17.1.58.

¹⁸¹ Vgl. Antwort des Staatsministeriums auf die Entschließung des Landtags vom 12. März 1958 bezüglich der Durchführung von Impfungen gegen die Kinderlähmung in den Jahren 1958 und 1959 vom 30.12.1958, Beilage 2274, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band V, Stuttgart 1959, S. 3699.

¹⁸² SAS, Bestand 202, 1622, Dritte Polio-Impfung nicht mehr kostenlos, in: Allgemeine Zeitung, 01.02.1958.

fällig, d.h. die folgenden beiden Injektionen waren inbegriffen. Ausnahmen wurden nur für Kinder von Fürsorge- und Weihnachtsbeihilfeempfängern gemacht: Bei ihnen trug das Land die vollen Kosten für die Impfung.¹⁸³ Diese Regelung wurde in Baden-Württemberg bis zur Einführung des Lebendimpfstoffes 1962 beibehalten.¹⁸⁴

Nachdem für das Jahr 1960 ein Ansteigen der Erkrankungsfälle prognostiziert worden war, beschloss das baden-württembergische Innenministerium am 18. Dezember 1959, im folgenden Jahr wieder einem größeren Teil der Bevölkerung die Impfung zu empfehlen. Diesmal sollten Kinder der Geburtsjahrgänge 1945 bis 1958 geimpft werden. Um die betreffenden Eltern auf die Notwendigkeit der Impfung aufmerksam zu machen, verschickten die zuständigen Gesundheitsämter Briefe und Merkblätter, die zum einen die Anmeldeformalitäten für die Schutzimpfung, zum anderen über die Gefahren der Kinderlähmung und die Chancen der Impfung aufklären sollten. Den Briefen waren Anmeldevordrucke beigelegt, die termingerecht über den Klassenlehrer oder die Kindergärtnerin an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden mussten. Nach Eingang der Anmeldung beim Gesundheitsamt erhielten die Eltern und Sorgeberechtigten eine Einladung zum Impftermin.¹⁸⁵

Trotz der Vereinfachung der Kostenregelung und der verstärkten Bemühungen des Gesundheitsamtes um die Aufklärung der Eltern wurden längst nicht alle Kinder der genannten Jahrgänge dem Gesundheitsamt zur Impfung vorgestellt. Bei der ersten Impfkaktion des Jahres in Stuttgart vom 21. März bis 11. Mai waren 12,64 Prozent der bestellten Kinder, also insgesamt 4343 Kinder, nicht zum Impftermin erschienen. Sorge bereite auch, dass die zweite Impfkaktion vom 2. bis 13. Mai, bei der die zweite Injektion verabreicht wurde, nicht von allen Impfungen wahrgenommen wurde: 8,49 Prozent der bestellten Kinder (1063 Kinder insgesamt) erhielten somit keine zweite Injektion. Dies war problematisch, da ohne diese zweite Injektion die erste Einspritzung keine bleibende Wirkung hatte und somit vergeblich gewesen war.¹⁸⁶ Ungeachtet der Tatsache, dass nicht alle Eltern der Empfehlung der Gesundheitsämter über die Schutzimpfung gegen

¹⁸³ Vgl. Antwort des Staatsministeriums auf die Entschließung des Landtags vom 12. März 1958 betreffend der Durchführung von Impfungen gegen die Kinderlähmung in den Jahren 1958 und 1959 vom 30.12.1958, Beilage 2274, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band V, Stuttgart 1959, S. 3700.

¹⁸⁴ Vgl. SAS, Bestand 202, 1787, Brief des Gesundheitsamts Stuttgart an die Eltern und Sorgeberechtigten der Kinder der Geburtsjahrgänge 1945 bis 1958, Februar 1960; Merkblatt über die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung des Gesundheitsamts Stuttgart, vermutlich Sommer 1961.

¹⁸⁵ Vgl. SAS, Bestand 202, 1787, Brief des Gesundheitsamts Stuttgart an die Eltern und Sorgeberechtigten der Kinder der Geburtsjahrgänge 1945 bis 1958, Februar 1960.

¹⁸⁶ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats vom 16. Mai 1960.

Kinderlähmung Folge leisteten, war die Impfkation von 1960 die umfangreichste in Stuttgart. Um dies zu verdeutlichen, seien hier die Zahlen der Impfungen von 1957 bis 1961 in Stuttgart dargestellt:

Tabelle 1: Die Salk-Impfung in Stuttgart 1957-1961¹⁸⁷

	1957	1958	1959	1960	1961
1. Einspritzung	4210	2013	3796	29795	6057
2. Einspritzung	4103	1289	2936	29023	5563
3. Einspritzung	- ¹⁸⁸	3522	1338	2744	28642

In der Impfkation von 1960 war es erstmals gelungen, in Stuttgart einen größeren Personenkreis gegen die Kinderlähmung zu immunisieren. Mit insgesamt 87712 Einspritzungen, die durch das Stuttgarter Gesundheitsamt in den Jahren 1960/61 vorgenommen wurden, konnten etwa 50 bis 60 Prozent der 1 bis 15jährigen geimpft werden. Im Jahr 1961 trat schließlich die prognostizierte Poliomyelitis-Welle ein. Die Zahlen sprechen für einen Erfolg der Stuttgarter Impfkation. Während in Nordwürttemberg die Zahl der Neuerkrankungen im Vergleich zum Vorjahr auf das Dreifache anstieg, nahm die Zahl in Stuttgart lediglich auf das Eineinhalbfache zu. Auf 10.000 Einwohner kamen in Nordwürttemberg 1,18 Erkrankungen, in Stuttgart dagegen nur 0,6 Erkrankungen. Besonders interessant war, dass die Polio-Herde auch in diesem Jahr wieder rund um Stuttgart lagen: Besonders Waiblingen, Ludwigsburg, Böblingen und Leonberg hatten mit der Poliomyelitis zu kämpfen.¹⁸⁹

Insgesamt gesehen blieben die Salk-Impfungen jedoch sowohl in Stuttgart als auch in Württemberg und in der ganzen Bundesrepublik weitestgehend erfolglos: Eine umfassende Immunisierung der Bevölkerung konnte nicht erreicht werden.¹⁹⁰ Dies zeigte sich in der Tatsache, dass die Zahl der Erkrankungen auch nach der Einführung des Salk-Impfstoffes 1957 noch kräftig anstieg. Die relative Erfolglosigkeit der Impfung in Deutschland hatte verschiedene Ursachen. Ein wichtiger Grund war die anfängliche Unentschlossenheit über

¹⁸⁷ Die Tabelle wurde erstellt anhand von Angaben in SAS, HA 5, 174, 5055-6, Am 17. Mai beginnt in Stuttgart die Schluckimpfung, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 18, 03.05.1962, S. 3.

¹⁸⁸ – = keine Angabe

¹⁸⁹ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Am 17. Mai beginnt in Stuttgart die Schluckimpfung, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart Nr. 18, 03.05.1962, S. 3; SAS, Bestand 202, 1787, Durchführung der Schluckimpfung in Stuttgart, Vortrag von Medizinaldirektor Prof. Saleck im Sozialausschuss des Gemeinderats Stuttgart am 30.04.1962.

¹⁹⁰ Vgl. Erich Koßmann: Der bisherige Verlauf der Poliomyelitis anterior acuta in Baden-Württemberg im Jahr 1961, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 16 (1961), S. 200.

die Einführung des Impfstoffes. Die zögernde Haltung des Bundesgesundheitsamtes, die Furcht vor Impfschäden nach dem Bekannt werden des „Cutter-Unglücks“ und die Uneinigkeit der deutschen Wissenschaftler haben sicherlich einen wesentlichen Teil dazu beigetragen. Die Bevölkerung, durch die Presse über diese Vorgänge informiert, reagierte verunsichert. Dieser Verunsicherung stand auf der anderen Seite aber auch eine große Nachfrage nach der Impfung gegen die Kinderlähmung entgegen, vor allem, nachdem sowohl in den USA als auch in einigen europäischen Nachbarländern erfolgreiche Impfkationen durchgeführt worden waren.¹⁹¹

Als der Impfstoff dann 1957 endlich zur Verfügung stand, war die Nachfrage jedoch sehr verhalten. Dies hatte verschiedene Gründe: Die baden-württembergische Landesregierung machte vor allem die nötigen drei Einspitzungen für den Misserfolg der Impfung verantwortlich.¹⁹² Tatsächlich zeigen die Zahlen, dass nicht alle Impflinge nach der ersten Injektion auch die beiden folgenden erhalten haben. Andererseits trug mit Sicherheit auch die uneinheitliche Durchführung der Impfkationen in den einzelnen Bundesländern dazu bei. Hier war vor allem die unterschiedliche Handhabung der Kostenfrage maßgebend. Dass letztere von größter Wichtigkeit für den Erfolg der Impfkation war, zeigte sich in Baden-Württemberg bereits 1957. Als im Frühjahr erstmals Salk-Impfungen angeboten wurden, wurde das Angebot nur zögernd angenommen – nicht zuletzt aufgrund der Kosten, die den Eltern der Impflinge auferlegt wurden. Noch im selben Jahr fanden jedoch wegen des starken Anstiegens der Erkrankungen kostenlose Impfungen statt, die eine deutlich höhere Impfbeteiligung brachten.

Gerade für Württemberg, wo die Kinderlähmung in diesen Jahren immer wieder in endemischer und epidemischer Form auftrat, wäre eine einheitliche und konsequente Durchführung der Schutzimpfungen von größter Wichtigkeit gewesen. Die Stuttgarter Impfkation von 1960 und das darauf zurückzuführende geringe Ansteigen der Erkrankungszahlen 1961 zeigt, dass mit umfassenderen Impfkationen ein besserer Schutz vor der Kinderlähmung hätte erreicht werden können. Große Hoffnungen lagen nun auf der Einführung des Lebendimpfstoffes nach Sabin.

¹⁹¹ Beispielsweise in Dänemark waren bereits 1959 über 90 Prozent der 0-18jährigen geimpft worden, vgl. Bericht über das 6. Europäische Symposion der Europäischen Vereinigung gegen die Poliomyelitis in München vom 6. bis 9. September 1959, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959/60), S. 433; in der Schweiz wurde zwischen 1957 und 1959 ebenfalls reger Gebrauch vom Salk-Impfstoff gemacht, ab 1960 wurden dort Massenimpfungen mit Lebendimpfstoff durchgeführt, vgl. M. Schär: Der Stand der Schutzimpfung mit Lebendvakzinen gegen die Poliomyelitis in der Schweiz, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 220.

¹⁹² Vgl. Schriftliche Antwort des Innenministeriums Baden-Württemberg auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Stößinger (Beilage 1589), in: Verhandlungen des Landtag von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band IV, S. 2793.

3.3 Impfungen nach Sabin

Nicht zuletzt war es vermutlich der Misserfolg der Schutzimpfung nach Salk, der bewirkte, dass die Einführung der Schluckimpfung nach Sabin von Anfang an unter einem besseren Stern stand. Gesundheitspolitiker und Medizinalbeamte waren dem neuen Impfstoff gegenüber eher aufgeschlossen und lobten vor allem die einfache Anwendbarkeit der Impfung.¹⁹³ Ein weiterer Vorteil war, dass eine solche Impfung einer sogenannten „stillen Feiung“, also einer auf natürliche Weise erworbenen Immunität entsprach. Außerdem wurde der Schutz vor der paralytischen Form der Kinderlähmung auf 95 bis 100 Prozent geschätzt, während bei der Salk-Impfung lediglich bei 75 Prozent lag.¹⁹⁴ Bevor der Impfstoff in Deutschland zur Anwendung kommen sollte, war er außerdem schon in zahlreichen anderen Ländern erprobt worden. In den USA, der Schweiz, England, Japan, Südafrika sowie in zahlreichen Staaten des Ostblocks waren bereits große Impfkationen durchgeführt worden. Insgesamt hatten bis Anfang 1962 bereits über 100 Millionen Menschen weltweit die Impfung nach Sabin erhalten.¹⁹⁵

Trotzdem gab es auch Bedenken gegen die Schluckimpfung. Besonders die Schluckimpfungen in West-Berlin 1960 lösten zahlreiche kritische Reaktionen aus. Nachdem in Frühjahr 1960 in der Sowjetischen Besatzungszone einschließlich Ost-Berlin Massenimpfungen mit Lebendimpfstoff durchgeführt worden waren, sah sich die Gesundheitsabteilung der West-Berliner Senatsverwaltung gezwungen, ebenfalls eine solche Impfkation durchzuführen. Es wurde nämlich befürchtet, dass anderenfalls das Impfvirus, das durch die Impflinge ausgeschieden wurde, auf die Nichtgeimpften im Westen der Stadt übergehen könnte. Nachdem am 6. Mai 1960 der sogenannte „Cox-Impfstoff“ eingetroffen war, der kostenlos von den amerikanischen Lederle-Laboratorien geliefert wurde, wurden alle Personen im Alter zwischen drei Monaten und 20 Jahren zur Impfung aufgerufen. Als erkennbar wurde, dass genügend Impfstoff vorhanden war, wurden auch allen Personen vom 20. bis 40. Lebensjahr die Impfung angeboten. Die Beteiligung übertraf bei weitem die der früheren Impfkationen. Vor allem bei der stark gefährdeten Gruppe der Kinder im Vorschulalter konnte eine Immunisierung von 50 bis 60

¹⁹³ Vgl. Lindner, S. 252.

¹⁹⁴ Vgl. SAS, Bestand 202, 1787, Durchführung der Schluckimpfung in Stuttgart, Vortrag von Medizinaldirektor Prof. Saleck im Sozialausschuss des Gemeinderats Stuttgart am 30.04.1962; Koßmann: Die Durchführung der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Baden-Württemberg im Frühjahr 1962, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 34.

¹⁹⁵ Vgl. SAS, Bestand 202, 1787, Durchführung der Schluckimpfung in Stuttgart, Vortrag von Medizinaldirektor Prof. Saleck im Sozialausschuss des Gemeinderats Stuttgart am 30.04.1962.

Prozent erreicht werden.¹⁹⁶ Dann folgte der Rückschlag: 48 West-Berliner erkrankten an Polio, 25 von ihnen kurz nach der Impfung. Verantwortlich gemacht für diese Zwischenfälle wurde der Impfstoff von Cox, der somit als gescheitert galt.¹⁹⁷

Die „umstrittene Polio-Limonade“¹⁹⁸, wie die Allgemeine Zeitung den Lebendimpfstoff noch im Mai 1960 bezeichnete, konnte sich dennoch überraschend schnell durchsetzen. Nach anfänglichem Zögern wegen der Sicherheit des Impfstoffes¹⁹⁹ entschied der Bundesgesundheitsrat am 21. Oktober 1961, allen Bundesländern zu empfehlen, freiwillige Schluckimpfungen mit Impfstoff nach Sabin durchzuführen.²⁰⁰ Die Impfung sollte vor dem Erregertyp I schützen, den man für 85 bis 90 Prozent aller Polioerkrankungen verantwortlich machte.²⁰¹ Die rasche Entscheidungsfindung, die so gar nicht an die zeitraubende Unentschlossenheit hinsichtlich des Salk-Impfstoffs erinnert, hatte verschiedene Ursachen. Zum einen zeigten die steigenden Erkrankungszahlen einen schnellen Handlungsbedarf auf.²⁰² Zum anderen waren es die erfolgreichen Impfaktionen in so vielen anderen Ländern, die den Bundesgesundheitsrat wohl überzeugten. Eine weitere Rolle könnte aber auch ein Konkurrenzdenken gegenüber der DDR gespielt haben, die bereits erfolgreich große Impfaktionen mit Lebendimpfstoff durchgeführt hatte.²⁰³

Auch in Baden-Württemberg stand man einer Impfaktion mit Sabin-Impfstoff sehr aufgeschlossen gegenüber. Bereits am 13. November 1961 reagierten einige Abgeordnete des Landtags auf die Empfehlung des Bundesgesundheitsrats mit einer kleinen Anfrage, ob die Landesregierung zu einer Durchführung von Schluckimpfungen bereit wäre und wann gegebenenfalls mit diesen begonnen werden könnte.²⁰⁴ Innenminister Filbinger stimmte der Dringlichkeit und Notwendigkeit der Angelegenheit zu, verwies aber auf noch offene Fragen bezüglich medizinischer und rechtlicher Aspekte der Impfung.²⁰⁵ Die

¹⁹⁶ Vgl. Kochs: Zur oralen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in West-Berlin 1960, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 150.

