WIE IST EINE GUTE ARGUMENTATION AUFGEBAUT?  
Wladislaw Jachtchenko/Georg Sparberg

Das oberste Ziel einer Argumentation ist es, andere von der Wahrheit oder Falschheit einer Aussage zu überzeugen. Im Idealfall bedeutet das, eine dauerhafte Einstellungsänderung zu bewirken. Zum Aufbau eines guten Arguments hat sich das **3B-Schema** durchgesetzt, welches drei Anforderungen an jedes Argument stellt:

**Behauptung – Begründung – Beispiel**

Jeder Redner sollte seine Argumentation mit einer klaren Behauptung beginnen. Bei der Behauptung handelt es sich um eine Aussage, die meist nicht länger ist als ein Satz.

[Behauptung:] *„Deutschland muss im Rahmen der europaweiten Flüchtlingskrise dauerhafte Grenzkontrollen einführen.“*

Im nächsten Schritt sollte der Redner versuchen, seine Behauptung durch eine ausführliche Begründung zu beweisen. Eine Begründung ist dann gut, wenn der Redner es schafft, seine Behauptung mit einer **Argumentationskette** zu untermauern. Diese Argumentationskette besteht aus logisch aufeinander aufgebauten Aussagen, die alle die Behauptung stützen. Eine Argumentationskette entwickelt man am einfachsten mit Hilfe von „Warum-Fragen“. Das bedeutet, dass man sich nach jeder gemachten Aussage fragt, warum diese (vorhergehende) Aussage richtig ist. Die „Warum-Fragen“ stellt man sich nur im Kopf. Oder man schreibt sie in die Skizze mit rein. Im Originaltext (ob geschrieben oder gesprochen) sollen sie dann weggelassen werden. Die Begründung sollte den Schwerpunkt jeder Argumentation ausmachen. Die Beantwortung der „Warum-Fragen“ sollte möglichst ausführlich sein.

So kann eine Begründung mit Hilfe von „Warum-Fragen“ aussehen:

Behauptung: *„Deutschland muss im Rahmen der europaweiten Flüchtlingskrise dauerhafte Grenzkontrollen einführen.“*  
[Warum-Frage #1:] *Warum muss Deutschland im Rahmen der Flüchtlingskrise dauerhafte Grenzkontrollen einführen?*  
[Begründung #1:] *Weil damit der immense Zustrom von Flüchtlingen nach Deutschland kontrolliert und begrenzt werden kann.*  
[Warum-Frage #2:] *Warum soll der Zustrom nach Deutschland begrenzt werden?*  
[Begründung #2:] *Weil sonst Deutschland, obwohl es politisch und wirtschaftlich das stärkste Land in Europa ist, ohne Grenzkontrollen schon bald an seine Aufnahmekapazitäten stoßen wird, mit negativen Folgen für den sozialen Frieden in Deutschland.*  
[Warum-Frage #3:] *Warum führt das zum sozialen Unfrieden in Deutschland?*  
etc.

Am Ende veranschaulicht ein Beispiel die vorangegangene Argumentationskette. Hierbei sollte der Redner persönliche Erlebnisse, historische Ereignisse oder wissenschaftliche Studien nennen. Dadurch führt der Redner seine Argumentation aus dem Abstrakten ins Konkrete und fördert so das Verständnis beim Publikum.

[Beispiel:] *„Sozialer Unfriede wird zum Beispiel dadurch entstehen, dass viele Flüchtlinge arm sind und Sozialleistungen beantragen werden. Und obwohl Deutschland eines der reichsten Nationen der Welt ist, hat unser Land nicht unbegrenzt viel Geld. Entweder müsste Deutschland also die Steuern erhöhen, was zum Unmut bei den Bürgern führt. Oder aber die Steuern werden nicht erhoben, sodass es zu Kürzungen des Sozialstaats in anderen Bereichen kommt. Auch das wird den Bürgern missfallen und den sozialen Frieden stören.“*

Argumentationsprofis führen am Ende des Arguments eine sog. **Prolepsis** ein. Eine Prolepsis ist die Vorwegnahme des (möglichen) Einwands. Der Redner erwähnt in seiner Rede den wichtigsten Einwand gegen seine Position und widerlegt diesen Einwand selbst. Damit nimmt er dem Gegenargument den „Wind aus den Segeln“, noch bevor die Gegenseite diesen äußert.  
   
Theoretisch ist das vorgestellte 3B-Schema klar und gut nachvollziehbar. Trotzdem fällt es Neulingen der Argumentation in der Praxis schwer, eine gute Begründung zu finden und zu entwickeln. Da das Gelingen einer Argumentation von der Begründung abhängt ist die wichtigste Frage: **Wie finde ich eigentlich eine gute Begründung?** Eine gelungene Begründung betrachtet die zuvor aufgestellte Behauptung meist aus einer der drei folgenden Perspektiven:

**Moralisch**: Ist etwas gut oder schlecht? Hier steht ein Werturteil über eine Handlung im Vordergrund. Für unser Flüchtlingsthema z.B.: Ohne dauerhafte Grenzkontrollen: Kann die Unterbringung der Flüchtlinge zu menschenwürdigen Bedingungen gewährleistet werden?

**Wirtschaftlich**: Ist etwas profitabel oder verlustbringend? Für unser Flüchtlingsthema z.B.: Bedeutung einer dauerhaften Grenzkontrolle für die wirtschaftliche Situation Deutschlands, insbesondere: Wie wird sich die Lohnentwicklung im unteren Sektor gestalten und was macht man mit den steigenden Kosten für Sozialleistungen)

**Politisch**: Ist es nützlich oder schädlich für die Gesellschaft? Für unser Flüchtlingsthema z.B.: Inwiefern schützt eine dauerhafte Grenzkontrolle die deutsche Gesellschaft vor möglichen Straftaten und vor der Islamisierung durch die Flüchtlinge?

Eine weitere Schwierigkeit ist die Frage, wie viele Argumente eigentlich sinnvoll sind. Die Antwort ist abhängig von Art und vor allem von der Dauer der Rede (Präsentation, Debatte, Diskussion, Streitgespräch, Aufsatz). Grundsätzlich ist aber *ein* starkes, nach dem 3B-Schema aufgebautes Argument besser als eine Auflistung von mehreren stichpunktartigen kurzen Begründungen. Eine Auflistung führt dazu, dass die Idee hinter dem Argument nur oberflächlich behandelt wird und somit nicht ihre volle Überzeugungskraft entfaltet. Die Gefahr, das Publikum zu verlieren und letzten Endes nicht zu überzeugen, ist groß. Die Devise lautet folglich: Weniger Argumente – bessere Begründung!

http://www.ejka.org/de/content/wie-ist-eine-gute-argumentation-aufgebaut

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

http://geschichte.univie.ac.at/de/node/33917

**Theodor Billroth, Prof. Dr.**

26.4.1829 – 6.2.1894

geb. in Bergen auf Rügen gest. in Abbazia, Istrien

Pionier der modernen Bauchchirurgie und der Kehlkopfchirurgie, Durchführung der ersten erfolgreichen Magenresektion

**Ehrungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ehrentafel-Fakultät |  | 1893/1965 | Medizinische Fakultät |
| Denkmal Arkadenhof |  | 1897 | Medizinische Fakultät |

Disziplin

Medizin

Chirurgie

Fakultät

Medizinische Fakultät

Kurzbiographie

Christian Albert Theodor Billroth wurde als erstes von fünf Kindern einer Pastorenfamilie geboren. Als Billroth fünf Jahre alt war, starb der Vater, später auch seine Geschwister, an Tuberkulose. Sehr früh zeigte sich seine große musische Begabung. Er besuchte zunächst das Gymnasium, später die Universität in Greifswald, war allerdings, wie er selbst sagt, ein „Schüler unter Mittelmäßigkeit“. Er studierte Medizin zunächst nur, um einen bürgerlichen Beruf zu erlernen. Lieber wäre er Musiker geworden. Als sein Mentor Wilhelm Baum eine Professur für Chirurgie in Göttingen antrat, folgte Billroth ihm. Dort wurde er in die Professorenkreise eingeführt und entwickelte schließlich doch noch großes Interesse an der Medizin, besonders an der Chirurgie.

Nach dem Tod der Mutter wechselte er nach Berlin, wo er Schüler von B. v. Langenbeck und L. Traube war. 1852 wurde er in Berlin promoviert und arbeitete zunächst bei A. v. Graefe. Um seine Ausbildung zu komplettieren, besuchte er die damals führenden Zentren Wien und Paris. Anschließend ließ er sich in Berlin als praktischer Arzt nieder. Da Patienten ausblieben, nahm er eine Stelle als Assistent an der Klinik Langenbecks an. Hier widmete er sich nicht nur der Chirurgie, sondern auch der pathologischen Histologie. 1856 wurde Billroth als Dozent für Chirurgie und pathologische Anatomie habilitiert. Eine Berufung als Professor für pathologische Anatomie nach Greifswald lehnte er ab.

Wenig später ging er als Professor für Chirurgie nach Zürich. Er fand dort guten Boden für seine Forschungsschwerpunkte und die Möglichkeit, sich als Lehrer und Erneuerer des Studienbetriebs zu entfalten. Darüber hinaus trat er in intensiven Kontakt mit wissenschaftlichen Größen seiner Zeit. Mit besonderem Interesse widmete er sich der postoperativen Wundbehandlung, und es gelang ihm nachzuweisen, dass Wundfieber auf Infektionen der Wunden beruhen, die nicht durch Luft, sondern durch Kontakt mit „kleinsten Lebewesen“ hervorgerufen werden. Diese Vermutung untermauerte er durch mikroskopische Untersuchungen, die auch die Forschungen Robert Kochs beeinflussten. Jedenfalls forderte Billroth für seinen Wirkungsbereich „Reinlichkeit bis zur Ausschweifung“ und hatte damit auch Erfolg.

Wesentliche Bedeutung hatten auch seine regelmäßigen Publikationen zur Tätigkeit seiner Klinik, in denen neben Statistiken auch Berichte über geglückte und misslungene operative Neuerungen erschienen. In diesem Zusammenhang forderte er die Beobachtung von Patienten über mehrere Jahre nach ihren Entlassungen. Einige Berufungen an deutsche Universitäten lehnte er ab, jene in die „Weltstadt“ Wien nahm er 1867 jedoch „mit großer Freude“ an. Er wurde auch Direktor des „Operationszöglingsinstituts'', einer staatlichen Einrichtung zur Weiterbildung von Chirurgen. Hier konnten sieben graduierte Ärzte drei Jahre lang auf Staatskosten studieren. Aus dieser Elite stammen seine berühmten Schüler. Obwohl wesentliche Neuerungen, v.a. in der Magenchirurgie auf ihn zurückgehen (z.B. erste Pylorusresektion 1881, die er aber von seinen Schülern veröffentlichen ließ), machte er sich vor allem als Lehrer einen Namen. Von seinem Schüler Gersuny wird berichtet, dass er an den Festen der Studenten teilnahm und sich um persönlichen Kontakt mit ihnen bemühte.

Die Verbesserung des Gesundheitswesens war ihm ein großes Anliegen. So gab er wesentliche Anregungen für den Bau der Krankenanstalt Rudolfinerhaus, die auch heute noch als Musterspital gilt, und die Einrichtung der Schule für weltliche Krankenschwestern an diesem Haus, da er von der Wichtigkeit einer optimalen Krankenpflege überzeugt war. Um die Reform des Medizinstudiums bemühte er sich in seinem Buch „Über das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation“ (1876). Seine Thesen blieben jedoch nicht unwidersprochen, unter anderem auch die darin enthaltenen deutschnational-antisemitischen Bemerkungen, die vor dem Hintergrund des zeittypischen Wiener Antisemitismus zu sehen sind. Neben seiner ärztlichen Tätigkeit widmete er sich intensiv dem Musikleben und pflegte Freundschaften mit Künstlern wie Johannes Brahms. Das war wohl mit ein Grund warum Billroth weitere Berufungen ablehnte und Wien treu blieb.

**Werk:**

Chirurgische Klinik, Erfahrungen aus den Gebieten der praktischen Chirurgie, Zürich 1860-67, Wien 1868-70 u. 1871-76;  
Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 50 Vorlesungen, 1863;  
Untersuchungen über die Vegetationsformen der Coccobacteria septica, 1876;  
Über das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation, Wien 1876;  
Die Krankenpflege im Hause und im Hospital, Wien 1879.

Sonia Horn

[](http://geschichte.univie.ac.at/de/node/30837)

[](http://geschichte.univie.ac.at/de/node/30873)

[](http://geschichte.univie.ac.at/de/bilder/denkmal-fuer-theodor-billroth-1829-1894-err-19441951-im-hof-1-des-alten-allgemeinen)

[](http://geschichte.univie.ac.at/de/bilder/theodor-billroth-im-hoersaal)

**Verwandte Inhalte**

Bibliografie

[Hanak-Lettner W](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=5203), [Wien JMuseum](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=2254). [Die Universität. Eine Kampfzone. The University. A battleground](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/die-universitaet-eine-kampfzone-university-battleground). Wien: Picus; 2015.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22Die%2BUniversit%C3%A4t.%2BEine%2BKampfzone.%2BThe%2BUniversity.%2BA%2Bbattleground%22&as_sauthors=Hanak-Lettner&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/31364)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/31364)

[Seebacher F](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=1039). [Carl Freiherr von Rokitansky und Theodor Billroth. Politisierte Wissenschaftsstile an der Medizinischen Fakultät](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/carl-freiherr-von-rokitansky-und-theodor-billroth-politisierte-wissenschaftsstile-der). In: [Ash MG](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=590), [Ehmer J](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=966). Universität – Politik – Gesellschaft [Internet]. Göttingen: Vienna University Press | V&R Unipress; 2015. S. 197-208. <http://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.14220/9783737004138.197>