¹⁹⁷ Vgl. Lindner, S. 254.

¹⁹⁸ SAS, HA 5, 169, 5055-0, Umstrittene Polio-Limonade, in: Allgemeine Zeitung, 19.05.1960.

¹⁹⁹ Vgl. Stellungnahme des Bundesgesundheitsrats: Entscheidung über Polio-Schluckimpfung zurückgestellt, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 16 (1961), S. 207f.

²⁰⁰ Vgl. Lindner, S. 254.

²⁰¹ Vgl. O. Vivell: Zur Polioschluckimpfung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 127.

²⁰² Die steigenden Erkrankungszahlen in Deutschland wogen umso schwerer, als in fast allen anderen Ländern, die ebenfalls mit Impfstoff nach Salk Impfungen durchgeführt hatten, die Erkrankungszahlen stetig zurückgingen, vgl. Hans Mayser: Poliomyelitis-Schluckimpfung 1962, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 7.

²⁰³ Vgl. Lindner, S. 254.

²⁰⁴ Vgl. Kleine Anfrage der Abg. Stößinger und Gen. vom 13. November 1961, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band IV, Beilage 1521, S. 2660.

²⁰⁵ Vgl. Schriftliche Antwort des Innenministeriums Baden-Württemberg vom 23. November 1961 auf die Kleine Anfrage der Abg. Stößinger und Gen. (Beilage 1521), in: Verhandlungen des Landtags von Baden-

medizinischen Fragen, besonders nach dem Risiko von Impfwischenfällen, konnten angesichts der Impferfolge in anderen Ländern wie folgt beantwortet werden:

Die Gefährdung durch lebende Viren ist zwar nicht wissenschaftlich [...] mit absoluter Sicherheit auszuschließen, aber empirisch haben wir hier in diesem Fall ein Erfahrungsmaterial, das wahrscheinlich überhaupt noch nie, zu keiner Zeit, in solchem Umfang und mit solchem Erfolg jede Gefährdung ausschloß, denn die erfolgreiche Impfung von 100 Millionen Menschen mit diesem Impfstoff, [...] das ist, glaube ich, ein Test, der überzeugt.²⁰⁶

Auf der anderen Seite galt es nun jedoch, auch die rechtlichen Grundlagen für eine solche Impfung zu schaffen. Da die durch die Impfung aufgenommenen Viren vom Impfling wieder ausgeschieden werden und somit das Risiko einer Kontaktinfektion Dritter besteht, stellt die Lebendimpfung einen Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit dar. Es musste folglich ein Gesetz geschaffen werden, das dieses Grundrecht zu Gunsten der Lebendimpfung einschränkte. Da das Bundesjustizministerium ein solches Gesetz nicht für nötig hielt, empfahl das Bundesgesundheitsministerium den Ländern, selbst entsprechende Gesetze zu erlassen.²⁰⁷ Im baden-württembergischen Landtag wurde, nach kleineren Differenzen über die juristischen Grundlagen²⁰⁸, am 8. Februar 1962 folgendes Gesetz mit zwei Stimmenthaltungen angenommen:

§ 1 Die Gesundheitsämter können Schutzimpfungen im Sinne des § 14 des Bundes-Seuchengesetzes vom 18. Juli 1961 (BGBI, I S. 1012) gegen Kinderlähmung auch mit Lebendimpfstoff durchführen. Soweit Viren, die von der Impfung herrühren, auf andere Personen übertragen werden, wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Art 2. Abs. 2 Satz 1 des GG) eingeschränkt.²⁰⁹

In der Begründung des Gesetzesentwurfs wurde ausgeführt, dass dieser Eingriff in die persönlichen Grundrechte durch die „überwiegende[n] Gründe des allgemeinen Wohls“ gerechtfertigt sei. Auch die Hoffnung, man könne die Kinderlähmung mit Hilfe der Lebendimpfung ausrotten, wurde dort geäußert.²¹⁰

Bemerkenswerterweise fanden weder die juristischen Probleme noch die medizinischen Risiken besondere Erwähnung in der Presse, zumindest nicht in den zur Verfügung

Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band IV, Beilage 1589, S. 2793.

²⁰⁶ Innenminister Filbinger zum Entwurf eines Gesetzes über die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung mit Lebendimpfstoff, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Protokoll-Band III, 51. Sitzung, 25.01.1962, S. 3163.

²⁰⁷ Vgl. Lindner, S. 255.

²⁰⁸ Vgl. Kommentar des Abgeordneten Dr. Gönnerwein zum Entwurf eines Gesetzes über die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung mit Lebendimpfstoff (Beilage 1730), in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Protokoll-Band III, 51. Sitzung, 25.01.1962, S. 3162.

²⁰⁹ SAS, HA 5 174, 5055-6, Gesetzblatt für Baden-Württemberg, Nr. 2, 23.02.1962, S. 5.

²¹⁰ Vgl. Begründung des Entwurfs eines Gesetzes über die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung mit Lebendimpfstoff vom 18. Januar 1962, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band IV, Beilage 1730, S. 3179.

stehenden Quellen. Auch Anfragen der Bevölkerung an das Gesundheitsamt, wie sie bei der Einführung des Salk-Serums erfolgten, liegen für diese Zeit nicht vor. Dies legt nahe, dass die Erfolge, die mit dem Lebendimpfstoff in anderen Ländern erzielt wurden, nicht nur die Gesundheitsexperten, sondern auch die Bevölkerung überzeugen konnten. Außerdem wird die Angst vor einem weiteren Ansteigen der Erkrankungszahlen einen Anteil am Ausbleiben von kritischen Stimmen gehabt haben.

Dem Beginn der Impfungen standen somit nur noch die Bereitstellung der Impfstoffe sowie die Organisation der Aktion im Wege. Gerade die Beschaffung des Impfstoffes erwies sich als nicht unproblematisch. Da kein deutscher Impfstoff zur Verfügung stand, musste wieder auf amerikanischen Impfstoff zurückgegriffen werden, der auch umgehend bestellt wurde. Es stellte sich jedoch heraus, dass dieser Impfstoff den sogenannten „Hillemann-Virus“²¹¹ enthielt und somit nicht verwendet werden durfte. Daraufhin musste neuer Impfstoff aus Kanada bestellt werden, wo jedoch erst einmal die Prüfbestimmungen denen in den USA angeglichen werden mussten. Dadurch wurde die Lieferung verzögert. Statt wie geplant im März konnte in Baden-Württemberg erst Mitte Mai mit den Impfungen begonnen werden. Durch diese Verzögerung ergaben sich einige Probleme: Erst einmal der Verwaltungsmehraufwand der Gesundheitsämter, welche die Impfkation ab März eingeplant hatten. Außerdem wurde der Landesregierung der Vorwurf gemacht, der Impfstoff sei nicht rechtzeitig bestellt worden. Dies traf zwar nicht zu, belastete aber wahrscheinlich das Ansehen der Regierung. Besonders ungünstig war die Tatsache, dass eine Plakataktion für den ursprünglichen Impftermin, die im Bereich der Bundesbahn und Bundespost organisiert worden war, nicht mehr rückgängig gemacht werden konnte und vermutlich einige Verwirrung stiftete.²¹²

Nicht nur die Beschaffung des Impfstoffes, sondern auch die Organisation der Durchführung der Impfkation forderten großen Aufwand. Durch die geringe Impfbeteiligung mit dem Salk-Impfstoff in den letzten Jahren alarmiert, war man sich der Wichtigkeit der umfassenden Aufklärung sowohl der Ärzte als auch der Bevölkerung nun sehr bewusst. Dementsprechend groß waren auch die Anstrengungen der baden-württembergischen Gesundheitsbehörden: So erhielt jeder Arzt Broschüren der „Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung“ mit dem Titel „Was jeder Vater und jede Mutter von der Impfung wissen muss – 20 Fragen und 20 Antworten“ zur eigenen

²¹¹ Koßmann, Erich: Schluckimpfung gegen Kinderlähmung mit Typ I-Impfstoff in Baden-Württemberg im Mai/Juni 1962, in: Bundesgesundheitsblatt 5 (1962), S. 366.

²¹² Vgl. ebenda, S. 366.

Information, aber auch zur Auslage in den Wartezimmern. Ferner wurde ein Sonderdruck zur Lebendimpfung aus den „Ärztlichen Mitteilungen“ an alle Ärzte versandt.

Die Bevölkerung wurde vor allem durch Rundfunk, Presse und Fernsehen auf die anstehenden Impfungen aufmerksam gemacht. Allein in Stuttgart wurden außerdem 1200 Werbeplakate in allen öffentlichen Dienststellen und an öffentlichen Plakatsäulen angebracht. Auch Ärzte wurden gebeten, in ihren Praxisräumen mit Plakaten auf die Impfung aufmerksam zu machen.²¹³ Merkblätter, die per Postwurfsendung verteilt wurden, sollten für eine Teilnahme an den Impfungen werben. Leider verlief die Aufklärung nicht ganz ohne Probleme: In vielen baden-württembergischen Gemeinden beschwerte man sich, dass die Informationen per Postwurfsendung sie gar nicht oder viel zu spät erreicht hätten. In den Kindergärten und Schulen, in denen ebenfalls Merkblätter der Gesundheitsämter verteilt wurden, gab es keine Schwierigkeiten.²¹⁴ Die Merkblätter enthielten Hinweise für die Bevölkerung, wie die Erkrankungszahlen an Kinderlähmung in den letzten Jahren:

Obwohl seit 1957 ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung stand, haben die bisherigen Maßnahmen auf dem Gebiet nicht den erwünschten Erfolg gebracht. Denn nur ein sehr geringer Teil der Bevölkerung fand sich zur Impfung bereit. So kam es, dass von 1958 bis 1961 – also in nur vier Jahren – in der Bundesrepublik 12.604 und in Baden-Württemberg 2154 Menschen an Kinderlähmung erkrankten. Allein im letzten Jahr hat die Krankheit in der Bundesrepublik 272 und in Baden-Württemberg 47 Todesopfer gefordert. Bei einem großen Teil der Erkrankten sind Lähmungserscheinungen zurückgeblieben.²¹⁵

Mit diesen Zahlen sollte der Bevölkerung der Ernst der Lage bewusst gemacht werden. Um die Situation zu veranschaulichen, beschrieb man einige Einzelschicksale, unter anderem folgende:

Ein dreijähriges Mädchen erkrankt am 29. Juni 1961 und stirbt am 4. Juli, nachdem die Lähmung sämtliche Gliedmaßen erfasst hat.

Ein 30jähriger Mann erkrankt im August 1955 und ist noch heute an Armen und Beinen weitgehend gelähmt. Die Nacht muss er größtenteils in der „Eisernen Lunge“ verbringen. Die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist nicht abzusehen.²¹⁶

Weiter wurde in diesem Merkblatt betont, dass die Kinderlähmung, wie auch im Falle des zweiten beschriebenen Einzelschicksals, nicht nur Kinder bedrohe. Deshalb rief man alle “in Baden-Württemberg wohnhaften Personen im Alter von 6 Monaten bis 40 Jahren“ zur Impfung auf. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass die Impfung für alle Impfwilligen

²¹³ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Durchführung der Schluckimpfung in Stuttgart, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 30. April 1962.

²¹⁴ Vgl. Koßmann, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Baden-Württemberg 1962, S. 367.

²¹⁵ Merkblatt für die freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 73.

²¹⁶ Merkblatt für die freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 73.

kostenlos sei. Risiken der Schluckimpfung, also etwaige Kontaktinfektionen, wurden jedoch nur am Rande erwähnt, und zwar mit dem Hinweis, dass auf die Dauer von drei Wochen nach der Impfung im Kontakt mit Impflingen auf besondere Sauberkeit geachtet werden sollte.²¹⁷ Dieser Ratschlag wurde jedoch, so stellte sich wenig später heraus, vielfach missverstanden: So errichteten manche Betriebe und Behörden getrennte Toiletten für Geimpfte und Nichtgeimpfte.²¹⁸ Die ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg ließ daraufhin verlauten, dass eine solche Maßnahme keinesfalls notwendig sei.²¹⁹

Dem Merkblatt angefügt waren Abrisszettel, welche die Impflinge zum jeweiligen Impftermin mitzubringen hatten. Darauf waren Name, Geburtsdatum und Adresse des Impflings einzutragen. Außerdem musste durch Unterschrift bestätigt werden, dass erstens das beigelegte Merkblatt gelesen worden, und zweitens, im Falle der Impfung einer minderjährigen Person, das Einverständnis der Eltern gegeben war.²²⁰

Trotz der genannten geringfügigen Pannen im Bemühen um die Aufklärung der Bevölkerung wird deutlich, dass die Anstrengungen der Gesundheitsbehörden im Vorfeld der Impfungen nach Sabin ungleich größer waren als fünf Jahre zuvor, als es galt, den Salk-Impfstoff der Bevölkerung nahe zu bringen. Die umfassende Aufklärung der Ärzte und der Bevölkerung hatte schließlich zur Folge, dass die Impfbeteiligung in Stuttgart, in Baden-Württemberg sowie in der gesamten Bundesrepublik die Erwartungen der Gesundheitsbehörden bei Weitem übertraf.

Die erste Impfkaktion mit Lebendimpfstoff gegen Typ I der Kinderlähmung in Baden-Württemberg wurde vom 17. Mai bis zum 7. Juni 1962 durchgeführt. Allein in Stuttgart bot das Gesundheitsamt 15 Impftermine für die Öffentlichkeit und 350 Sondertermine in Schulen, Kindertagesstätten und Kinderheimen an. Die Impftermine und öffentlichen Impfstellen, meist Turnhallen, wurden durch Presse und Rundfunk bekannt gegeben. Die Impfungen sollten in Stuttgart sehr koordiniert ablaufen: Nacheinander wurden Impftermine in den einzelnen Stadtteilen angeboten, wobei man in den äußeren Bezirken, wie Weilimdorf und Feuerbach begann und in der Innenstadt zuletzt impfte. Das Gesundheitsamt rief die in den Stadtteilen wohnenden Personen nach ihren Anfangsbuchstaben auf, an der Impfung teilzunehmen, wobei Impfwillige dringend

²¹⁷ Vgl. Merkblatt für die freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 73.

²¹⁸ Vgl. Koßmann, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Baden-Württemberg 1962, S. 367.

²¹⁹ Vgl. SAS, HA 5, 173, 5055-5, Etwa eine Million schon geimpft, in: Stuttgarter Zeitung, 23.05.62.

²²⁰ Vgl. Merkblatt für die freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 73.

gebeten wurden, diese Ordnung genauestens einzuhalten, um eine Überfüllung der Impflokalen zu vermeiden.²²¹

Verabreicht wurde der Impfstoff, und das war einer der großen Vorteile der Impfung nach Sabin, nicht durch dreimalige Injektion, sondern, wie der Name Schluckimpfung vermuten lässt, oral auf einem Stück Würfelzucker. Geimpft wurden alle Personen im Alter von 6 Monaten bis 40 Jahren und außerdem jeder, der mit einem Impfling in Wohngemeinschaft lebte. Abgewiesen wurden nur Personen, für die beispielsweise aufgrund gesundheitlicher Gegenindikationen oder anstehender Operationen das Risiko einer Impfung zu hoch erschien.²²²

Wie bereits erwähnt, war der Erfolg der Schluckimpfkampagne überraschend groß. Mit einer Impfbeteiligung von 50,61 Prozent lag Baden-Württemberg sogar an der Spitze aller Bundesländer.²²³ In Württemberg lag die Beteiligung mit durchschnittlich 54,75 Prozent sogar über dem Landesdurchschnitt. Diese hohe Beteiligung kann mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf die hohen Erkrankungszahlen der letzten Jahre in Baden-Württemberg zurückgeführt werden. Insgesamt nahmen 3.979.279 Baden-Würtemberger an der Impfung teil. Bei einer Einwohnerzahl von 7.838.682 entsprach das einer Impfbeteiligung von 50,8 Prozent. In den als besonders gefährdet eingeschätzten Jahrgängen 1942 bis 1961 konnte sogar eine Beteiligung zwischen 89 und 61,2 Prozent erzielt werden. Besonders auffallend war die Tatsache, dass die Beteiligung in den einzelnen Kreisen des Landes erheblich variierte. In einigen lag sie durchschnittlich bei 69,3 Prozent, in anderen nur bei 31,7 Prozent. Als Grund hierfür wurde unter anderem eine ablehnende Haltung einzelner Ärzte vermutet. Aber auch ein gehäuftes Auftreten von Kinderkrankheiten wie Masern erschwerte manchenorts die Durchführung der Impfkampagne. Außerdem wurde angenommen, dass Pendler in der Nähe von Ballungsräumen sich nicht immer an ihrem Heimatort der Impfung unterzogen. In den Grenzregionen zu Bayern hatten außerdem einige Menschen bereits an den dortigen, drei Monate früher stattfindenden Impfungen teilgenommen. Auch ging man im baden-württembergischen Innenministerium davon aus, dass in einigen Regionen Impfgegner gegen die Schluckimpfung protestierten.²²⁴ In welchem Maße jedoch Impfgegnerschriften wie

²²¹ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Durchführung der Schluckimpfung in Stuttgart, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung des Sozialausschusses des Gemeinderats Stuttgart vom 30. April 1962; HA 5, 174, 5055-6, Am 17. Mai beginnt in Stuttgart die Schluckimpfung, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart, 03.05.19962, S. 4.

²²² Vgl. Koßmann, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Baden-Württemberg 1962, S. 368.

²²³ Vgl. SAS, Bestand 202, 1622, Vier Millionen ließen sich impfen, in: Stuttgarter Nachrichten, 19.6.62.

²²⁴ Vgl. Koßmann, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Baden-Württemberg 1962, S. 368.

„Kampf gegen Kinderlähmung – aber ohne Impfung“²²⁵ aus dem Jahre 1961 der Bevölkerung zugänglich waren, geht aus den Akten nicht hervor. Lediglich eine Reaktion eines Herrn aus Baden-Württemberg ist hierzu überliefert. Er wandte sich im November 1963 schriftlich an Innenminister Filbinger und bezog sich dabei ausdrücklich auf die oben genannte Schrift. Seiner Ansicht nach wäre es angemessener gewesen, der Krankheit durch die Stärkung der Widerstandskraft der Menschen „den Boden zu entziehen“ als alle Nichtgeimpften durch die in den Ausscheidungen der Impflinge vorhandenen Viren „zwangszuimpfen“²²⁶.

Eine Umfrage der Cannstatter Zeitung zeigt ein sehr positives Bild der Impfkation des Jahres 1962. Im Juni dieses Jahres wurden Schluckgeimpfte aus dem Neckar- und Filstal, dem Schurwald und den Fildern nach ihren Erfahrungen mit der Impfung befragt. Die Reaktionen waren fast durchweg positiv:

Ein 57jähriger Bürgermeister: Als Mann der Vorsicht habe ich die Schluckimpfung natürlich wahrgenommen. Außerdem bin ich der Meinung, dass man eine solche Aktion, die dem ganzen Volk zugute kommt, unterstützen muss. Ich kann die Impfung nur empfehlen. Eigentlich sollte sich jeder dieser ausgesprochen angenehmen Aktion unterziehen.

Ein 22jähriger Finanzbeamter: Wenn man schon ein Kleinkind schluckimpfen lassen kann, kann doch nichts dabei sein. Ich jedenfalls hatte keine Bedenken als ich zur Impfung ging. Und heute, vier Tage danach, muß ich sagen, mir geht es blendend. Weder Kopfschmerzen noch Müdigkeit stellten sich ein.

Die wenigen Stimmen, die sich gegen die Schluckimpfungen aussprachen, bezogen sich alle auf die möglichen Nebenwirkungen der Impfung:

Eine junge Mutter: Ich habe mich nicht impfen lassen, ich hatte Angst. Wer sollte mich auch pflegen, wenn ich krank geworden wäre. Aber mein Kind habe ich impfen lassen.

Ein 24jähriger Handelsvertreter: Impfen lassen? Wozu auch. Wenn ich geimpft werden soll, dann durch andere. Man nennt so etwas, glaube ich, „kontaktgeimpft“. Ausschlaggebend für meine Verweigerung aber ist die Tatsache, dass ich in etwa einer Woche in den Urlaub fahre, nach Italien. Ich schwimme für mein Leben gern. Aber nach dem Genuß dieses „Gesundheits-Cocktails“ soll man sich schonen. Das kann ich mir im Urlaub unmöglich auferlegen. Wenn ich dann in der schönsten Zeit des Jahres Fieber bekommen sollte oder auch nur leicht erkranken würde, wäre ich ja umsonst in den Süden gefahren. Das kann nicht der Preis für ein virusgetränktes Stückchen Zucker sein.²²⁷

²²⁵ Otto Wolff: Kampf der Kinderlähmung – aber ohne Impfung. Ursachen, Vorbeugung, Heilung, Hilchenbach² 1961.

²²⁶ HStAS, EA 2/010, 2215-3 I, Brief von Gerhard L., Wutöschingen, an den Innenminister des Landes Baden-Württemberg, Dr. Hans Filbinger, vom 10.11.1963.

²²⁷ SAS, Bestand 202, 1622, Nach dem „Impf-Cocktail“: Keine Beschwerden, in: Cannstatter Zeitung, 06.06.1962.

Die Furcht vor den Nebenwirkungen der Schluckimpfung war jedoch in den meisten Fällen unbegründet.²²⁸

In Stuttgart lag die Impfbeteiligung mit 47,2 Prozent knapp unter dem Landesdurchschnitt. Die Beteiligung der verschiedenen Geburtsjahrgänge wird aus folgender Tabelle ersichtlich:

Tabelle 2: Die Schluckimpfung 1962 in Stuttgart²²⁹

Jahrgang		1962	1961-1952	1951-1942	1941-1932	1931-1922	1921 u. früher
Gesamtzahl der Geimpften		2065	52.784	57.785	70.208	54.027	59.463
% der Bevölkerung		22,2	73,5	77,4	— ²³⁰	—	—

Obwohl die Tabelle nicht für alle Jahrgänge auch den prozentualen Anteil an Geimpften zeigt, wird doch deutlich, dass bei weitem nicht nur Kinder und Jugendliche an der Impfung teilnahmen, sondern in allen Jahrgängen die Anzahl der Impflinge sehr groß war. Das Freude über den Erfolg der Schluckimpfung wurde jedoch kurzzeitig getrübt, als die Zahl von insgesamt 58 „Impfzwischenfällen“ in Baden-Württemberg bekannt wurde. Rasch wurde bei 37 dieser Fälle aber festgestellt, dass die Erkrankungen, die bei fünf Menschen sogar zum Tod geführt hatten, keinesfalls auf die Impfung zurückzuführen waren. Nur bei neun Fällen schien ein Zusammenhang zwischen Impfung und Erkrankung wahrscheinlich. Bemerkenswert ist hierbei, dass der Umgang der Presse mit diesen Vorkommnissen überaus sachlich geschah.²³¹ Auch eine größere Beunruhigung der Bevölkerung ist aus den vorliegenden Quellen nicht ersichtlich.

Ab November wurde in Baden-Württemberg schließlich mit einer weiteren Impfkaktion begonnen, um den „Nachgeborenen und denen, die an der Frühjahrsimpfung nicht teilnehmen konnten, die Gelegenheit zur Impfung zu geben“²³². Um auch die Zahl der geimpften Säuglinge zu erhöhen, wurde dabei das Mindestalter für die Impfung auf 3 Monate gesenkt. Erwachsene bis zum 40. Lebensjahr wurden ebenfalls wieder zur Impfung aufgerufen.

²²⁸ Vgl. Erich Koßmann: Lebendimpfung gegen Kinderlähmung Typ III in Baden-Württemberg im Herbst 1963, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 18 (1963), S. 305.

²²⁹ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Schluckimpfung gegen spinale Kinderlähmung in Stuttgart.

²³⁰ — = keine Angabe.

²³¹ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Wenige Poliofälle nach der Schluckimpfung, in: Stuttgarter Zeitung, 12.10.1962; Bestand 202, 1622, Nach Schluckimpfung in Eiserner Lunge gestorben, in: Stuttgarter Nachrichten, 12.03.1962.

²³² Hans Mayser: Poliomyelitisnachimpfung im November 1962, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 317.

Die Impfkationen des Jahres 1962 waren nicht nur hinsichtlich der hohen Impfbeteiligung ein Erfolg – auch die gesunkene Anzahl der Erkrankungen in diesem Jahr sprach für sich. Vom Ende der Impfkation im Juni bis zur 40. Kalenderwoche waren in Baden-Württemberg lediglich 47 Neuerkrankungen aufgetreten – im gleichen Zeitraum des Vorjahres waren es 654 und 1960 348 Erkrankungen gewesen. In Stuttgart trat von Juni bis Jahresende kein einziger neuer Kinderlähmungsfall auf.²³³ Ausdrücklich wurde darauf hingewiesen, dass es sich keinesfalls um ein periodisches Tief der Erkrankungszahlen handelte, sondern der niedrige Stand vielmehr hauptsächlich der neuen Schutzimpfung zu verdanken sei.²³⁴

In der Folge waren die Gesundheitsbehörden bemüht, auch gegen die Polioerregertypen II und III vorzubeugen. Dafür wurde 1963 das Medizinaluntersuchungsamt am Hygieneinstitut der Universität Freiburg beauftragt, bei allen Neuerkrankungen im Land eine Typendifferenzierung durchzuführen. Die dortigen Untersuchungen ergaben, dass über die Hälfte der Neuerkrankungen bis zum September desselben Jahres durch den Erregertyp III verursacht worden waren. Daraufhin beschloss die Landesregierung, im November 1963 Impfkationen gegen diesen Erregertyp durchzuführen. Die Richtlinien entsprachen denen der vorhergehenden Schluckimpfungen, es wurde also etwa die gleiche Personengruppe angesprochen, die Impfung war weiterhin kostenlos und auch diesmal wurde durch die Gesundheitsämter in organisierten Impfterminen geimpft. Die Aufklärung der Bevölkerung erfolgte auf die selbe Weise wie im Vorjahr: Das Innenministerium veranlasste die Aufklärung durch Presse, Rundfunk und Fernsehen. Außerdem wurden wieder Plakate angebracht und Merkblätter ausgegeben.²³⁵

Bei dieser Impfkation war die Impfbeteiligung jedoch zunächst enttäuschend.²³⁶ Innenminister Filbinger führte dies auf die häufig anzutreffende Meinung zurück, dass die Impfung gegen Erregertyp III weniger wichtig sei als die gegen den Erregertyp I. Dies sei jedoch ein Irrtum. Er wies auch darauf hin, dass die Immunisierung der Bevölkerung auch gegen diesen Erregertypen ein wichtiger Schritt zur Überwindung der Seuche darstelle.²³⁷ Vermutlich lag die geringere Impfbeteiligung nicht in einer Skepsis gegenüber dem Impfstoff begründet, sondern zum einen wohl in einem vermeintlichen Gefühl der

²³³ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, In S wird zu wenig geschluckt, in: Stuttgarter Zeitung 26.11.1963.

²³⁴ Vgl. Mayser, Poliomyelitisnachimpfung im November 1962, S. 317.

²³⁵ Vgl. Bekanntmachung des Innenministeriums Baden-Württemberg zur Durchführung der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung Typ III, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 18 (1963), S. 349.

²³⁶ SAS, HA 5, 174, 5055-6, In S wird zu wenig geschluckt, in: Stuttgarter Zeitung 26.11.1963.

²³⁷ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Gegen die Kinderlähmung, in: Staatsanzeiger für Baden-Württemberg, 23.11.1963, S. 2.

Sicherheit in der Bevölkerung, ausgelöst durch den Erfolg der Schluckimpfung 1962. Zum anderen spielte aber wahrscheinlich eine organisatorische Panne in der Information und Aufklärung der Bevölkerung eine Rolle. So schrieb die Zeitung Stuttgarter Nachrichten Ende November 1963:

Von verschiedenen Seiten erreichten uns in den vergangenen Tagen Hinweise, dass das Merkblatt, das zur Schutzimpfung gegen den Poliomyelitiserreger Typ III auffordern soll, zum Teil gar nicht, zum Teil mit erheblicher Verspätung in den Haushalten eingetroffen sei. Es sei darum in vielen Fällen nicht möglich, sich rechtzeitig auf den Impftermin einzurichten.

Diese Äußerungen unserer Leser scheinen die Vermutung Dr. Paschlaus vom Städtischen Gesundheitsamt zu bestätigen, der am Montagmorgen vor dem Sozialausschuss des Stuttgarter Gemeinderats über die ersten Erfahrungen mit der Schluckimpfung gegen den Kinderlähmungserreger Typ III berichtete und darauf hinwies, dass sich gegenüber dem vergangenen Jahr bei den öffentlichen Impfterminen nur etwa die Hälfte der Impflinge eingefunden habe.²³⁸

So bedauerlich diese Entwicklung auch war, hatte sie letztendlich keinen großen Einfluss auf die nachfolgenden Impfkationen im Lande. In den kommenden Jahren wurde regelmäßig weitergeimpft, um auch eine Immunisierung der neuen Jahrgänge zu erreichen und den Impfschutz der bereits geimpften Personen nach einiger Zeit wieder aufzufrischen. 1964 entschieden sich die leitenden Medizinalbeamten aller Bundesländer, fortan einheitlich mit einem trivalenten Impfstoff, also einem Impfstoff gegen alle drei Erregertypen, zu impfen.²³⁹ Bevor jedoch in Stuttgart mit der Aktion begonnen werden konnte, ergaben sich zunächst Missverständnisse. So meldete die Stuttgarter Zeitung, dass dem Städtischen Gesundheitsamt aus Kostengründen nicht genügend Impfstoff zur Verfügung gestellt worden sei.²⁴⁰ Dies wurde jedoch umgehend vom Landesinnenministerium dementiert:

Insgesamt wurde eine um etwa 40 Prozent höhere Impfstoffmenge ausgeliefert, als voraussichtlich erforderlich ist. Sollte bei einem bestimmten Gesundheitsamt ein weitergehender Impfstoffbedarf bestehen, könnte jederzeit durch Ausgleich mit anderen Gesundheitsämtern abgeholfen werden. Nötigenfalls könnte auch die Herstellerfirma binnen wenigen Tagen neuen Impfstoff liefern. Die erforderlichen finanziellen Mittel werden ohne weiteres zur Verfügung gestellt.²⁴¹

Doch es war nicht nur die Menge an Impfstoff, die Grund zur Kritik bot, sondern auch der Wortlaut der Plakate, die für die Schluckimpfung werben sollten. Dort hieß es nämlich,

²³⁸ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Wenig Interesse für die Schluckimpfung?, in: Stuttgarter Nachrichten, 26.11.1963.

²³⁹ In der Presse wurde diese Impfung als Kombinationsschluck bezeichnet, vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Der Kombinationsschluck, in: Stuttgarter Zeitung, 20.10.1964.

²⁴⁰ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Der Kombinationsschluck, in: Stuttgarter Zeitung, 20.10.1964.