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22Carl%2BFreiherr%2Bvon%2BRokitansky%2Bund%2BTheodor%2BBillroth.%2BPolitisierte%2BWissenschaftsstile%2Ban%2Bder%2BMedizinischen%2BFakult%C3%A4t%22&as_sauthors=Seebacher&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/31282)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/31282)

[Seebacher F](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=1039). [Das Fremde im "deutschen" Tempel der Wissenschaften. Brüche in der Wissenschaftskultur der Medizinischen Fakultät der Universität Wien](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/das-fremde-im-deutschen-tempel-der-wissenschaften-brueche-der-wissenschaftskultur-der). Veröffentlichungen der Kommission für Geschichte der Naturwissenschaften, Mathematik und Medizin / Österreichische Akademie der Wissenschaften, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Klasse 65 Wien: Verl. der Österr. Akad. der Wiss.; 2011. S. 456 S.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22Das%2BFremde%2Bim%2B%22deutschen%22%2BTempel%2Bder%2BWissenschaften.%2BBr%C3%BCche%2Bin%2Bder%2BWissenschaftskultur%2Bder%2BMedizinischen%2BFakult%C3%A4t%2Bder%2BUniversit%C3%A4t%2BWien%22&as_sauthors=Seebacher&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/12918)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/12918)

[Pape C](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=3592). [Theodor Billroth](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/theodor-billroth). In: [Benz W](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=598). Handbuch des Antisemitismus. Judenfeindschaft in Geschichte und Gegenwart, Band 2/1, Personen A-K. München; 2009. S. 84–85.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22Theodor%2BBillroth%22&as_sauthors=Pape&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/12913)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/12913)

[Seebacher F](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=1039). ["Der operierte Chirurg". Die Rekonstruktion der Entstehungsgeschichte von Theodor Billroths Studie "Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften" und die Reaktionen auf ihre antisemitischen Inhalte](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/der-operierte-chirurg-die-rekonstruktion-der-entstehungsgeschichte-von-theodor-billroths). Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. 2005;:128–129.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22%22Der%2Boperierte%2BChirurg%22.%2BDie%2BRekonstruktion%2Bder%2BEntstehungsgeschichte%2Bvon%2BTheodor%2BBillroths%2BStudie%2B%22Lehren%2Bund%2BLernen%2Bder%2Bmedicinischen%2BWissenschaften%22%2Bund%2Bdie%2BReaktionen%2Bauf%2Bihre%2Bantisemitischen%2BInhalte%22&as_sauthors=Seebacher&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/13089)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/13089)

[Seebacher F](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=1039). ["Germanen vom reinsten Wasser". Betrachtungen zum Problemkreis des Deutschnationalismus und akademischen Antisemitismus im 19. Jahrhundert am Fallbeispiel des Chirurgen Theodor Billroth, ungedr. phil. Dipl. Univ. Klagenfurt](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/germanen-vom-reinsten-wasser-betrachtungen-zum-problemkreis-des-deutschnationalismus-und). Klagenfurt; 1996. S. 160 S.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22%22Germanen%2Bvom%2Breinsten%2BWasser%22.%2BBetrachtungen%2Bzum%2BProblemkreis%2Bdes%2BDeutschnationalismus%2Bund%2Bakademischen%2BAntisemitismus%2Bim%2B19.%2BJahrhundert%2Bam%2BFallbeispiel%2Bdes%2BChirurgen%2BTheodor%2BBillroth%2C%2Bungedr.%2Bphil.%2BDipl.%2BUniv.%2BKlagenfurt%22&as_sauthors=Seebacher&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/12919)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/12919)

[Eckart WU](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=1261), [Gradmann C](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=5012). [Ãrztelexikon. Von der Antike bis zum 20. Jahrhundert](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/arztelexikon-von-der-antike-bis-zum-20-jahrhundert). München: Beck; 1995.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22%C3%83rztelexikon.%2BVon%2Bder%2BAntike%2Bbis%2Bzum%2B20.%2BJahrhundert%22&as_sauthors=Eckart&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/27748)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/27748)

[Billroth T](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio?f%5Bauthor%5D=2932). [Über das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der Deutschen Nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Universitäten. Eine culturhistorische Studie](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/ueber-das-lehren-und-lernen-der-medicinischen-wissenschaften-den-universitaeten-der-deutschen). Wien: Gerold; 1876. S. 508 S.

[Google Scholar](http://scholar.google.com/scholar?btnG=Search%2BScholar&as_q=%22%C3%9Cber%2Bdas%2BLehren%2Bund%2BLernen%2Bder%2Bmedicinischen%2BWissenschaften%2Ban%2Bden%2BUniversit%C3%A4ten%2Bder%2BDeutschen%2BNation%2Bnebst%2Ballgemeinen%2BBemerkungen%2B%C3%BCber%2BUniversit%C3%A4ten.%2BEine%2Bculturhistorische%2BStudie%22&as_sauthors=Billroth&as_occt=any&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&as_sdtAAP=1&as_sdtp=1)

[BibTex](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/bibtex/18195)

[RIS](http://geschichte.univie.ac.at/de/biblio/export/ris/18195)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nition "Prävention"**

Hygieia (griechische Göttin der Gesundheit und Prävention)

**Gesundheit ist „ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderungen.“ (WHO, 1946)**

Das Wort "Prävention" kommt vom lateinischen Verb "praevenire" und bedeutet zu Deutsch "Verhinderung" bzw. "Zuvorkommen".  
  
Gemäß ihrem sprachgeschichtlichen Ursprung zielt Präventivmedizin primär darauf ab, Krankheiten zu verhindern. Im Gegensatz zur kurativen oder „Reparaturmedizin“, die Krankheiten kuriert bzw. heilt, setzt Prävention (zeitlich) vor dem Auftreten einer Krankheit an und versucht durch entsprechende Interventionsmaßnahmen (z.B. Aufklärung und Information über Risikofaktoren und Früherkennung) die Menschen vor negativen gesundheitlichen Folgen zu bewahren.  
  
Gesundheit ist aus präventivmedizinischer Sicht ein komplexer Zustand, der durch die Wechselwirkung von **biologisch-organischen**, **psychischen** und **sozialen Einflussfaktoren** bestimmt wird. Dieses ganzheitliche Verständnis führt zur Ausweitung des Gesundheitsbegriffs von medizinischen auch auf soziale und politische Rahmenbedingungen. Weil sich das Krankheitsspektrum heute von akuten hin zu chronischen Erkrankungen - sog. „Zivilisationskrankheiten“ wie Herz- und Gefäßkrankheiten, Diabetes, Übergewicht - sowie von körperlichen zu mentalen und psychischen Störungen hin verschiebt, gewinnen präventive Konzepte in der Medizin eine immer größere Bedeutung.  
Oft genügen einfache Veränderungen der Lebensgewohnheiten, um deutliche Verbesserungen der gesundheitlichen Ergebnisse und der Lebenserwartung zu erreichen.

86 Prozent aller Menschen leiden und sterben an chronischen Krankheiten. 38,5 Prozent aller vermeidbaren Todesfälle könnten durch präventive Maßnahmen verhindert werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quellen: *WHO-Gründungsdokument* 22.7. 1946.  
LEPPIN, Anja (2004): *Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung*. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern, 2004, S. 31.  
Weltgesundheitsorganisation WHO (2005): *Preventing Chronic Diseases: a vital investment*, Genf.  
SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm/WALTER, Ulla (2003): *Altsein-Kranksein?* In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al.(Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (2.; völlig neu bearb. und erw. Aufl.), München: Urban & Fischer, S. 170.

http://www.aamp.at/unsere-themen/praevention/definition-praevention/

---------------------------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geschichte der Pockenimpfung von 1713 bis 1977**

Publiziert am [16. Januar 2011](http://www.impf-alternative.de/2011/01/350/) von [Michael](http://www.impf-alternative.de/author/michael/)

Literatur-Hinweis:  die Informationen in den Artikeln über die Geschichte des Impfens und ihre gesundheitlichen Auswirkungen sind aus dem Buch „Impfen – das Geschäft mit der Angst“ von Gerhard Buchwald zitiert.

Am Anfang des Impfens stand der Kampf gegen die Pocken (damals Blattern genannt).

Wann die Pocken erstmalig in Europa auftraten, ist nicht mehr sicher feststellbar. Aber bereits aus dem Mittelalter (8. bis 11. Jahrhundert) wird über Epidemien berichtet, die sich meist auf größere Städte beschränkten. (Populationsdichte, Hygiene)

Aus dem 18. Jahrhundert liegen für Europa Berichte über Epidemien großen Ausmaßes vor, in manchen Jahren mit Tausenden von Todesfällen. Dann wieder gab es Jahre mit einem deutlichen Nachlassen der Seuchen. Die Gründe dieser merkwürdigen Rückgänge waren zu dieser Zeit unbekannt.

Ebenfalls völlig unbekannt waren die Zusammenhänge, warum einige Menschen nur leicht und andere sehr schwer erkrankten. (Konstitution, Immunkraft) Die Geschichte der Impfung und der Impfschäden begann am Anfang des 18. Jahrhunderts mit einem Bericht des griechischen Arztes Timoni, der 1714 an die Königliche Gesellschaft der Wissenschaften in London berichtete, dass in Konstantinopel Tausende von Menschen mit Blattern „gepfropft“ worden seien.

(Impfen – imputare (lat.) – emphyteuein (griech.) = pfropfen, veredeln).

Er behauptete, die so Behandelten seien geschützt gegen schwere Krankheitsverläufe, Todesfälle und gefeit vor Neuerkrankungen.

Wenige Jahre später wurde diese Behauptung von Lady Mary Wortley Montague, der Ehefrau eines britischen Gesandten bei Hofe wiederholt, und da sie in der Hocharistokratie sehr einflussreich war, wurde ihr Glauben geschenkt und das Verfahren in England 1718 eingeführt. Sie hatte als Vorbild ihren Sohn und ihre Tochter impfen lassen. Kurz nach ihrer Rückkehr aus Konstantinopel wurde in England bei fast 1000 Personen dieses Verfahren (Inokulation, Variolation, = Einritzen von Pockeneiter in den Arm) angewandt. Die Folgen waren schlimm: es gab schwerste Erkrankungen und viele Todesfälle. Jeder Impfling wurde zur Infektionsquelle für seine Mitmenschen; überall stiegen die Pockenerkrankungen schlagartig an. Allein in London starben in der folgenden Zeit pro Jahr ca. 25.000 Menschen mehr an den Blattern als in den Jahren vor der Einführung des Impfverfahrens.

Für Deutschland führte der Arzt Hufeland 1781 die Variolation in Weimar ein und löste damit eine große Pockenepidemie mit vielen Todesfällen aus. Auch Hamburg und Berlin erlebten 1794 und 1795 nach Einführung dieser Methode große Pockenepidemien.

Daraufhin wurde dieses Verfahren in vielen Städten verboten und für die Ärzte unter Strafe gestellt. Es folgten Verbote auf Landesebene, z.B. in Hessen.

Die Hoffnung, durch die Variolation einen milderen Krankheitsverlauf oder sogar ein Verhindern der Erkrankung herbeizuführen, war gescheitert. (= die erste Krise der Pockenimpfung)

Am Ende des 18. Jahrhunderts erfand der englische Landarzt Edward Jenner ein Impfverfahren, von dem er behauptete, dass es einen Schutz vor der Pockenerkrankung biete. Unter der englischen Landbevölkerung war der Glaube verbreitet, wer die leichte Kuhpockenerkrankung überstanden habe, könne nicht mehr an den echten Pocken erkranken.

Jenner entnahm daher der Kuhmagd Sarah Nelmes Eiter aus einer Kuhpocke an ihrer Hand („Melkerknoten“) und ritzte diesen in die Haut verschiedener Versuchspersonen. An den Ritzstellen entstanden Eiterbläschen, aus denen Jenner Material zur Weiterführung der Impfreihen entnahm. Er entnahm aber auch Material direkt aus einer tierischen Kuhpockenblase. Anfangs hielt er diese Impfreihen getrennt, später vermischte er menschlichen und tierischen Eiter. Auf diese Weise impfte er 1790 seinen damals 10 Monate alten Sohn. 1798 impfte er den 5 Jahre alten John Baker, sowie eine Frau im 8. Schwangerschaftsmonat.

Die beiden Kinder und die schwangere Frau wurden die ersten Schadensfälle seines Verfahrens. Sein eigener Sohn blieb geistig zurück und starb mit 21 Jahren als schwachsinniges Wesen. Der fünfjährige Baker starb kurz nach der Impfung. Die schwangere Frau spürte am 23. Tag nach der Impfung keine Kindsbewegung mehr und wurde nach weiteren 12 Tagen von einem toten und pockenübersäten Kind entbunden.

Seinen eigenen zweiten Sohn weigerte sich Jenner, impfen zu lassen!

Jenner exportierte seine Impfreihen auf das Festland; innerhalb von 18 Monaten hatte er 20.000 Portionen Lymphe an die europäischen Fürstenhöfe verschickt. Von dort aus wurden hauptsächlich Kinder in Waisenhäusern geimpft, um weitere Eiterportionen zu gewinnen. Auch diese wurden verschickt, gingen teilweise nach England zurück und wurden von Jenner verwendet. Kurz, es gab in Europa eine vollständige Durchmischung dieses Impfstoffes.

Jenners Impfverfahren wurde trotz der Todesfälle von Pastoren, Hebammen, Ärzten und Friseuren nachgeahmt. Man forderte die Regierungen in Zeitungsartikeln und Aufrufen zur Einführung gesetzlicher Pflichtimpfungen auf.

1807 führte Hessen als erstes Land in Deutschland eine gesetzliche Impfung ein, gefolgt von Bayern.

Am Ende seines Lebens soll Jenner von Zweifeln geplagt gewesen sein, ob er etwas Gutes oder Furchtbares geschaffen habe; er erlebte große Pockenepidemien in England und es stellte sich heraus, dass auch die mit seiner Methode behandelten Menschen nicht vor den Pocken geschützt waren. (= die zweite Krise der Pockenimpfung)

In den damals gegründeten Landesimpfanstalten wurden besonders Waisenkinder mit diesem Impfstoff geimpft, um sie als Lieferanten zu weiteren Impfungen zu verwenden.