²⁴¹ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Genügend Impfstoff vorhanden, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart, 22.10.1964, S. 12.

dass vor allem Kinder der Jahrgänge 1962, 1963 und 1964 an der Impfung teilnehmen sollten, soweit sie nicht bereits an den Schluckimpfungen der beiden Vorjahre teilgenommen hatten. Da der trivalente Impfstoff 1964 aber erstmals auch gegen den Erregertyp II immunisieren sollte, sah man in diesem Aufruf eine Benachteiligung der anderen Impfwilligen. Die Stuttgarter Zeitung schloss sogar, dass alle, die bereits gegen die Erregertypen I und III geimpft worden waren, nun von dieser neuen Impfung ausgeschlossen seien.²⁴² Auch dem widersprach jedoch das Innenministerium:

Kinder, die bisher schon gegen Typ I oder III oder gegen beide Typen geimpft worden sind, können ohne weiteres nochmals geimpft werden und dadurch einen Schutz gegen alle drei Erregertypen der KL erlangen. Alle anderen Personen werden auf Wunsch ebenfalls geimpft. Von dieser Möglichkeit sollten vorwiegend Kinder und Jugendliche Gebrauch machen, die noch nicht gegen Typ I und III geimpft sind. Bereits Geimpfte werden jedoch keinesfalls zurückgewiesen.²⁴³

Die Aussage des Innenministeriums war insofern von großer Wichtigkeit, als eine „Impflücke“ zu jeder Zeit einen Rückschlag für die Bekämpfung der Kinderlähmung hätte bedeuten können.²⁴⁴ Da aber die Impfkationen in den ersten Jahren der Impfung nach Sabin bis auf wenige Ausnahmen, und vor allem im Vergleich zu den Salk-Impfungen von 1957 bis 1961, reibungslos verliefen, nährte sich die Hoffnung, man könne die Kinderlähmung in Deutschland in absehbarer Zeit völlig ausrotten.²⁴⁵

Der durchschlagende Erfolg der Schluckimpfung in Baden-Württemberg hat verschiedene Gründe: Zum einen ist die bessere Wirksamkeit des Lebendimpfstoffes nach Sabin zu nennen. Zum anderen konnte nur die hohe Impfbeteiligung die Immunisierung der Bevölkerung gewährleisten. Abgesehen von einigen kleineren Missgeschicken und Missverständnissen im Bereich der Information und Aufklärung der Bevölkerung kann man schlussfolgern, dass es vor allem die von Beginn an gute Organisation der Impfkationen war, welche die Bevölkerung zur Teilnahme motivierte. Im Gegensatz zu den missglückten Impfprogrammen mit Salk-Impfstoff wurde hier bundesweit weitgehend einheitlich vorgegangen, was unter anderem den zu impfenden Personenkreis oder die Frage nach der Übernahme der Kosten betraf. Deutlich hat sich gezeigt, dass die Entscheidung, die Lebendimpfungen kostenlos anzubieten, große Auswirkungen auf das Impfverhalten der Bevölkerung hatte. Das Ausbleiben von Kritik durch Gesundheitsexperten und die relativ rasche Entscheidung der Regierung für die Einführung

²⁴² Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Der Kombinationsschluck, in: Stuttgarter Zeitung, 20.10.1964.

²⁴³ SAS, HA 5, 174, 5055-6, Genügend Impfstoff vorhanden, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart, 22.10.1964, S. 12.

²⁴⁴ Vgl. SAS, HA 5, 174, 5055-6, Staatsanzeiger für Baden-Württemberg, 10.10.1966, S. 1.

²⁴⁵ Vgl. O. Vivell: Kann die Kinderlähmung ausgerottet werden?, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 19 (1964), S. 153-156.

eines solchen Lebendimpfstoffs hat vermutlich das Vertrauen der Menschen und somit die Bereitschaft, sich oder die eigenen Kinder impfen zu lassen, noch mehr bestärkt. Die zurückgehenden Erkrankungszahlen ab 1962 haben schließlich ihr Übriges getan, um die Menschen von der Notwendigkeit und der Wirksamkeit der Schluckimpfung zu überzeugen. Die Zahlen haben aber auch, das zeigt die zurückgehende Impfbeteiligung an der Impfung gegen den Erregertyp III im Herbst 1963, bei einigen Menschen zu dem Gefühl vermeintlicher Sicherheit vor der Krankheit geführt. Deshalb führen die Gesundheitsbehörden weiter fort, in großem Stil für die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung zu werben.²⁴⁶

Dass die Immunisierung der Bevölkerung umfassend und nachhaltig durchgeführt werden konnte, wird deutlich, wenn man betrachtet, wie die Zahlen der Kinderlähmung in Baden-Württemberg ab 1962 stetig zurückgegangen sind. Es war tatsächlich gelungen, die Kinderlähmung mit Hilfe des Lebendimpfstoffes hierzulande auszurotten.

²⁴⁶ Vgl. dazu verschiedenes Werbematerial in HStAS, EA 2/010, 2215-3 I.

4 Die Behandlung und Nachbehandlung der Kinderlähmung

4.1 Behandlung der akuten Atemlähmung

In einer Zeit des gehäuften Auftretens einer Krankheit sind selbstverständlich nicht nur die Bekämpfungsmaßnahmen von größter Wichtigkeit, sondern auch die Methoden der Behandlung und Nachbehandlung. Dies zeigte sich spätestens 1950, als in Württemberg und besonders in Stuttgart erstmals eine kleinere Kinderlähmungsepidemie auftrat. Allein in Stuttgart erkrankten insgesamt 114 Kinder und Erwachsene. Bei etwa zwei Dritteln der Fälle verlief die Erkrankung leicht bis mittelschwer. Bei den restlichen Fällen wurden ausgedehnte Lähmungen der Gliedmaßen und sogar Atemlähmungen beobachtet.²⁴⁷

In Stuttgart wurden im Jahre 1950 die Patienten in zwei Krankenhäusern untergebracht: Im Rudolf-Sophien-Stift sowie in der Städtischen Kinderklinik Rommelshausen. Da die notwendigen Geräte, vor allem Eiserne Lungen²⁴⁸, nicht in allen Krankenhäusern vorhanden waren, war diese Zusammenfassung der Erkrankten zweckmäßig, auch wenn manche Eltern sich über lange Anfahrtswege und somit hohe Anfahrtskosten beschwerten.²⁴⁹

In Stuttgart waren insgesamt fünf Eiserne Lungen vorhanden. Während der Sommermonate des Jahres 1950 waren häufig alle Geräte belegt, und zwar nicht nur von Stuttgarter Patienten, sondern auch von Kranken aus der näheren Umgebung. Im Ganzen waren es sechs Stuttgarter Patienten und zehn Auswärtige, die wegen ihrer Atemlähmung in der Eisernen Lunge behandelt wurden. Wie das Gesundheitsamt Stuttgart betonte, war das Vorhandensein der Geräte für 14 Patienten die „Lebensrettung“; zwei Patienten starben jedoch trotz dieser Behandlung.²⁵⁰

Trotz des zumeist erfolgreichen Einsatzes der Eisernen Lunge gab es jedoch einen Kritikpunkt, den der Direktor der Städtischen Kinderkrankenhäuser, Professor Windorfer, bei einer Verhandlung der Sozialabteilung des Stuttgarter Gemeinderats zur Sprache brachte: Die in Stuttgart vorhandenen Eisernen Lungen, welche während der Epidemie des Jahres 1950 eingesetzt wurden, waren veraltet und entsprachen nicht mehr dem neuesten

²⁴⁷ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart vom 27. 1..1950.

²⁴⁸ Die Behandlung der spinalen Atemlähmung erfolgte vor allem in der Eisernen Lunge, vgl. A. Dönhardt: Die Behandlung der Atemlähmung bei der Poliomyelitis, in: Therapiewoche 6 (1956), S. 277-280.

²⁴⁹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlungen der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart vom 27.11.1950.

²⁵⁰ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlungen der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart vom 27.11.1950.

Stand der Technik. Beispielsweise war ein Luftröhrenschnitt, der meist sehr rasch durchgeführt werden musste, bei diesen alten Modellen nicht möglich. Die Sozialabteilung regte daraufhin an, im Haushaltsplan des nächsten Jahres die Kosten für die Anschaffung neuer Eisernen Lungen mit einzuplanen.²⁵¹

Dem gegenüber standen aber natürlich die Kosten: eine herkömmliche Eiserne Lunge kostete bereits 3000 DM – ein modernes Gerät hingegen 8000 DM. Erschwerend kam ein Platzmangel in den württembergischen Krankenhäusern hinzu. Da zur Aufstellung einer Eisernen Lunge meist ein ganzes Zimmer benötigt wurde, entschieden sich die Krankenhäuser in Württemberg-Baden trotz anderslautender Empfehlungen des Innenministeriums häufig gegen die Anschaffung zusätzlicher Apparate. Gerechtfertigt wurde diese Entscheidung nicht zuletzt mit der Tatsache, dass sogar während der Epidemie 1950 die Anzahl der Eisernen Lungen im Land ausgereicht hatte.²⁵²

Das Ansteigen der Erkrankungszahlen in ganz Europa und die gestiegene Furcht vor weiteren und vor allem schwereren Epidemien veranlasste jedoch bereits zwei Jahre später, nämlich im April 1953, das Innenministerium des Landes Württemberg-Baden, sich um die Einrichtung zentraler Behandlungsstellen zu bemühen. Es dauerte jedoch zwei weitere Jahre, bis das Vorhaben konkretisiert werden konnte. Angegliedert an die Universitätskliniken in Freiburg, Heidelberg und Tübingen, so wurde 1955 im baden-württembergischen Landtag beschlossen, sollten Behandlungszentralen entstehen, die einen bestmöglichen Einsatz der Eisernen Lungen gewährleisten sollten. Die Kosten für diese Einrichtungen, aber auch die Kosten für die Schulung und Einstellung medizinischen Personals wurden von der Landesregierung bereitgestellt.²⁵³

Auch die Stadt Stuttgart erklärte sich bereit, ein solches Behandlungszentrum einzurichten. Diese sollten in der Städtischen Kinderklinik sowie in der Infektionsabteilung der Inneren Klinik des Cannstatter Krankenhauses, die im Rudolf-Sophien-Stift untergebracht war, entstehen.²⁵⁴ Wer jedoch die Kosten für diese Behandlungszentrale übernehmen sollte, blieb zunächst unklar.²⁵⁵

²⁵¹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlungen der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart vom 27.11.1950.

²⁵² Vgl. SAS, HA 5, 169, Zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung, in: Staatsanzeiger für Württemberg-Baden, 28.02.1951, S. 4f.

²⁵³ Vgl. Kommentar von Innenminister Ulrich auf eine Große Anfrage der Abg. Raiser, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 1. Wahlperiode 1953-1956, Protokoll-Band IV, 74. Sitzung, 20.07.1955, S. 3481.

²⁵⁴ Vgl. SAS, Bestand 202, 1620, Neue Maßnahmen gegen die Kinderlähmung, in: Stuttgarter Nachrichten, 27.7.55.

²⁵⁵ Vgl. SAS, Bestand 202, 1643, Aktenvermerk des Gesundheitsamts Stuttgart vom 04.12.1956.

Die Richtlinien für die Errichtung solcher Behandlungszentren wurden von der *Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* ausgearbeitet und vorgelegt. Diese sollten gewährleisten, dass die Diagnose, die Behandlung und die Nachbehandlung optimal durchgeführt wird.

1. Erkrankte und Krankheitsverdächtige sollten sofort zur Behandlung oder Beobachtung in einem Krankenhaus (Abteilung) aufgenommen und isoliert werden.

2. Bei drohender Atemlähmung sollen die Erkrankten möglichst frühzeitig in ein Polio-Behandlungszentrum [...] verlegt werden. Gelähmte Patienten ohne Atemlähmung sollen nach Abklingen der akuten Phase in ein Behandlungszentrum verlegt werden, sofern eine ausreichende orthopädische und krankengymnastische Versorgung nicht an Ort und Stelle gewährleistet ist.

[...]

4. Das Poliomyelitis-Behandlungszentrum muß neben Einrichtungen zur Absonderung und Desinfektion über alle Einrichtungen verfügen, die zur Untersuchung und Behandlung von Kinderlähmungsfällen, insbesondere auch zur künstlichen Beatmung, notwendig sind. [...]

5. Für die Durchführung der modernen Atemtherapie hat sich die Aufstellung der Atemgeräte in Sonderräumen zweckmäßig erwiesen. Die Betriebssicherheit ist laufend zu überwachen.

6. Neben den notwendigen Einrichtungen muß ein großer Einsatzstab von erfahrenen Fachärzten und ein ausreichender Arbeitsstab geschulter und eingeübter Pflegeschwestern und Krankengymnastinnen bereitstehen. [...]

[...]

9. Wenige Poliomyelitis-Behandlungszentren lassen sich meist apparativ und personell besser ausstatten und besetzen als viele; deshalb sollte man ihre Zahl beschränken.

10. Bei einer beschränkten Anzahl von Poliomyelitis-Behandlungszentren müssen die Einzugsgebiete gegeneinander nach dem Gesichtspunkt des kürzesten und schnellsten Transportweges abgegrenzt werden.²⁵⁶

[...]

12. Da erfahrungsgemäß selbst bei schweren Epidemien ganze Landesteile völlig verschont bleiben, erscheint es möglich und zweckvoll, durch mehrseitige Absprachen eine gegenseitige Hilfeleistung mit Material und Personal zu vereinbaren und sicherzustellen.

13. Poliomyelitis-Behandlungszentren müssen in ruhigen Zeiten der Aus- und Fortbildung von ärztlichem und Pflegepersonal dienen, damit stets Reserven für den Fall einer schweren Epidemie zur Verfügung stehen.²⁵⁷

²⁵⁶ Der Transport war für die meisten atemgelähmten Patienten ein traumatisches Erlebnis, deshalb sollte darauf geachtet werden, dass der Weg zu einem solchen Behandlungszentrum die Distanz von 100 km nicht überschreitet, vgl. Herbert Marx: Behandlung poliomyelitischer Atemlähmungen durch den Hausarzt, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 15 (1960), S. 160.

²⁵⁷ Richtlinien für die Einrichtung von zentralen Behandlungsstellen für Poliomyelitiskranke, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 195.

So hoch die Ansprüche an diese geplanten Behandlungszentren auch erschienen, so brachten sie doch auch erhebliche Vorteile mit sich. Außer einer optimalen Behandlung und Nachbehandlung der Patienten, sollten u. a. auch die Kosten, die durch die teuren Geräte und vor allem durch das besonders geschulte Personal entstanden, minimiert werden. Zum anderen war geplant, in Zeiten eines stärkeren regionalen Auftretens der Krankheit sowohl die Apparate als auch die dazugehörigen Ärzte und Krankenschwestern in die entsprechenden Epidemiegebiete zu verlagern.²⁵⁸ Somit konnte für das ganze Land die Behandlung mit Eisernen Lungen ermöglicht werden. Die Behandlung und somit meist auch Rettung eines atemgelähmten Patienten sollten in Zukunft nicht mehr von dem Zufall abhängen, ob in dem Krankenhaus, in das er gebracht wurde, eine Eiserne Lunge vorhanden war oder nicht.²⁵⁹

Der Plan, auch in Stuttgart eine solche Behandlungszentrale zu errichten, traf jedoch zunächst nicht nur auf Zustimmung. Manche Klinikchefs sahen darin eine Benachteiligung des eigenen Krankenhauses; Kompetenzfragen und Konkurrenzdenken prägten die Diskussion. So schrieb Frau Dr. Schiller vom Stuttgarter Gesundheitsamt im Mai 1955 an den Direktor der Städtischen Kinderklinik, Professor Windorfer:

Der zentralen Behandlung stehen nun immer – wie sie wissen – einige Widerstände entgegen, d.h. die Klinikchefs, die eben auch gerne Poliomyelitiskranke aufnehmen möchten, ohne dass ihre Klinik als Poliomyelitisklinik – wenn wir einmal so sagen wollen – anerkannt ist, haben mir hier schon Schwierigkeiten gemacht [...]. Ich ging immer davon aus, dass die Poliomyelitissfälle in bestimmte Kliniken gehören: die Kinder vor allen Dingen zu Ihnen und die Erwachsenen zu Prof. Beckmann ins Rudolf-Sophien-Stift. Dort sind die entsprechenden Anlagen und Geräte vorhanden, wenn Atemlähmungen eintreten. Von den anderen Ärzten wird nun immer darauf hingewiesen, dass solche Fälle auch als unklare Fälle in die Klinik kommen, dass man sie später nicht mehr weitergeben will; aber es besteht kein Zweifel, dass auch klare Poliomyelitissfälle, wenn auch vereinzelt, immer wieder anderswo aufgenommen werden. Ich glaube, ich sagte es Ihnen schon, dass ich die beiden Klinikleiter, mit denen es eine Diskussion wegen dieser Angelegenheit gab, darauf hingewiesen habe, dass die Verantwortung überhaupt nicht getragen werden könne.²⁶⁰

Die Frage, ob die hier angesprochenen Klinikchefs schließlich in dieser Diskussion einlenkten oder nicht, kann anhand der zur Verfügung stehenden Akten nicht beantwortet werden.