Mit Schrecken wurde festgestellt, dass sämtliche Blutkrankheiten, ganz besonders aber auch die Syphillis durch dieses Verfahren weiter verbreitet wurden.

Dies führte nun zur Züchtung des Impfstoffes auf Kälberhaut. Bald wurde bemerkt, dass auch die mit einer solchen auf Tieren gezüchteten Lymphe geimpften Menschen an Pocken erkranken können. Das wurde weitgehend verschwiegen und heruntergespielt. Man behauptete, sie würden nur leicht an Pocken erkranken. Für diese Form der Erkrankung (Pocken durch Impfen!) wurde ein neuer Name erfunden: „Varioleus“.

(Später wurde diese Periode als dritte Krise der Pockenimpfung bezeichnet)

Die vierte Krise der Pockenimpfung betraf die Zeit nach dem ersten Weltkrieg mit dem Bekanntwerden der durch die Impfung verursachten Hirnschäden. Diese Erkenntnisse gehen zurück auf den Prager Professor Lucksch, der damals in mehreren wissenschaftlichen Veröffentlichungen auf die Hirnveränderungen nach Pockenimpfungen hinwies. Er nannte diese Erkrankungsart „Postvakzinale Enzephalitis“.

Die fünfte Krise der Pockenimpfung wurde durch die neu gewonnenen Erkenntnisse der Virologie ausgelöst. Wie sich herausstellte, enthielt der zur Impfung gezüchtete und verwendete Impfstoff weder Kuhpockenviren noch Menschenpockenviren. Es fand sich bei der Untersuchung statt dessen ein völlig unbekanntes Virus, das so in der Natur bis heute nicht gefunden wurde. Dieses somit nur durch Impfung in uns und durch Züchtung im Labor existierende Virus wurde daraufhin „Poxvirus Vacciniae“ genannt.

Die Behauptung deutscher Ärzte, dass sich das Kuhpockenvirus durch die Züchtung zum Impfstoffvirus umgewandelt habe, ist heute widerlegt.

Mit diesem Impfstoff, der in der freien Natur nicht vorkommt, und von dem wir nicht wissen woher er stammt, von dem alles unbekannt ist und von dem nur gesagt werden kann, dass sich seine Spur im Dunkel der Vergangenheit verliert, haben wir über 100 Jahre lang unsere Kinder geimpft!

In Deutschland gibt es seit 1816 eine Pocken-Todesfall-Statistik, welche zeigt, dass die durchgeführten Impfungen keinen Einfluß auf die Höhe der Pocken-Todesfälle gehabt haben.

Während des deutsch-französischen Krieges 1870/71 kam es dann auch noch in Deutschland zu heftigen Pockenausbrüchen. Was war die Ursache? Fast die ganze Bevölkerung war doch geimpft!

Daraufhin forderten die Impfärzte, eine zweite Impfung zur Pflicht zu machen. Am 1. April 1875 wurde mit dem Reichsimpfgesetz die Pflicht zur zweiten Impfung im 12. Lebensjahr festgelegt.

Die Pocken gingen dramatisch zurück – aber schon 1873 und 1874! Woran lag das nun wieder? Nun, mit Ende des Krieges wurden die großen Kriegsgefangenenlager in Deutschland aufgelöst und die Franzosen in ihre Heimat zurückbefördert.

Damit wurden auch die katastrophalen hygienischen Bedingungen beseitigt, unter denen die Gefangenen gelitten hatten. Unter den Gefangenen waren aber die Pocken zuerst ausgebrochen und dann auf die Bevölkerung übergesprungen! Die gesetzlich verordnete Zweitimpfung arbeitete einfach in diesen schon begonnenen Rückzug der Pocken hinein, was von den Impfärzten aber fehlinterpretiert und als eigener Erfolg verkündet wurde.

Dieses „Ergebnis“ wurde die Grundlage für die „Erfolgsstory des Impfens“!

Auch im zweimal durchgeimpften Deutschland gab es immer wieder Pockenausbrüche, z.B. in Ostpreußen und Sachsen.

Dr. Jürgens schrieb damals in den „Berliner Medizinischen Wochenschriften“: „Ich wiederhole auch, dass ein sogenannter Impfschutz ohne Bedeutung für die Ausbreitung der Erkrankung war, denn geimpfte und ungeimpfte Kinder wurden ziemlich gleichmäßig befallen“.

Während des zweiten Weltkrieges, bei dem penibel auf die „Durchimpfung“ der Soldaten geachtet wurde, berichtete Dr. Schmitz über Pockenausbrüche bei deutschen Soldaten 1943 im griechisch-türkischen Grenzgebiet: „Die auffallende Tatsache, die wir bei den Wehrmachtsangehörigen feststellen konnten, ist zweifellos die, dass es trotz – manchmal erst sehr kurze Zeit zurückliegender – Schutzimpfungen dennoch zu Pockenerkrankungen kam“.

Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass es im Nachkriegsdeutschland zu elf sehr gut dokumentierten Pockenausbrüchen kam, und zwar bei Geimpften.

Der Skandal bei diesen Pockenerkrankungen (1961-72) ist, dass die Schulmedizin die Öffentlichkeit nicht darüber in Kenntnis setzte, dass die meisten erkrankten Personen erst durch die Impfung während der Inkubationszeit (in der sie Kontakt zu den einschleppenden Patienten hatten) die Pocken bekamen! Alle damals in der Hektik nicht geimpften Kontaktpersonen, die „zu spät“, also erst nach 5 Tagen ausfindig gemacht werden konnten, („Grenzzeit“ der Inkubationsimpfung in den Pockenalarmplänen) erlitten keine Pockenerkrankung und es gab bei ihnen auch keine Todesfälle.

Bei den Geimpften starben fünf Frauen innerhalb von 10 bis 47 Tagen an den Folgen der Impfungen, ohne die Krankheitsanzeichen von Pocken zu entwickeln. Sie verbluteten innerlich und aus allen Körperöffnungen.

Dieses Phänomen heißt „Purpura variolosa“ und bedeutet, dass es aufgrund der Erregerschwemme durch die Impfungen während der Inkubationszeit zu toxischen Gefäßschäden kommt, mit immer tödlichem Verlauf.

Das Jahr 1977 wird als das Jahr der Ausrottung der Pocken gefeiert. Seitens der Impfindustrie wird behauptet, es läge an dem Erfolg der Impfungen.

Genauer betrachtet lässt sich folgende Information herausfiltern: Da es nach den weltweit durchgeführten Massenimpfungen 1952, 1957, 1958, 1963, 1967, 1973 und zuletzt 1974, die von der WHO geleitet und ausgewertet wurden, immer wieder zu einem Anstieg der gemeldeten Pockenfälle kam, führte die WHO eine „modifizierte“ Pockenimpfung ein:

Keine Massenimpfungen mehr, sondern: gezielte Überwachung, Isolierung und Quarantänisierung der Erkrankten und der Kontaktpersonen, sowie Desinfektion aller kontaminierten Gerätschaften und drastische Verbesserung der hygienischen Lebensumstände der Betroffenen.

Erst mit diesem Programm gingen die Pockenerkrankungen weltweit zurück! Impfungen spielten dabei keine Rolle mehr!

Der als „der letzte Pockenkranke dieser Erde“ von der Pharma gefeierte Koch aus Somalia erkrankte übrigens nach einer Impfung…

Dieser Beitrag wurde unter [Geschichte des Impfens](http://www.impf-alternative.de/category/geschichte-des-impfens/) veröffentlicht. Setze ein Lesezeichen auf den [Permalink](http://www.impf-alternative.de/2011/01/350/" \o "Permalink zu Geschichte der Pockenimpfung von 1713 bis 1977).

http://www.impf-alternative.de/2011/01/350/

-------------------------------------------

**Statistik-Lexikon: Definition Statistik für Anfänger - Geschichte der Statistik**

Schon in der Antike erstellten Regierungen erste Statistiken. Könige oder Kaiser wollten wissen, wie viel Geld die nächsten Steuererhebungen einbringen würden und wie viele Soldaten das Land im Kriegsfall stellen könne. Die ersten Beweise für solche Erhebungen lassen sich anhand von Tonscherben auf 3800 v. Chr. datieren. Im alten Babylon wurden also bereits vor fast 6.000 Jahren Volkszählungen durchgeführt. Im antiken Griechenland gab es neben Volkszählungen bereits laufende Aufzeichnungen über Getreideeinfuhr oder Verzeichnisse zollpflichtiger Waren. Im römischen Reich wurden seit dem sechsten Jahrhundert v. Chr. alle fünf Jahre Bevölkerungserhebungen durchgeführt.  
  
Auch für die Statistik zogen danach dunkle Wolken auf – im Mittelalter gab es in Europa kaum noch systematische Erhebungen abseits von Weinbergsverwaltung und Familienregistern der Klöster und Kirchen. Erst mit dem Merkantilismus wurden wieder in großem Stil Daten erhoben, um Staat und Wirtschaft erfolgreich zu lenken. Das Elementarste stand dabei im Mittelpunkt und folgerichtig gilt eine Sterbetafel des englischen Gelehrten John Graunt aus der Mitte des 17. Jahrhunderts als ein Grundstein der modernen Statistik. Mit preußischer Disziplin sammelte 100 Jahre später Johann Peter Süßmilch demographische Daten Preußens und verfasste das Werk „Die Göttliche Ordnung in den Verhältnissen des menschlichen Geschlechts, aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen“. In seiner mehrbändigen Abhandlung stellt Süßmilch Maßnahmen für ein stärkeres Bevölkerungswachstum vor. Erinnert Sie die Zielsetzung an aktuelle Diskussionen?  
  
Zu Beginn des 16. Jahrhunderts hatte der italienische Gelehrte Gerolamo Cardano sich bereits über die Wahrscheinlichkeiten beim Glücksspiel Gedanken gemacht und begründet damit die Wahrscheinlichkeitsrechnung. Dieser Meilenstein ist Ausgagnspunkt für den Belgier Adolphe Quételet. Er entdeckt im 19. Jahrhundert die Normalverteilung für menschliche Merkmale und führt die Statistik aus dem Schatten des Erbenszählens und Archivierens ins helle Licht von Analyse, Prognose und Vorhersage. Auf der Suche nach dem „Durchschnittsmann“ stellte der Belgier bei schottischen Soldaten fest, dass sich die Ergebnisse der Messungen des Brustumfangs in Form einer gaußschen Glockenkurve darstellen lassen. Die Werte sind nicht zufällig verteilt, sondern folgten einem mathematischen Muster. Auf dieser Erkenntnis bauen zahlreiche Methoden für Prognose- und Korrekturberechnungen in der Statistik auf, die wir hier aber nicht detailliert betrachten wollen. Nur soviel: Der Schritt war gemacht, aus der Befragung Weniger ein Ergebnis für Viele vorhersagen zu können. Die endgültige Professionalisierung als Wissenschaft mit mathematischen Methoden beginnt Ende des 19. Jahrhunderts und verbindet sich unter anderem mit Namen wie Pearson und Spearman, die heute noch für statistische Analyseformen stehen. Spätestens seit 1900 versteht sich die Statistik als wissenschaftliches Instrument zur Erfassung von gesellschaftlichen „Wahrheiten“, menschlichen Meinungen und Eigenschaften. Untersucht wird nicht mehr nur die Bevölkerung (bzw. deren Anzahl), sondern die ganze Gesellschaft in all ihren Facetten und Themen.  
  
Weiter mit "[Grundlagen der Statistik](https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/155/statistik_fuer_anfaenger_grundlagen_der_statistik/)".

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den einzelnen Definitionen in unserem Statistik-Lexikon um vereinfachte Erläuterungen handelt. Hierbei ist es das Ziel, die einzelnen Begriffe einer möglichst breiten Nutzergruppe näher zu bringen. Insofern besteht die Möglichkeit, dass einzelne Definitionen wissenschaftlichen Standards nicht zur Gänze entsprechen.

https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/154/statistik\_fuer\_anfaenger\_geschichte\_der\_statistik/

------------------------------------------------------------------------------

# HISTORY OF PUBLIC HEALTH

Shaila Kumar  
Public Health Trainee  
University of West of England, Bristol

The history of public health has been a flourishing field in the last three decades. Yet despite a spate of excellent monographs about various epidemic diseases and many good collections about health and disease in Africa, Asia, the Middle East, Latin America, as well as Europe and North America, the most recent textbook on the history of public health is four decades old. George Rosen's venerable, A History of Public Health, was first published in 1958.

### Public Health in Ancient Rome

Public health was developed by the Romans as they believed that cleanliness would lead to good health. The Romans made links between causes of disease and methods of prevention. as a consequence they developed a large system of Public Health works around their empire.   
The Romans believed that Prevention of illness was more important than cure of illness. Roman Philosophy was based along the lines of searching for a reason then establishing a preventative measure to minimise the risk attached. As a practical people they used observations of the environment to determine what was causing ill health. This form of empirical observation led the Romans to realise that death rates were higher in and around marshes and swamps.   
The cure would then be based upon logic. As the Romans believed that Gods held the key to longevity of life they initially built Temples to the gods near large swamps to pacify them and reduce the deaths. Alternatives to this were the drainage of swamps and they also ensured that the army and important people lived away from these areas.   
Such empirical observations led the Romans to believe that ill health could be associated with, amongst other things, bad air, bad water, swamps, sewage, debris and lack of personal cleanliness. In some places, Rome included, it is impossible to avoid all of these unless something is physically done to alter the environment. The Romans, being technologically adequate, resolved to provide clean water through aqueducts, to remove the bulk of sewage through the building of sewers and to develop a system of public toilets throughout their towns and city's. Personal hygiene was encouraged through the building of large public baths (The City of Bath being an obvious British example of these).