²⁵⁸ Vgl. SAS, Bestand 202, 1620, Neue Maßnahmen gegen die Kinderlähmung, in: Stuttgarter Nachrichten, 27.7.55.

²⁵⁹ Vgl. SAS, HA 5, 169, 5055-1, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart, 27.07.55; ähnliche Behandlungszentren waren bis dahin auch in anderen Ländern wie Finnland, England, Frankreich, Holland und Italien entstanden, vgl. Josef Hünerbein: Behandlungszentren für Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 1.

²⁶⁰ SAS, Bestand 202, 1634, Brief von Medizinaldirektorin Schiller an Prof. Windorfer, Städt. Kinderklinik, 16.5.1955.

Auch im Stuttgarter Gesundheitsamt entstand Kritik an der städtischen Behandlungszentrale; vor allem die Frage der Kosten und der Zuständigkeit bedurfte noch der Klärung. Denn obwohl im Jahr 1956 fast alle Beatmungsgeräte von auswärtigen Patienten belegt wurden, waren die Kosten von der Stadt zu tragen. Trotz einer Bettennot in den Stuttgarter „Polio-Krankenhäusern“ stammten in diesem Jahr 81 von 131 Polio-Patienten nicht aus Stuttgart. Dies führte zu einem ernsten Konflikt: Einerseits war Stuttgart als Behandlungszentrale ausgewiesen worden, da sich dort sowohl die benötigten Beatmungsgeräte als auch das geeignete Personal befanden. Andererseits war die Nachfrage nach diesem Angebot rasch so stark gestiegen, dass die Kapazitäten der Städtischen Kinderklinik und des Rudolf-Sophien-Stifts einfach gesprengt wurden. Beklagt wurde vor allem, dass bei einer epidemischen Ausbreitung, die erfahrungsgemäß nicht in der Stadt sondern in den umliegenden Kreisen begann, die Stuttgarter Eisernen Lungen bereits von auswärtigen Patienten belegt sein könnten, bis der erste Stuttgarter Patient eine solche Behandlung benötigen würde. Die Verlegung der in der Umgebung vereinzelt vorhandenen Eisernen Lungen nach Stuttgart wurde jedoch abgelehnt, da dort die räumlichen Möglichkeiten dazu nicht gegeben waren. So blieb der Status Stuttgarts als Behandlungszentrale problematisch.²⁶¹

Trotz der landesweiten Bemühungen um eine bestmögliche Versorgung mit Eisernen Lungen wurde auf Grund des ständigen Anstiegens der Erkrankungszahlen, und somit auch der Fälle mit Atemlähmungen, bald deutlich, dass im Falle einer wirklich schweren Epidemie die Zahl der Geräte und Ärzte kaum ausreichen würden. Besonders die Epidemie des Jahres 1952 in Kopenhagen hatte dies gezeigt. Dort hatten die Ärzte auf Grund eines Mangels an Eisernen Lungen zu anderen Behandlungsmethoden greifen müssen:

Es kam deshalb in Kopenhagen zu einer manuellen Beatmung der Patienten, bei der ein Gerät durch den Kehlkopf eingeführt wurde – entweder durch Intubation oder durch Tracheotomie. Die Handbeatmung, die Hunderte von Studenten durchgeführt hatten, wurde in der Folge durch automatische Beatmung ersetzt.²⁶²

Da diese Behandlungsmethode²⁶³ in Notfällen für sehr sinnvoll erachtet wurde, schlug Medizinaldirektorin Schiller vor, die Anschaffung der nötigen Geräte in Stuttgart in

²⁶¹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1643, Aktenvermerk des Gesundheitsamts Stuttgart vom 04.12.1956.

²⁶² SAS, HA 5, 169, 5055-1, Anlage zur Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart, 27.07.1955.

²⁶³ Zur Bedeutung dieser Beatmungsmethode vgl. Sebastian M. Schellong: Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzepts, in: Hirntod. Zur Geschichte der Todesfeststellung, hg. v. Thomas Schlich und Claudia Wiesemann, Frankfurt a. M. 2001, S. 195f.

Erwägung zu ziehen.²⁶⁴ Ein sogenannter „Poliomat“ wurde wenig später der Stuttgarter Kinderklinik zur Verfügung gestellt.²⁶⁵

Die Frage, ob die Zahl der Eisernen Lungen auch in Zeiten einer Epidemie ausreichen würde, beschäftigte im Sommer 1956 auch den baden-württembergischen Landtag. Innenminister Renner gab bekannt, dass zu diesem Zeitpunkt 106 Beatmungsgeräte in Baden-Württemberg zur Verfügung standen.²⁶⁶ Er räumte jedoch ein, dass diese Anzahl zwar für „normale Zeiten“, aber nicht während einer Epidemie ausreichen würde. Für diesen Fall seien aber bereits Abmachungen mit den Herstellerfirmen getroffen, dass dann auch kurzfristig weitere Eisernen Lungen an die Behandlungszentren geliefert werden könnten. Der Innenminister wies ebenfalls darauf hin, dass allen Regierungspräsidien, den Gesundheitsämtern, und auch den einzelnen Krankenhäusern die Standorte aller sich in Baden-Württemberg befindlichen Eisernen Lungen bekannt sei, und die Liste außerdem fortlaufend ergänzt werde.²⁶⁷ Dies war für die Koordination der optimalen Belegung der Apparate von größter Wichtigkeit, jedoch leider nicht selbstverständlich. Wie die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* dem baden-württembergischen Innenministerium mitteilte, kam es immer wieder vor, dass atemgelähmte Patienten nicht umgehend in die nächstgelegene geeignete Klinik gebracht wurden. Die Organisation bat deshalb darum, eine Liste der Standorte der Beatmungsgeräte in den Ärztlichen Mitteilungen veröffentlichen zu lassen und dafür zu sorgen, dass nicht nur den Behörden, sondern auch Ärzten die Standorte der Beatmungsgeräte bekannt würden.²⁶⁸

Auch die Zusammenfassung aller Beatmungsgeräte in einer der vier Behandlungszentralen verlief nicht ohne Schwierigkeiten. Obwohl diese bereits 1955 im baden-württembergischen Landtag beschlossen worden war, befanden sich auch zwei Jahre später noch zahlreiche Beatmungsgeräte in kommunalen Krankenhäusern, die in den wenigsten

²⁶⁴ Vgl. SAS, Bestand 202, 1637, Brief von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, an das Sozial- und Gesundheitsreferat der Stadt Stuttgart vom 23.02.1955..

²⁶⁵ Vgl. SAS, Bestand 202, 1637, Kurzmitteilung vom Sozial- und Gesundheitsreferat der Stadt Stuttgart an das Gesundheitsamt Stuttgart vom 18.03.1955; der „Poliomat“ war ein im Vergleich zur Eisernen Lunge relativ preisgünstiges Beatmungsgerät, dass den Patienten über einen Tubus mit Sauerstoff versorgte, vgl. W. Ulmer: Therapie der poliomyelitischen Atemlähmung, in: *Ärzteblatt für Baden-Württemberg* 13 (1958), S. 37.

²⁶⁶ In Württemberg standen im August 1956 67 Beatmungsgeräte zur Verfügung, vgl. SAS, HA 5, 171, Mitteilungen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, Heft 6/1956, 10.08.1956.

²⁶⁷ Verhandlung der Kleinen Anfrage Beilage 162, in: Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokoll-Band I, 7.Sitzung, 18.07.1956, S. 183; außerdem wurden solche Listen beispielsweise im *Ärzteblatt für Baden-Württemberg* veröffentlicht, vgl. *Ärzteblatt für Baden-Württemberg* 12 (1957), S. 240ff.

²⁶⁸ Vgl. HStAS, EA 2/009, 2217 I, Brief des Generalsekretärs der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Dr. Hünerbein, an Regierungsdirektor Dr. Mayser, Innenministerium Baden-Württemberg vom 08.08.1957.

Fällen die räumlichen sowie personellen Rahmenbedingungen für eine Behandlung der Atemlähmung boten. Der SPD-Abgeordnete Riegel berichtete im Landtag von den Missständen in der Versorgung von atemgelähmten Patienten:

Wir haben bereits einmal einem Bericht der Regierung entnehmen können, dass es in Baden-Württemberg bei den verschiedenen Krankenanstalten zur Zeit 106 Beatmungsgeräte, d.h. Eisernen Lungen²⁶⁹ gibt. Wir können aber feststellen – und ich habe des öfteren Gelegenheit genommen, mir solche Räume anzusehen –, dass die Unterbringung der einzelnen Eisernen Lungen in ungeeigneten Räumen erfolgt ist. Man kann das durchaus verstehen. Ein kommunales Krankenhaus muss natürlich seine Einrichtungen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten unterbringen. Diese Räume sind aber oft nicht geeignet und den Kranken, die ja monatelang in diesem Beatmungsgerät liegen müssen, nicht zuzumuten. [...] Ich möchte auch daran erinnern, dass für die Betreuung eines Kranken, der in der Eisernen Lunge liegt, Spezialärzte notwendig sind; insbesondere muß das Krankenpflegepersonal auf diese besondere Behandlung geschult sein. Das ist für die Krankenhäuser oft ebenfalls schwierig. Wenn in einem Krankenhaus ein Kranker in einer Eisernen Lunge liegt, so ist dadurch eine erhebliche Zahl des Pflegepersonals blockiert, denn es muß ja Tag und Nacht eine Wartung vorhanden sein. Ich glaube, wir sollten die Eisernen Lungen, die bei den kommunalen Krankenhäusern sind, nur für die augenblickliche Notwendigkeit verwenden, dann aber, wenn es irgend möglich ist, diese Kranken einem Behandlungszentrum zuführen, das die Voraussetzungen in sich birgt, dass Behandlung und Pflege, aber auch die Umgebung wirklich zweckentsprechend sind.²⁷⁰

In der Antragsbegründung des Abgeordneten Riegel wird deutlich, dass die Richtlinien für die Einrichtung von zentralen Behandlungsstellen für Poliomyelitiskranke²⁷¹, die 1956 von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Kinderlähmung ausgearbeitet worden waren, in Baden-Württemberg noch nicht vollständig realisiert worden waren. Die Akten zeigen nicht, ob in den darauffolgenden Jahren die Bedingungen für die Behandlung von atemgelähmten Patienten verbessert wurden. Das Fehlen solcher Unterlagen lässt jedoch den Schluss zu, dass ab 1957 weniger die Behandlung der Krankheitssymptome, sondern mehr die Bekämpfung der Kinderlähmung durch die neue Schutzimpfung im Fokus der Gesundheitspolitik stand.

Obwohl die Behandlung in der Eisernen Lunge für den bearbeiteten Zeitraum die am besten geeignete Methode zur künstlichen Beatmung der Patienten blieb, hatte sie dennoch

²⁶⁹ Bei den 106 Beatmungsgeräten handelte es sich keineswegs ausschließlich um Eisernen Lungen, sondern auch um andere medizinische Geräte wie Poliomaten und Elektro-Lungen, vgl. Aufstellung der in Baden-Württemberg zur Behandlung atemgelähmter Kinder und Erwachsener vorhandenen Beatmungsgeräte, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 240ff.

²⁷⁰ Abgeordneter Riegel zu seinem Antrag bezüglich der Einrichtung von Behandlungszentren für die Behandlung der an spinaler Kinderlähmung Erkrankten, in Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode, Protokoll-Band II, 29. Sitzung am 13.03.1957, S. 1379.

²⁷¹ Vgl. Richtlinien für die Einrichtung von zentralen Behandlungsstellen für Poliomyelitiskranke der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 194f.

einige Nachteile, die hier nicht unerwähnt bleiben sollten. Wie bereits erwähnt, mussten atemgelähmte Patienten oft Wochen- bzw. Monate liegend in dem Gerät verbringen. Auf diese Weise „eingesperrt“ waren sie von der Außenwelt abgeschnitten, was ohne Zweifel psychische Auswirkungen haben musste.²⁷² Das Pflegepersonal hatte dabei die Aufgabe, den Patienten zu beruhigen und sein Vertrauen zu erlangen.²⁷³

Hatte der Patient keine Lähmungserscheinungen, konnte er sich dennoch in dem engen Apparat nicht bewegen; waren die Gliedmaßen betroffen, war es nicht möglich, diese zusätzlich zu behandeln; Kontrakturen waren kaum zu verhindern. Probleme bereiteten Patienten und Pflegepersonal vor allem die alltäglichen Bedürfnisse. Die Körperpflege gestaltete sich äußerst schwierig, das Benutzen von Bettpfannen war schlicht nicht möglich.²⁷⁴

Interessant, aber anhand der zur Verfügung stehenden Quellen nicht zu beantworten, ist die Frage, wie Patienten auf die Behandlung in der Eisernen Lunge reagierten. Weder in der Presse noch in den zeitgenössischen Fachpublikationen wird die Sicht der Patienten näher beleuchtet. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass bei der Behandlung von Atemlähmungen nicht der Patient sondern die Symptome den Einsatz eines bestimmten Beatmungsgeräts, also auch der Eisernen Lunge, bestimmten. Die „lebensrettende“ Funktion des Apparates ließ die genannten Nachteile vielleicht unerheblich erscheinen.

4.2 Die Behandlung und Nachbehandlung von motorischen Lähmungen

Motorische Lähmungen waren nach dem Symptom der Atemlähmung die schwerwiegendsten Folgen einer Polioinfektion. Sie erforderten eine zeitintensive und mühevollen Therapie²⁷⁵, die in vielen Fällen jedoch keine völlige Genesung erzielen konnte. Es standen verschiedene Therapieformen zur Verfügung: die unblutige orthopädische Behandlung, d. h. beispielsweise die richtige Lagerung des Patienten, Massage, Unterwassergymnastik und Bewegungstherapie²⁷⁶, sowie die chirurgisch-orthopädische

²⁷² Vgl. H.C.A. Lassen: Die Behandlung der Atmungslähmung und der Bulbärparalyse bei der Poliomyelitis, in: Poliomyelitis. Epidemiologie, Klinik, Virus und Virusnachweis, Immunität, Bekämpfung, hg. v. Robert Debré u.a., Stuttgart o.J. [1956], S. 95.

²⁷³ Vgl. Stéphane Thieffry: Die Klinik und die Behandlung der Atmungsschädigungen bei Poliomyelitis, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u.a., Bern u.a. 1953, S. 81.

²⁷⁴ Vgl. Lassen, S. 95.

²⁷⁵ Die Therapie konnte sich über mehrere Monate oder sogar Jahre erstrecken, vgl. E. Schmid: Klinik und Therapie der Poliomyelitis, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 33; Richtlinien für die vertrauensärztliche Untersuchung und Begutachtung von Poliomyelitiskranken der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, in: der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 402f.