### Public Health in Ancient Greek

The Ancient Greek would not have been too unfamiliar with some of the health and fitness regimes that are used by people today. The word 'Regimen' was used by the Greeks to describe peoples lifestyles: from which can be derived the word regimented (as in organised). The Greek philosophy of 'Regimen' covered what people ate, drank, the types and amount of exercise that they took and how much sleep they had.   
These ideas were very thorough: it demonstrates that the Greeks knew that lifestyle could affect the quality of life, as evidenced by their development and championing of the Olympics. Such is the quality of the remaining evidence that we can even see that doctors advice differed for those who were rich: and could therefore afford to spend time and money on relaxing, and those who worked or were poorer: and therefore couldn't maintain as healthy a lifestyle as possible many of which are still visible in places today.

### Origins of Public Health

In some ways, public health is a modern concept, although it has roots in antiquity. From the beginnings of human civilization, it was recognized that polluted water and lack of proper waste disposal spread vector-borne diseases. Early religions attempted to regulate behavior that specifically related to health, from types of food eaten, to regulating certain indulgent behaviors, such as drinking alcohol or sexual relations. The establishment of governments placed responsibility on leaders to develop public health policies and programs in order to gain some understanding of the causes of disease and thus ensure social stability prosperity, and maintain order.

### Early public health interventions

By Roman times, it was well understood that proper diversion of human waste was a necessary tenet of public health in urban areas. The Chinese developed the practice of variolation following a smallpox epidemic around 1000 BC. An individual without the disease could gain some measure of immunity against it by inhaling the dried crusts that formed around lesions of infected individuals. Also, children were protected by inoculating a scratch on their forearms with the pus from a lesion. This practice was not documented in the West until the early-1700s, and was used on a very limited basis. The practice of vaccination did not become prevalent until the 1820s, following the work of Edward Jenner to treat smallpox.  
During the 14th century Black Death in Europe, it was believed that removing bodies of the dead would further prevent the spread of the bacterial infection. This did little to stem the plague, however, which was most likely spread by rodent-borne fleas. Burning parts of cities resulted in much greater benefit, since it destroyed the rodent infestations. The development of quarantine in the medieval period helped mitigate the effects of other infectious diseases. However, according to Michel Foucault, the plague model of governmentality was later controverted by the cholera model. A Cholera pandemic devastated Europe between 1829 and 1851, and was first fought by the use of what Foucault called "social medicine", which focused on flux, circulation of air, location of cemeteries, etc. All those concerns, born of the miasma theory of disease, were mixed with urbanistic concerns for the management of populations, which Foucault designated as the concept of "biopower". The German conceptualized this in the Polizeiwissenschaft ("Science of police").  
Public Health in UK  
In the UK, the origins of the public health movement are traditionally traced back to Victorian times. In the 18th Century due to the migration of people from farms and villages in the country to towns during the industrial revolution (for work in the newly formed factories and industries), the population in British towns rose dramatically. In 1700 there were only seven towns outside London with a population of over 10,000 (Clarke & Slack, 1976) but with the great influx of workers and their families into the rapidly industrialised towns during the 1800's, this number increased massively and the problems of over-population became disastrous. Ashton and Seymour (1998) describe the findings of Dr Duncan, Liverpool's first medical officer of health who wrote of one third of the population of Liverpool living in cellars of back to back houses with earth floors, no ventilation or sanitation and as many as sixteen people in one room. Of course the infra-structure of these communities had not been built to withstand such a population explosion and in the early 19th century 'the problems of environmental degradation, disease and human misery reached massive proportions and were in evidence across large tracts of Britain' (Webster, 1990).

Eventually public hysteria grew due to the cholera epidemic of 1831-32 and the high mortality rates from other communicable diseases like dysentery and TB. Ashton (1999), cites an annual death rate in Liverpool about that time as 36 in 1,000, the highest in the country. Only one report had enough significance to force concern about these conditions into action to improve them. This was 'the Report on the Sanitary Conditions of the Labouring population of Great Britain' by Edwin Chadwick in 1842.

Originally Chadwick, a lawyer, was appointed to report on the organisation of the Poor Laws but Webster (1990) states that his intentions to 'create model institutions adapted to the needs of specific groups of the distressed' were never met and instead the Victorians created the 'huge workhouses which subjected their inmates to the worst degradation and humiliation' (Webster, 1990).

Because of his work on this report his thinking about the reasons for the plight of the poor began to change and like many health professionals trying to tackle inequalities in health today, he became convinced that their suffering was due to the dreadful conditions in which many of them lived. His report led the way for the era now called 'the sanitary movement' where water supply, drainage and sewage systems were improved radically and the Public Health Act of 1848 was installed. The act also instigated the setting up of a General Board of Health to oversee these reforms.

The science of epidemiology was founded by John Snow's identification of polluted public water well as the source of an 1854 cholera outbreak in London. Dr. Snow believed in the germ theory of disease as opposed to the prevailing miasma theory. Although miasma theory correctly teaches that disease is a result of poor sanitation, it was based upon the prevailing theory of spontaneous generation. Germ theory developed slowly: despite Anton van Leeuwenhoek's observations of Microorganisms, (which are now known to cause many of the most common infectious diseases) in the year 1680 , the modern era of public health did not begin until the 1880s, with Robert Koch's germ theory and Louis Pasteur's production of artificial vaccines. As the prevalence of infectious diseases in the developed world decreased through the 20th century, public health began to put more focus on chronic diseases such as cancer and heart disease.  
Public health, though often insufficiently appreciated by the other specialties of medicine, has since the nineteenth century helped to bridge the traditional gulf that exists between individual medicine and the greater society in which it functions. Thus it is Public Health, with its emphasis on populations rather than individual patients, that has provided medicine its ultimate rationale. And throughout the history of public health since the Renaissance, there has been a tension between the restriction of individual liberties and the greater interests of the community or the state.  
The plague has always fascinated historians, but leprosy during the centuries of its great prevalence, from about 1100 to 1500, also deserves more attention, if for no other reason than it was the model for disease as stigma well into our own time.   
In the early modern world, after about 1500, the West grew in wealth and world dominance, but it did not grow healthier. Infections that took a terrible toll on previously isolated societies, so-called virgin populations, became domesticated as world travel increased and urbanization progressed. Diseases that had been epidemic became endemic in urban centres. The strength of the state was assessed by the size of its population; one way of assessing that strength was to count numbers of people.

# Basic terms in public Health

### Addiction

Contested term used to describe compulsive drug taking. First in use to denote a disease requiring psychiatric treatment in the early 20th century, replacing older language of "habit", "inebriety", "morphinomania". Primarily focused on alcohol and drugs initially. Recent discussion of nicotine addiction symbolises ownership by public health as well as by psychiatry.

### Community Health

Community health workers were organised in the countries of the developing world after Alma Ata’s (1978) focus on primary health care (PHC) and WHO’s Health for All by the Year 2000 gave public health a higher profile at the international level. Conceptual and practical confusion between PHC and public health, as in the UK, with tensions between general practitioners (GPs) and public health personnel.