²⁷⁶ Pol LeQœur: Die unblutige orthopädische Behandlung, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u.a., Bern u.a. 1953, S. 213-216.

Behandlung, die z. B. Muskeltransplantationen oder Sehnenverpflanzungen beinhaltete. Letztere war allerdings mit großen Nachteilen behaftet. Meist wurde hierbei nur eine Störung des Bewegungsapparats gegen eine andere, weniger hinderliche, eingetauscht.²⁷⁷

Im akuten Stadium der Krankheit galt es erst einmal, durch optimale Lagerung des Patienten das Entstehen von Deformationen zu verhindern. Dazu sollte der Patient abwechselnd in Rücken- oder Bauchlage, wenn möglich auch in Seitenlage gelagert werden. Auch wenn eine langsame Besserung eintrat, war es überaus wichtig, dass der Patient die liegende oder sitzende Position immer wieder variierte, um Kontrakturen der Gelenke zu verhindern.²⁷⁸

Der wichtigste Teil der Therapie der Lähmungen war jedoch die Nachbehandlung der Lähmungserscheinungen mit Massagen, Bädern und Bewegungstherapie, die sich häufig über mehrere Jahre erstreckte.²⁷⁹

Die Frage der Therapiemöglichkeiten von Lähmungen stellte sich in Württemberg spätestens 1950, als dort erstmals eine stärkere Häufung von Polioerkrankungen auftrat. Wie bei allen Bekämpfungs- und Behandlungsmaßnahmen spielte auch hier zunächst die Problem der Kostenregelung eine wichtige Rolle.

Vor allem die lange Dauer der Nachbehandlung sorgte für immense Kosten. Um eine Wirkung zu erzielen, sollte die Therapie zunächst mindestens 8 Wochen andauern und in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.²⁸⁰ Unter Umständen konnte die Nachbehandlung sich über mehrere Jahre erstrecken. Während in der Bundesrepublik die Kostenfrage 1950 noch ungeregelt war, hatten andere europäische Länder bereits entschieden. In Schweden beispielsweise wurden alle für die Nachbehandlung anfallenden Kosten vom Staat übernommen.²⁸¹ In der Schweiz gab es eine spezielle Kinderlähmungsversicherung, die für die Behandlung und Nachbehandlung der Patienten aufkam.²⁸²

Die hohen Kosten hatten zur Folge, dass eine optimale Nachversorgung der Erkrankten nicht immer gewährleistet werden konnte. In einigen Fällen musste eine stationäre

²⁷⁷ Vgl. Pol LeQœur / Jörg Untereiner: Die chirurgisch-orthopädische Behandlung, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u.a., Bern u.a. 1953, S. 234, 239.

²⁷⁸ Vgl. LeQœur, Die unblutige orthopädische Behandlung, S. 213ff.

²⁷⁹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart, 27.11.1950.

²⁸⁰ Vgl. W. Josenhans: Frühbehandlung der Poliomyelitisfolgen, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 5 (1950), S. 210.

²⁸¹ SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart, 27.11.1950.

²⁸² Vgl. SAS, Bestand 202, 1621, Kinderlähmungsversicherung in der Schweiz, in: DMI-Nachrichten, Nr. 12, 1957.

Behandlung sogar abgebrochen werden, wie der folgende Brief eines Esslinger Vaters zeigt, der im Oktober 1950 Frau Dr. Schiller im Stuttgarter Gesundheitsamt erreichte:

Mein ältester Sohn Jürgen, geb. 1942, ist an spinaler Kinderlähmung erkrankt. Die Krankenhaus- und Arztkosten sind für die Dauer von 13 Wochen von der AOK Esslingen, bei der ich pflichtversichert bin, getragen worden. Mit Wasserglasstützverbänden ist mir mein an beiden Beinen schwer gelähmtes Kind in häusliche Pflege gegeben worden, da ich selbst nicht in der Lage war für die weiteren Behandlungskosten im Krankenhaus aufzukommen. Es kam nur eine „ambulante“ Weiterbehandlung in Frage.

Im Falle einer erforderlichen stationären Nachbehandlung übernimmt, wie ich festgestellt habe, die AOK als Abgeltung für ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel 95 Dpf. und außerdem die Landesversicherungsanstalt 1 DM pro Tag. Wer hat für die restlichen stationären Behandlungskosten aufzukommen, wenn die Eltern des Kranken finanziell nicht dazu in der Lage sind?²⁸³

Frau Dr. Schiller antwortete umgehend:

Es ist leider so wie sie schreiben, dass für die durch Nachbehandlung entstehenden Kosten niemand aufkommt. Wenn Sie nicht in der Lage sind, die restlichen Kosten im Falle einer stationäre Behandlung zu übernehmen, so müssten Sie beim Sozialamt einen Antrag auf Übernahme stellen. Dies setzt aber voraus, dass Bedürftigkeit nach den Richtlinien über Gewährung öffentlicher Fürsorge vorliegt. Inwieweit die Landesversicherungsanstalt Kosten übernimmt, ist hier nicht bekannt.²⁸⁴

Die Frage, welche Kosten von der Landesversicherungsanstalt Württemberg übernommen wurden, war nicht einheitlich zu beantworten. Bei Versicherten der Invaliden- und Angestelltenversicherung konnten die Kosten für die stationäre Weiterbehandlung dann von der Anstalt übernommen werden, wenn zu erwarten war, dass dadurch die Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit des Patienten wieder hergestellt wurde. Konnte davon nicht ausgegangen werden, blieb nur eine Rente oder ein Ruhegehalt. Die Kosten für die Weiterbehandlung mussten in einem solchen Fall vom Patienten selbst oder von der öffentlichen Fürsorge übernommen werden. Auch die Nachbehandlung von Kindern wurde nur dann bezahlt, wenn abzusehen war, dass das Kind dadurch geheilt werden konnte oder zumindest die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit hergestellt werden könnte. Eine weitere Voraussetzung für die Übernahme der Kosten für die Nachbehandlung von Kindern war, dass

„der versicherte Elternteil den Unterhalt des Kindes überwiegend bestreitet, zurzeit der Antragstellung im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Württemberg wohnt und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 10 der Heilverfahrensgrundsätze

²⁸³ SAS, Bestand 202, 1634, Brief von Dr. Karl P. aus Esslingen an Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart vom 6.10.1950.

²⁸⁴ SAS, Bestand 202, 1634, Antwort von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, vom 12.10.1950.

erfüllt hat, oder von der Landesversicherungsanstalt Württemberg Invalidenrente oder Ruhegeld bezieht, oder das Kind selbst Waisenrentenempfänger ist.“²⁸⁵

Rekonvaleszenten, die diese Voraussetzungen nicht erfüllten, konnten für die Nachbehandlung staatliche Fürsorge beantragen.²⁸⁶

Im September 1951 einigte sich die Sozialabteilung des Stuttgarter Gemeinderats schließlich auf eine Kostenregelung hinsichtlich der Nachbehandlung. Diese sollte zwar nicht ausschließlich aus öffentlichen Mitteln finanziert werden; es sollte jedoch sichergestellt werden, dass eine notwendige Nachbehandlung nicht an den finanziellen Möglichkeiten des Patienten oder dessen Eltern scheitert. Deshalb übernahm die Stadt Stuttgart die vollen Kosten, wenn

1. das Einkommen des Erkrankten und gegebenenfalls der mit ihm in einer Haushaltsgemeinschaft lebenden unterhaltspflichtigen Angehörigen den doppelten Richtsatz der öffentlichen Fürsorge zuzüglich einfacher Monatsmiete nicht übersteigt und diese Personen kein verwertbares Vermögen haben, das höher ist als der doppelte Betrag der in der öffentlichen Fürsorge geltenden Vermögensfreigrenze.

2. Übersteigt das Einkommen oder das Vermögen die in Ziffer 1 genannten Grenzen, so können gleichwohl die Kosten ganz oder teilweise übernommen werden, wenn dies bei der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Dauer und der Schwere der Erkrankung vertretbar erscheint.²⁸⁷

Ausdrücklich wurde hinzugefügt, dass bei der Ermittlung der Bedürftigkeit des Erkrankten oder der Erziehungsberechtigten großzügig verfahren werden sollte. Wie Frau Dr. Schiller dem Sozialamt erläutert hatte, mussten nicht nur die finanziell schwachen Kreise unterstützt werden. Im Falle einer jahrelangen Nachbehandlung mit „hohen Rechnungen für Ärzte, Bäderbehandlung, Massagen usw.“²⁸⁸ waren häufig auch Angehörige des Mittelstandes und der gehobenen Berufe mit den Kosten überfordert. Gerade in kinderreichen Familien konnten diese oft nicht selbst bestritten werden.²⁸⁹

Schnell entstand, wie auch bei der Frage der Therapie der Atemlähmung, die Forderung nach einer Zentrale für die Behandlung der Kinderlähmungs-Rekonvaleszenten. Ein Grund hierfür war, dass gewissen Behandlungsmaßnahmen, wie etwa die Badetherapie, sich nicht ambulant durchführen ließen. Das Vorhaben, in öffentlichen Bädern Therapiestunden für Kinderlähmungspatienten abzuhalten, scheiterte am Protest der Bevölkerung. Durch

²⁸⁵ SAS, Bestand 202, 1634, Abschrift eines Briefes der Landesversicherungsanstalt Württemberg an die Stuttgarter Kinderkrankenhäuser vom 27.11.1950.

²⁸⁶ Vgl. SAS, HA 5, 171, Gefahren und Bekämpfung der Kinderlähmung, in: Staatsanzeiger für Baden-Württemberg, 27.03.1957.

²⁸⁷ SAS, Bestand 202, 1639, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart, 24.09.1951.

²⁸⁸ SAS, Bestand 202, 1639, Brief von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart an Direktor Mayer, Sozialamt Stuttgart vom 21.09.1951.

²⁸⁹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1639, Brief von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart an Direktor Mayer, Sozialamt Stuttgart vom 21.09.1951.

Meldungen der Tageszeitungen war verbreitet worden, dass der Virus im Wasser monatelang überleben könne und somit auch durch Badewasser übertragbar sei. Diese Auffassung konnte von den Gesundheitsbehörden nicht mit völliger Sicherheit entkräftet werden.²⁹⁰

Eine Nachbehandlungszentrale für Kinderlähmungspatienten sollte verschiedene Voraussetzungen erfüllen. Zum einen sollte sie die nicht mehr akuten Fälle zentral erfassen und versorgen und zum anderen staatlich gesteuert sein.²⁹¹ Als Vorbild sollte hierfür die Schweiz dienen, wo bereits eine solche Nachbehandlungszentrale geschaffen worden war:

In der Schweiz z.B. ist eine solche Kinderlähmungszentrale mit Bädern, Massageeinrichtungen u.ä. an das Züricher Kinderhospital von Professor Franconi angeschlossen. Eine solche Zentrale, die aber nicht kommunal sondern staatlich sein müsste, sollte auch bei uns geschaffen werden.²⁹²

Auch einige Eltern gelähmter Kinder sprachen sich für die Errichtung einer zentralen Behandlungsstelle aus, was in einigen Anfragen an das Gesundheitsamt Stuttgart und das baden-württembergische Innenministerium²⁹³ dokumentiert ist. Meist baten die Eltern darum, durch das Gesundheitsamt in der Angelegenheit auf dem laufenden gehalten zu werden. Außerdem waren die Eltern natürlich daran interessiert, ihre Kinder so bald wie möglich in einer solchen Nachbehandlungsstätte unterzubringen. Frau Dr. Schiller erwiderte diese Anfragen mit der Bitte, sich an den Landtag und das Ministerium zu wenden, um deren Entscheidungsprozess zu beschleunigen.²⁹⁴

Auch die Ärztekammer Nord-Württemberg sowie die Arbeitsgemeinschaft der Elternbeiräte von Württemberg setzten sich in einer Eingabe an den württemberg-badischen Landtag für den Ausbau einer Nachbehandlungszentrale in Wildbad ein.²⁹⁵

Bereits 1950 bestand für Patienten die Möglichkeit zur Nachbehandlung im Katharinenstift in Wildbad. Da dort jedoch vor allem Erwachsene behandelt wurden, mangelte es noch an

²⁹⁰ Vgl. SAS, HA 5, 171, Brief von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, an die Abteilung Gesundheitswesen des Innenministeriums vom 19.11.1950.

²⁹¹ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Auszug aus der Niederschrift über die Verhandlung der Sozialabteilung des Gemeinderats Stuttgart, 27.11.1950.

²⁹² SAS, HA 5, 169, 5055-1, Erfahrungsbericht über die diesjährige Kinderlähmungsepidemie, in: Amtsblatt der Stadt Stuttgart, 30.11.1950, S.1.

²⁹³ Vgl. HStAS, EA 2/009, 2215 II, Brief von Frau H., München, an das baden-württembergische Innenministerium vom 27.05.1951.

²⁹⁴ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Brief von Wilhelm B., Kirchheim/Neckar, an Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart vom 28.11.1950, Antwort von Frau Dr. Schiller vom 01.12.1950; Brief von Dr. Karl P., Esslingen, an Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart vom 06.10.1950, Antwort von Frau Dr. Schiller vom 12.10.1950, Brief von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, an Maria R., Stuttgart, vom 24.11.1950.

²⁹⁵ Vgl. HStAS, EA 2/010, 2218 I, Brief vom Präsidenten der Ärztekammer Nord-Württemberg, Dr. Neuffer, an Herrn Ministerialrat Dr. Unger, Innenministerium Württemberg-Baden vom 28.11.1950; Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Elternbeiräte von Württemberg an Innenminister Ulrich vom 18.01.1951.

einer entsprechenden Einrichtung für Kinder und Jugendliche. Im November 1950 schlugen Frau Dr. Schiller sowie der Leiter der Stuttgarter Kinderklinik, Professor Windorfer, dem Innenministerium des Landes vor, ebenfalls in Wildbad ein solches Rekonvaleszenzzentrum für Kinder und Erwachsene einzurichten. Dort befand sich zu dieser Zeit ein geeignetes Bad bereits im Bau und außerdem boten sich dort auch Möglichkeiten zur Unterbringung der Erkrankten:

Zweifelloos liegen in Wildbad die Verhältnisse besonders günstig. Die heißen Quellen sind vorhanden, das Bad ist fast fertig und es dürfte keine Schwierigkeiten machen, ein geeignetes Anwesen zu erstehen und auszubauen.²⁹⁶

In Stuttgart bot der städtische Fürsorgearzt, Sanitätsrat Dr. Sippel, den Erkrankten eine monatliche Sprechstunde an. Dadurch sollten besonders jenen Erkrankten geholfen werden, die sich nicht in ärztlicher Behandlung befanden. Zu dieser Sprechstunde wurden alle Kinder und Erwachsene, die innerhalb der vorhergehenden fünf Jahren von der Kinderlähmung betroffen waren, persönlich eingeladen. Das Erscheinen war, und darauf wurde in den Einladungsschreiben ausdrücklich hingewiesen, freiwillig. In der Sprechstunde sollten die Patienten genau untersucht werden. Der Arzt hatte die Aufgabe, zu beurteilen, ob in den einzelnen Fällen Heilungschancen oder zumindest die Aussicht auf Besserung bestand. Außerdem sollte eine Beratung bezüglich der notwendigen Behandlung und der Kostenproblematik stattfinden. Ferner sollte in diesen Beratungsstunden ein individueller Heilplan erstellt werden, um eine bestmögliche Behandlung des Patienten zu gewährleisten.²⁹⁷

Das „Werner-Heim“ in Wildbad konnte schließlich Ende des Jahres 1954 eröffnet werden. Die Kosten für den Ausbau und die Ausstattung wurden fast ausschließlich durch das Land getragen: insgesamt wurden 320.000 DM, davon 140.000 DM als unverzinsliches Darlehen, der Rest als „verlorener“ Zuschuss zur Verfügung gestellt.²⁹⁸ Darin enthalten waren sämtliche Umbau- und Einrichtungskosten, ein Beitrag zum täglichen Verpflegungsgeld sowie die Erstattung etwaiger Fehlbeträge. Der württembergische Landesfürsorgeverband, Eigentümer und Betreiber des Werner-Heims, verpflichtete sich im Gegenzug, Erkrankten eine fachgemäße Behandlung zu bieten.²⁹⁹ Das Heim sollte nicht nur als Behandlungsstelle für Stuttgarter Patienten dienen, sondern als

²⁹⁶ SAS, Bestand 202, 1634, Aktennotiz von Frau Dr. Schiller; Gesundheitsamt Stuttgart, vom 26.01.1951.

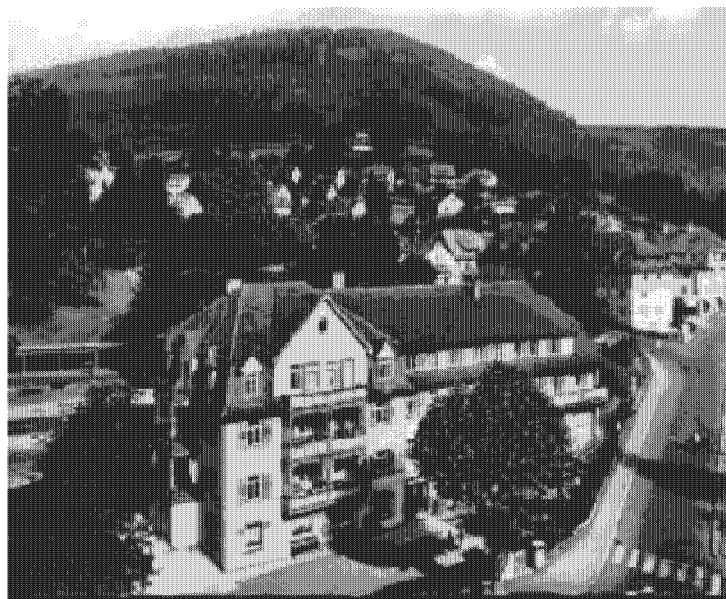
²⁹⁷ Vgl. SAS, Bestand 202, 1634, Aktennotiz von Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, vom 26.01.1951.

²⁹⁸ Vgl. SAS, HA 5, 171, Gefahren und Bekämpfung der Kinderlähmung, in: Staatsanzeiger für Baden-Württemberg, 27.03.1957.

²⁹⁹ Vgl. HStAS, EA 2/010, 2218 I, Vertrag zwischen dem Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Innenministerium und des Württembergischen Landesfürsorgeverbands in Stuttgart, 02.11.1954.

Sozialhilfeempfängern und deren Kindern auf. Staatszuschüsse wurden gewährt, wenn der Antragssteller nicht krankenversichert³⁰³, in Baden-Württemberg wohnhaft war und ein Jahreseinkommen von weniger als 6000 DM bezog. Dieser Betrag erhöhte sich um 1200 DM für den Ehegatten und 600 DM für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Familienangehörigen.³⁰⁴ Auch andere Behörden, wie beispielsweise das Sozialamt der Stadt Stuttgart, gewährten unter bestimmten Bedingungen Zuschüsse zu den Nachbehandlungskosten.³⁰⁵

Das Werner-Heim in Wildbad 1962³⁰⁶



Die Nachfrage nach einer Nachbehandlung im Werner-Heim war sehr groß, so dass das Haus ständig voll ausgelastet war. Bereits nach kurzer Zeit ergaben sich für Antragssteller Wartezeiten von 3-4 Monaten. Das für 50 Plätze eingerichtete Heim hatte 1954 eine Durchschnittsbelegung von 52 Kindern. Insgesamt konnten in diesem Jahr 178 Kinder bei einer durchschnittlichen Belegungsdauer von 107 Tagen aufgenommen werden. 157 dieser Kinder stammten aus Baden-Württemberg, 20 davon aus Stuttgart und weitere 15 aus der näheren Umgebung von Stuttgart.³⁰⁷

³⁰³ Vgl. HStAS, EA 2/010, 2218 I, Pressemitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg vom 11.04.1953.

³⁰⁴ Vgl. HStAS, EA 2/010, 2218 I, Richtlinien über die Gewährung von Staatszuschüssen zu den Pflegekosten im Werner-Heim Wildbad, 08.03.1956.

³⁰⁵ s.o.

³⁰⁶ <http://www.polio-nordwuerttemberg.de/42601.html>.

³⁰⁷ Vgl. SAS, Bestand 202, 1641, Brief des Württembergischen Landesfürsorgeverbands, Verfasser unbekannt, an Frau Dr. Schiller, Gesundheitsamt Stuttgart, vom 5.8.1955.

Der Erfolg der Schluckimpfungen machte sich schließlich auch im Werner-Heim in Wildbad bemerkbar. Ab 1962 ging die Zahl der Neuerkrankungen kontinuierlich zurück, was bedeutete, dass das Heim bald nicht mehr voll ausgelastet war. Dem Land, das sich vertraglich verpflichtet hatte, Fehlbeträge auszugleichen, entstanden hierdurch hohe Kosten. Aus diesem Grund kündigte das baden-württembergische Innenministerium den entsprechenden Vertrag mit dem Württembergischen Landesfürsorgeverband mit Wirkung zum Ende des Jahres 1963.³⁰⁸ Um jedoch weiterhin die Nachbehandlung aller Patienten mit Lähmungserscheinungen zu gewährleisten, verpflichtete sich der Landesfürsorgeverband, auch in Zukunft nicht nur die Patienten, die zur Gruppe der Sozialhilfeempfänger zu rechnen waren, sondern sämtliche Patienten mit Lähmungserscheinungen in Wildbad zu behandeln, und außerdem die dadurch entstehenden Kosten selbst zu tragen. Im Gegenzug verzichtete das Land Baden-Württemberg auf die Rückzahlung des 1954 gewährten zinsfreien Darlehens über 140.000 DM.³⁰⁹

Auch im Zusammenhang mit der Behandlung- und Nachbehandlung der motorischen Lähmungen bleibt eines in den Akten unerwähnt: wie gestaltete sich die Lage für die Patienten? Gerade für Kinder muss die oft monatelange Verweildauer in Wildbad, in denen sie von den Eltern und Geschwistern getrennt waren, zu einer großen Belastung geführt haben. Hinzu kamen die oftmals sehr schmerzhaften Behandlungen – die nicht immer erfolgreich waren.³¹⁰

³⁰⁸ Vgl. HStAS, EA 2/010, 2218 II, Mitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg an das Finanzministerium Baden-Württemberg, September 1966.

³⁰⁹ Vgl. HStAS, EA 2/010, 2218 II, Mitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg an die Regierungsoberkasse Nordwürttemberg, ohne Datum [März 1971].

³¹⁰ Diese Vermutung wurde in einem Gespräch mit Poliobetroffenen im Rahmen eines Gruppentreffens der Selbsthilfegruppe Bundesverband Polio e.V., Regionalgruppe Stuttgart, am 18.11.2005 bestätigt. Leider konnte das Gespräch nicht schriftlich festgehalten werden. Nichtsdestotrotz waren die Erinnerungen der Poliobetroffenen an die akute Krankheitsphase, aber auch an die langwierige Nachbehandlung, höchst interessant. Alle Anwesenden waren im Kindesalter und vor der Einführung der Lebendimpfung 1962 an der Kinderlähmung erkrankt. Hinsichtlich der akuten Phase erinnerten sich einige Betroffene an quarantäneähnliche Maßnahmen in den Krankenhäusern. Sogar die Eltern waren von den Kindern bei Besuchen durch eine Glasscheibe getrennt. Dies wurde als sehr verstörende Erfahrung beschrieben. Zwei weibliche Betroffene befanden sich zur Rekonvaleszenz monatelang im Werner-Heim in Wildbad. Die Erinnerungen an die Behandlung dort waren teilweise sehr negativ. Erwähnt wurde, wie belastend zum einen die lange Trennung von den Eltern und Geschwistern empfunden wurde. Auch die Bewegungstherapie, die trotz großer Schmerzen durchgeführt werden musste, wurde als prägende Erfahrung genannt.

5 Schlussbetrachtung

Als die Kinderlähmung in Stuttgart und ganz Württemberg im Jahr 1950 zum ersten Mal in epidemischer Form auftrat, boten sich den ansässigen Gesundheitsbehörden nur begrenzte Möglichkeiten, die Seuche einzudämmen. Zum einen hatte sie keinerlei Erfahrung in der Bekämpfung mit dieser „neuen“ Krankheit, zum anderen gab es noch keine Schutzimpfung. Deshalb setzte das Gesundheitsamt Stuttgart in erster Linie auf die Aufklärung der Bevölkerung über geeignete Hygienemaßnahmen, was vor allem mit Hilfe von Pressemitteilungen und dem Verteilen von Merkblättern geschah. In der Bevölkerung rief die Epidemie indes große Beunruhigung hervor. Auswärtige Personen fragten beispielsweise bei den Stuttgarter Behörden an, ob von Reisen in die Region abzuraten sei. Auch in Württemberg waren die Menschen sehr besorgt: Der nahende Beginn des neuen Schuljahres veranlasste einige Eltern im August 1950, eine Verlängerung der Ferien zu fordern, da sie fürchteten, ihre Kinder könnten in den Schulen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sein. Die Leiterin des Stuttgarter Gesundheitsamts, Frau Dr. Schiller, lehnte jedoch solche einschneidenden Maßnahmen ab, da sie deren Nutzen anzweifelte. Außerdem wurde in Stuttgart in diesem Jahr, aber auch in den folgenden, von sogenannte Absperrmaßnahmen abgesehen. Während in Baden, genau wie in zahlreichen deutschen Großstädten, beispielsweise öffentliche Bäder geschlossen wurden, wurde in Stuttgart großen Wert darauf gelegt, die Bevölkerung nicht durch solche Entscheidungen zu verunsichern. Auch auf die Schließung von Schulen, Kinos und Kirchen wurde weiterhin aus diesem Grund verzichtet. Nichtsdestotrotz waren bestimmte Maßnahmen unerlässlich. Trat beispielsweise in einer Schule oder in einem Kindergarten ein Erkrankungsfall auf, wurde die betreffende Schulklasse, bzw. die Kindergartenabteilung für zwei Wochen geschlossen. Angehörige von Erkrankten mussten für den gleichen Zeitraum der Schule oder dem Arbeitsplatz fernbleiben.

In den Jahren 1951 bis 1955 trat die Kinderlähmung in Württemberg nicht mehr in epidemischer Form auf. Trotzdem rief die Entwicklung eines Polio-Impfstoffes durch Jonas Salk 1955 große Begeisterung hervor. Interessiert fragten die Stuttgarter beim Gesundheitsamt an, wann mit einem Beginn der Impfungen in Deutschland gerechnet werden könne. Diese Frage ließ sich jedoch nicht einfach beantworten. Die deutschen Medizinexperten sowie das Bundesgesundheitsministerium standen der neuen Entwicklung sehr skeptisch gegenüber. Zum einen wurde argumentiert, dass die Kenntnisse über den Impfstoff noch nicht ausreichten, um mit groß angelegten Impfkationen zu beginnen.

Außerdem wurde gefürchtet, dass es zu Kontaktinfektionen kommen könnte. Im Stuttgarter Gesundheitsamt wurde die neue Möglichkeit zur Bekämpfung der Kinderlähmung begrüßt. Frau Dr. Schiller betonte aber auch, wie wichtig die genaue Untersuchung des Vakzins hinsichtlich dessen Unbedenklichkeit und Wirksamkeit sei.

Ende des Jahres 1956 beschloss die baden-württembergische Regierung, als eine der ersten Landesregierungen, amerikanischen Salk-Impfstoff zu importieren. Diesem Vorstoß folgte wenig später auch das Bundesgesundheitsamt, als zu Beginn des Jahres 1957 allen Ländern empfohlen wurde in einem begrenzten Rahmen Salk-Impfungen durchzuführen.

Nachdem jedoch im April 1957 in Württemberg mit den Impfungen begonnen worden war, zeigte sich rasch, dass trotz der Begeisterung der Bevölkerung über die Entwicklung des Impfstoffs zwei Jahre zuvor, die Impfbeteiligung sehr gering war. Diese Zurückhaltung der Bevölkerung hatte vor allem zwei Ursachen. An erster Stelle ist hier die Kostenfrage zu nennen. Der Bund lehnte die Übernahme der Kosten ab, genauso wie das Bundesland Baden-Württemberg. Die Stadt Stuttgart erklärte sich bereit, wenigstens für Kinder aus bedürftigen Familien die Impfkosten zu übernehmen. Die anderen Impflinge, bzw. deren Eltern, mussten für den vollen Impfschutz 21 DM bezahlen, was die finanziellen Möglichkeiten vieler Familien überstieg. Dass die Kostenfrage einen maßgeblichen Einfluss auf die Impfbeteiligung hatte, zeigt sich besonders in der Tatsache, dass in Nordrhein-Westfalen, wo sämtliche Impfkosten vom Land übernommen wurden, die Beteiligung weitaus höher lag. Ein weiterer Grund für die geringe Teilnahme an der Salk-Impfung war wohl auch die lang anhaltende Diskussion bezüglich dessen Wirksamkeit und Ungefährlichkeit sowie die anfängliche Unentschlossenheit der Gesundheitsbehörden, das Vakzin in Deutschland einzusetzen. Viele Eltern begegneten der neuen Impfung im April 1957 noch mit einigem Misstrauen.

Die geringe Impfbeteiligung stellte die baden-württembergische Landesregierung, die für den Impfstoff hatte in Vorkasse treten müssen, vor ein Problem: Was sollte nun mit dem unverbrauchten Impfstoff geschehen? Erschwerend kam hinzu, dass die Erkrankungszahlen in Württemberg in den Sommermonaten des Jahres 1957 rapide anstiegen. Deshalb beschloss die Landesregierung bis zum Herbst im ganzen Land kostenlose Impfungen durchführen zu lassen. Diesmal war die Impfbeteiligung überraschend hoch, so dass der Impfstoff vollkommen aufgebraucht wurde und sogar Impfwillige abgewiesen werden mussten.

In den folgenden Jahren wurde dieser offensichtliche Zusammenhang zwischen dem Angebot einer kostenlosen Impfung und dem Erfolg einer Impfkaktion jedoch weitgehend

außer Acht gelassen. Der Staat übernahm die Kosten nur dann, wenn das Familieneinkommen einen gewissen Betrag nicht überschritt. Einerseits hatte dies einen großen Verwaltungsaufwand zur Folge, andererseits waren viele Eltern nicht bereit, dem Gesundheitsamt ihre Einkommensverhältnisse offen zu legen. Positiv ist jedoch auch zu bemerken, dass die Kosten für die Impfung ab 1958 gesenkt wurden. Trotzdem war die Impfbeteiligung in den Jahren 1958 und 1959 äußerst gering. Lediglich im Jahr 1960 gelang es, vor allem in Stuttgart, einen größeren Personenkreis zu impfen. Trotzdem blieb die Impfung nach Salk in Württemberg weitgehend erfolglos. Eine Immunisierung der Bevölkerung konnte schon deshalb nicht erreicht werden, weil nur die besonders gefährdete Gruppe der Zwei- bis Dreijährigen Kinder zu den Impfungen eingeladen wurden. Lediglich 1960 wurde dieser Personenkreis erweitert. In diesem Jahr wurden alle Ein- bis 15jährigen zur Impfung geladen.

Ab 1961 lagen die Hoffnungen zur Bekämpfung der Kinderlähmung auf der neuen Lebendimpfung, entwickelt von Albert Sabin. Trotz des anfänglichen Misstrauens gegen die „umstrittene Polio-Limonade“ empfahl der Bundesgesundheitsrat im Oktober 1961 allen Bundesländern, freiwillige Schluckimpfungen durchzuführen. Eine Diskussion über die Unbedenklichkeit des Impfstoffs, die bei der Einführung des Salk-Impfstoffs 1957 viele Menschen verunsichert hatte, blieb dabei aus. Auch die Landesregierungen beschlossen rasch die Durchführung groß angelegter und nicht zuletzt kostenloser Schluckimpfkampagnen. Nach dem Erlass eines Impfgesetzes im Februar 1962 konnten in Baden-Württemberg die Impfungen gegen den Erregertyp I organisiert werden: Zum einen musste Impfstoff aus Kanada bestellt werden, zum anderen musste in der Bevölkerung für die anstehenden Impfungen geworben werden. Mit Merkblättern, die an die Haushalte verschickt wurden, und mit Plakaten wurde auf die anstehenden Impfungen aufmerksam gemacht. Außerdem wurde in Rundfunk, Presse und Fernsehen für die neue Möglichkeit zur Bekämpfung der Kinderlähmung geworben. Diese Bemühungen wurden belohnt: Die Impfbeteiligung übertraf sämtliche Erwartungen; Baden-Württemberg lag mit einer Quote von 50,61 sogar bundesweit an der Spitze. Im württembergischen Teil des Landes übertraf die Beteiligung sogar den Landesdurchschnitt. Die Gründe für diesen Erfolg sind wahrscheinlich unter anderem die Entscheidung der Landesregierung, die Impfungen kostenlos anzubieten sowie die umfassende Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitsbehörden. Außerdem hat sicherlich das entschlossene Vorgehen der Regierung das Vertrauen der Menschen in die Impfung gestärkt.

In den folgenden Monaten und Jahren, in denen zunächst zusätzliche Impfungen gegen die Erregertypen II und III und schließlich ab 1964 der sogenannte „Kombinationsschluck“ angeboten wurden, schwankte zwar die Impfbeteiligung. Insgesamt gesehen blieb die Lebendimpfung jedoch ein durchschlagender Erfolg. Innerhalb weniger Jahre konnte die Poliomyelitis in Württemberg sowie in der gesamten Bundesrepublik eingedämmt und schließlich völlig ausgerottet werden.

Neben der Bekämpfung der Kinderlähmung wurde in dieser Arbeit auch die Behandlung und Nachbehandlung von Polio-Patienten in Württemberg untersucht.

Hinsichtlich der Behandlung von Atemlähmungen war die Einrichtung von Behandlungszentren von größter Wichtigkeit. Um die im Land vorhandenen Eisernen Lungen und anderen Beatmungsgeräte und nicht zuletzt das besonders geschulte Personal möglichst effektiv einzusetzen, richtete die Landesregierung ab 1955 solche Behandlungsstätten in Stuttgart sowie, angegliedert an die Universitätskliniken, in Tübingen, Freiburg und Heidelberg ein.

Auch für die Nachbehandlung der Patienten mit motorischen Lähmungen wurden entsprechende Therapiezentralen eingerichtet. Die Nachbehandlung der Patienten war in den meisten Fällen eine äußerst langwierige Angelegenheit. Für die Stuttgarter Patienten wurde 1953 in Wildbad ein solches Zentrum eröffnet, das etwa 60 Kinder und Jugendliche aufnehmen konnte. Für die Kosten der meist äußerst teuren Therapie waren in erster Linie die Krankenkassen oder die Landesversicherungsanstalt zuständig. Die Behandlungskosten für Sozialhilfeempfänger, bzw. deren Kinder, wurden vom württembergischen Fürsorgeverband übernommen. Auch der Staat und die Stadt Stuttgart gewährten in Einzelfällen Zuschüsse für die Nachbehandlung.

Im untersuchten Zeitraum war das Werner-Heim in Wildbad meist voll ausgelastet. Wartezeiten von drei bis vier Monaten waren keine Ausnahme.

Ab 1957 trat die Bekämpfung der Kinderlähmung mittels der neuen Impfung in den Mittelpunkt des Interesses. Ab 1962 trat die Behandlung und Nachbehandlung von Kinderlähmungspatienten dank kontinuierlich sinkender Erkrankungszahlen noch weiter in den Hintergrund. Bereits 1963 war das Werner-Heim in Wildbad keine ausgewiesene Nachbehandlungszentrale mehr. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass nicht wenige Patienten noch viele Jahre, manche sogar bis heute, mit den Folgen ihrer Erkrankung zu kämpfen hatten.

6 Quellen- und Literaturverzeichnis

6.1 Unveröffentlichte Quellen

Stadtarchiv Stuttgart (SAS)

Bestand 202 (Gesundheitsamt):

1349, 1617, 1620, 1621, 1622, 1629, 1631, 1634, 1637, 1639, 1641, 1643, 1787

Hauptaktei (HA) 5:

168 5055-0; 169; 169 5055-0; 169 5055-1; 171; 171 5055-3; 173 5055-5; 174 5055-1; 174 5055-5; 174 5055-6

Hauptstaatsarchiv Stuttgart (HStAS)

Bestand EA (Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen):

2/009: 2215 II, 2215 IV, 2217 I, 2219 I

2/010: 2215-3 I, 2218 I, 2218 II

6.2 Veröffentlichte Quellen und Literatur

6.2.1 Zeitgenössische Veröffentlichungen

ANDERS, Werner: Zur Epidemiologie der Poliomyelitis in Deutschland in den letzten Jahren, in: Ärztliche Wochenschrift 11 (1956), S. 513-518.

ANDERS, Werner / WINDORFER, Adolf: Möglichkeiten und Grenzen der epidemiologischen Prognostik bei der Poliomyelitis, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 402-405.

Aufstellung der in Baden-Württemberg zur Behandlung atemgelähmter Kinder und Erwachsener vorhandenen Beatmungsgeräte, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 240-242.

Bekanntmachung der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 63-64.

Bekanntmachung des Innenministeriums Baden-Württemberg zur Durchführung der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung Typ III, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 18 (1963), S. 349.

Bericht über das 6. Europäische Symposion der Europäischen Vereinigung gegen die Poliomyelitis in München vom 6. bis 9. September 1959, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959/60), S. 432-435.

BREHME, Th. (Hrsg.): Die Poliomyelitis. Aetiologie, Epidemiologie, Klinik, allgemeine Verhütung und Schutzimpfungen (Ärztemerkheft des Deutschen Grünen Kreuzes), Köln, Berlin 1958.

DEBRÉ, Robert u. a. (Hrsg.): Poliomyelitis. Epidemiologie, Klinik, Virus und Virusnachweis, Immunität, Bekämpfung, Stuttgart o. J. [1956].

DÖNHARDT, A.: Die Behandlung der Atemlähmung bei der Poliomyelitis, in: Therapiewoche 6 (1956), S. 277-280.

EYER, H. u.a.: Zum Gutachten über die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 98 (1956), S. 492-496.

HENNEBERG, Georg: Zum Problem der Poliomyelitisschutzimpfung in Deutschland, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956), S. 181-187.

HÜNERBEIN, Josef: Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/1957), S. 514.

HÜNERBEIN, Josef: Über zentrale Behandlungsstellen für Kinderlähmung, in: Das Krankenhaus 11 (1956), S. 479. (478-480).

HÜNERBEIN, Josef: Zur Geschichte und Epidemiologie der Kinderlähmung, in: Desinfektion und Gesundheitswesen 50 (1958), Polio-Sonderheft.

HÜNERBEIN, Josef: Behandlungszentren für Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 1-6.

JOSENHANS, W. Frühbehandlung der Poliomyelitisfolgen, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 5 (1950), S. 210.

KOCHS: Zur oralen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in West-Berlin 1960, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 149-156.

KOßMANN, Erich: Der bisherige Verlauf der Poliomyelitis anterior acuta in Baden-Württemberg im Jahr 1961, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 16 (1961), S. 199-200.

KOßMANN, Erich: Die Durchführung der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Baden-Württemberg im Frühjahr 1962, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 32-37.

KOßMANN, Erich: Schluckimpfung gegen Kinderlähmung mit Typ I-Impfstoff in Baden-Württemberg im Mai/Juni 1962, in: Bundesgesundheitsblatt 5 (1962), S. 366-369.

KOßMANN, Erich: Lebendimpfung gegen Kinderlähmung Typ III in Baden-Württemberg im Herbst 1963, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 18 (1963), S. 305.

LASSEN, H. C. A.: Die Behandlung der Atmungslähmung und der Bulbärparalyse bei der Poliomyelitis, in: Poliomyelitis. Epidemiologie, Klinik, Virus und Virusnachweis, Immunität, Bekämpfung, hg. v. Robert Debré u.a., Stuttgart o.J. [1956], S. 71-128.

LÉPINE, Pierre: Die Epidemiologie und die Immunologie der Poliomyelitis, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u. a., Bern u. a. 1953, S. 11-36.

LEQCEUR, Pol: Die unblutige orthopädische Behandlung, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u.a., Bern u.a. 1953, S. 213-233.

LEQCEUR, Pol / UNTEREINER, Jörg: Die chirurgisch-orthopädische Behandlung, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u.a., Bern u.a. 1953, S. 234-283.

MARX, Herbert: Behandlung poliomyelitischer Atemlähmungen durch den Hausarzt, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 15 (1960), S. 158-160.

MAYSER, Hans: Poliomyelitis und Schutzimpfung 1958 im Lande Baden-Württemberg, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 57.

MAYSER, Hans: Poliomyelitis und Schutzimpfung im Lande Baden-Württemberg, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 207-208.

MAYSER, Hans: Poliomyelitis-Schluckimpfung 1962, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 7-9.

MAYSER, Hans: Poliomyelitischimpfung im November 1962, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 317-318.

Merkblatt für die freiwillige Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 73.

Merkblatt für Eltern zur Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 12 (1957), S. 123.

NOELDECHEN: Die „Mitwirkung“ der Öffentlichkeit beim Auftreten von Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 15 (1953/54), S. 28-31.

Richtlinien für die Einrichtung von zentralen Behandlungsstellen für Poliomyelitiskranke, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 195.

Richtlinien für die vertrauensärztliche Untersuchung und Begutachtung von Poliomyelitiskranken der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, in: der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 402-403.

Richtlinien für Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 66-68.

Stellungnahme des Bundesgesundheitsrats: Entscheidung über Polio-Schluckimpfung zurückgestellt, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 16 (1961), S. 207-208.

SCHÄR, M.: Der Stand der Schutzimpfung mit Lebendvakzinen gegen die Poliomyelitis in der Schweiz, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 220.

SCHMID, E.: Klinik und Therapie der Poliomyelitis, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 29-33.

THIEFFRY, Stéphane: Die Klinik und die Behandlung der Atmungsschädigungen bei Poliomyelitis, in: Die Poliomyelitis, hg. v. Stéphane Thieffry u.a., Bern u.a. 1953, S. 73-83.

THIEFFRY, Stéphane u. a. (Hrsg.): Die Poliomyelitis, Bern, Stuttgart 1953.

ULMER, W.: Therapie der poliomyelitischen Atemlähmung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 36-39.

VIVELL, O.: Zur Polioschluckimpfung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 17 (1962), S. 126-128.

VIVELL, O.: Kann die Kinderlähmung ausgerottet werden?, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 19 (1964), S. 153-156.

VIVELL, O.: Die Praxis der Poliomyelitis-Schutzimpfung, in: Ärzteblatt für Baden-Württemberg 13 (1958), S. 33-35.

WINDORFER, Adolf: Die gegenwärtige Bedeutung der Poliomyelitis in Westdeutschland (1946-1955), in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 81 (1956), S. 1145-1147.

WINDORFER, Adolf: Zur Epidemiologie der Poliomyelitis, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31) Marburg a.d. Lahn 1956, S. 18-19.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 1.-46. Woche 1950, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 5, 1950.

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten, 47.-52. Woche 1950, in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 6, 1951.

WOLFF, Otto: Kampf der Kinderlähmung – aber ohne Impfung. Ursachen, Vorbeugung, Heilung, Hilchenbach² 1961.

6.2.2 Veröffentlichungen nach 1965

AUMILLER, Jochen: Werbung in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der „Impfkampagnen“ gegen die Poliomyelitis, Diss. München 1970.

BOCKELBRINK, Angelika: Poliomyelitis. Akute Kinderlähmung und Spätfolgen nach Polio (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Bd. 219), Düsseldorf⁵ 2000.

DINTER, Andreas: Seuchenalarm in Berlin. Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg (Geschichte(n) der Medizin Bd. 2), Berlin 1999.

FREUDIG, Doris u. a. (Hrsg.): Lexikon der Naturwissenschaftler. Astronomen, Biologen, Chemiker, Geologen, Mediziner und Physiker, Heidelberg u. a. 2000.

GOULD, Tony: A Summer Plague. Polio and its Survivors, New Haven, London 1995

HALSTEAD, Lauro: Das Post-Polio-Syndrom, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2000), S. 6-11.

KAUFMAN, Martin u. a. (Hrsg.): Dictionary of American Medical Biography, Vol. I, Westport, Connecticut 1984.

KILLY, Walther / Rudolf VIERHAUS (Hrsg.): Deutsche Biographische Enzyklopädie, München 1999.

LINDNER, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London, Band 57), München 2004, S. 27-28.

OSTEN, Philipp von der: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer modernen Krüppelfürsorge 1905-1933, Diss. Frankfurt/Main 2004.

PIRRO, Eva-Maria: Der Weg von der Entdeckung des Erregers der Poliomyelitis bis zu dessen Eradikation dank der Impfung. Ein medizinisch-historischer Rückblick, Diss. Homburg 2003.

PAUL, John R.: A History of Poliomyelitis, New Haven, London 1971

Polio Info (Sonderausgabe Oktober 2004), hg. v. der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in der Bundesrepublik Deutschland. (www.med.uni-jena.de/dvv/start.html, letzter Zugriff am 25.04.05)

RKI-Ratgeber für Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte, hg. v. Robert Koch Institut, November 2004 (http://www.rki.de/cln_011/nn_225576/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber__Mbl__Poliomyelitis.html; letzter Zugriff am 20.12.2005)

SCHELLONG, Sebastian M.: Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzepts, in: Hirntod. Zur Geschichte der Todesfeststellung, hg. v. Thomas Schlich und Claudia Wiesemann, Frankfurt a. M. 2001, S. 187-208.

SMITH, Jane A.: Patenting the Sun. Polio and the Salk Vaccine, New York 1990.

STÜCK, Burghard: Warum wurde in Deutschland der Wechsel von der Polio-Schluckimpfung zur Polio-Spritzimpfung empfohlen?, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2000), S. 36-41.

TRÖGER, M.: Das Post-Polio-Syndrom, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2001), S.3-8.

Verhandlungen des Landtags Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokollband II,

Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 1. Wahlperiode (1953-1956), Protokoll-Band IV,

Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band V, Stuttgart 1959.

Verhandlungen des Landtag von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Verzeichnis der Beilagen zu den Sitzungsprotokollen Band IV

Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 3. Wahlperiode 1960-1964, Protokoll-Band III,

Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 1. Wahlperiode 1953-1956, Protokoll-Band IV

Verhandlungen des Landtags von Baden-Württemberg, 2. Wahlperiode 1956-1960, Protokoll-Band I.

WEISS, Gertrud: Er befreite von großer Angst. Zum Tode des Polio-Impfpioniers Dr. Jonas Edward Salk, in: Polio-Nachrichten Nr. 3 (August 2000), S. 4-5.

WILSON, John Rowan: Polio. Die Geschichte eines Impfstoffs, Wien u.a. 1964.

WINKLE, Stefan: Geisseln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, Zürich 1997.

6.2.3 Internetquellen

<https://www.polio-nordwuerttemberg.de/> (letzter Zugriff am 20.12.2005)

http://verlag.rotary.de/de/extra/Polio/polio_index.php (letzter Zugriff am 18.10.2005).

<http://www.who.int/features/2004/polio/en/> (letzter Zugriff am 18.10.2005).