### Community Medicine

Concept developed by social medicine academics in the UK to provide training in health administration and epidemiology for the effective administration of health services. Critics argued that, when implemented in the 1970s, the loss of the medical officer of health meant that the relationship with the local community was lost. Distinct from community health (see above).

### Epidemiology

The science of disease in populations. In the 19th century, the epidemiology of infectious disease and vital statistics were central parts of the public health curriculum. After the Second World War, epidemiology expanded its remit within public health to include chronic disease and the concept of "relative risk" was born.

### Disease

The health of the public was undermined by epidemic infectious diseases like cholera, which ravaged industrialising countries in the 19th century. After the Second World War, the greater prevalence of chronic, degenerative disease began to characterise high and middle income populations. New and re-emerging infectious disease became a global health problem at the close of the 20th century.

### Eugenics

The science of improving the quality of the human race, especially by selective breeding. Prominent in the early 20th century. Contrasted the declining fertility of the middle class with the high fertility of the "residuum" in large towns. Positive and negative versions, which attracted a wide range of political and social reform opinion.

### Germ theory/ bacteriology

The bacteriological revolution ascribed the origins of infectious disease to specific organisms. Pasteur demonstrated the existence of bacteria that communicated disease and Koch identified the causative agent of tuberculosis. Germ theory identified the underlying cause of disease as the entry of micro-organisms in the body. For public health this meant a change of focus from environmental to individual solutions.

### Health Education

The individual focus in turn of the century public health led to increased reliance on educating individuals, often mothers. The revival of individual arguments for prevention and lifestyle in the 1970s saw further emphasis on health education, often carried out through mass media "single issue" campaigns. Their efficacy in changing behaviour was questioned.

### Health Promotion

Term used to describe positive strategy for improving health based on framework laid out in international documents such as WHO’s Health for All (1981) and the Ottawa Charter (1986). Implies intersectoral cooperation, marketing techniques for health, broader environmental emphasis. Often confused with health education.

### Hygiene

Originally meant practices and principles for maintaining health—that is, moderation, cleanliness. Now interchangeable with "sanitary", its meaning is restricted to prevention of infection. In previous centuries the term was more expansive, encompassing ideas of moral and racial contamination. Social or racial hygiene described interventions like forced sterilisation of the "unfit".

### Inoculation/ Vaccination

Deliberate introduction of smallpox matter through the skin or mucous membrane, to confer immunity, introduced from the Middle East into England in 1717. Jenner published the account of his first experiment with vaccination in 1798. Important, but controversial public health procedure, with history of working class opposition because of inequities and safety issues.

### Maternity and Child Welfare

Maternal and child welfare was central to the individualised public health of the turn of the 19th century. Many countries established child welfare clinics. In the UK the role of the health visitor was important, advising mothers and monitoring infant health, an intrusion that was often resented.

### Medical Police

Promoted from late 18th century by physician Johann Peter Frank. A state administered system of health inspectors with powers to quarantine, disinfect, and cleanse. Aimed to support aims of absolutist rulers to boost population numbers, ensuring fit labour force and military conscripts. Policing model remained important in 19th century, as with British medical officer of health.

### New Public Health

Term subject to confusion, used to denote different versions of recent public health. Lifestyle public health of 1970s, with reference to Lalonde Report, emphasised individual responsibility for prevention of ill health. Limitations of this approach led to new public health of the 1980s focusing on environmental concerns and health inequality. More recent changes stress role of clinical prevention and genetics.

### Occupational Health

Occupational diseases more prevalent because of the industrial revolution. European states introduced legislation to regulate the health and safety of factory work in the 19th century. Systems of factory inspection developed in Britain and Prussia. Occupational health an important driving force behind social insurance systems, but tended to remain separate from mainstream public health.

### Sanitary Movement

Sanitary movement launched in European countries in the 1820s. Inspired in Britain by Benthamism, and emphasised the need for "experts" in the service of government. Sanitarianism aimed to reduce environmental pollution in the interests of human health. Preventable disease was dependent on environmental factors such as impure air and water supply.

### Social Medicine

Term used in some countries to denote health as a democratic right with disease caused by socioeconomic factors, but also used with biological explanations of same. Post Second World War academic discipline aiming to link the planning of health and social services to the needs of the population. Failed to influence medical education or public health practice, but retained symbolic importance.

### Urbanisation

Britain underwent rapid urbanisation from the 18th century. Migration to industrial centres was not met by infrastructure development, creating dire conditions of overcrowding, poor housing, and sanitation. The impact of epidemic disease and poor health status of the urban proletariat established enduring link between urban life and ill health.

### Vital Statistics

Initially christenings and burials were recorded in Bills of Mortality, which sought to monitor plague deaths in 17th century London. The 1830s saw more extensive compilation of statistics of births and deaths in countries like France and the UK, where the work of William Farr at the General Register Office provided data for sanitary reformers.   
Modern Public Health  
In America, public health worker Dr. Sara Josephine Baker lowered the infant mortality rate using preventative methods. She established many programs to help the poor in New York City keep their infants healthy. Dr. Baker led teams of nurses into the crowded neighbourhoods of Hell's Kitchen and taught mothers how to dress, feed, and bathe their babies. After WWI many states and countries followed her example in order to lower infant mortality rates.  
During the 20th century, the dramatic increase in average life span is widely credited to public health achievements, such as vaccination programs and control of infectious diseases, effective safety policies such as motor-vehicle and occupational safety, improved family planning, fluoridation of drinking water, anti-smoking measures, and programs designed to decrease chronic disease.  
  
Jonas Salk developed a vaccine against polio in 1955, reducing the number of U.S. cases from 58,000 in 1952 to just 5,000 in 1957.  
Meanwhile, the developing world remained plagued by largely preventable infectious diseases, exacerbated by malnutrition and poverty. Front-page headlines continue to present society with public health issues on a daily basis: emerging infectious diseases such as SARS, making its way from China to Canada and the United States; prescription drug benefits under public programs such as Medicare; the increase of HIV-AIDS among young heterosexual women and its spread in South Africa; the increase of childhood obesity and the concomitant increase in type II diabetes among children; the impact of adolescent pregnancy; and the ongoing social, economic and health disasters related to the 2005 Tsunami and Hurricane Katrina in 2006. These are all ongoing public health challenges.  
Since the 1980s, the growing field of population health has broadened the focus of public health from individual behaviors and risk factors to population-level issues such as inequality, poverty, and education. Modern public health is often concerned with addressing determinants of health across a population, rather than advocating for individual behaviour change. There is a recognition that our health is affected by many factors including where we live, genetics, our income, our educational status and our social relationships - these are known as "social determinants of health." A social gradient in health runs through society, with those that are poorest generally suffering the worst health. However even those in the middle classes will generally have worse health outcomes than those of a higher social stratum (WHO, 2003). The new public health seeks to address these health inequalities by advocating for population-based policies that improve the health of the whole population in an equitable fashion.  
The burden of treating conditions caused by unemployment, poverty, unfit housing and environmental pollution have been calculated to account for between 16-22% of the clinical budget of the British National Health Service.   
UK Public health functions include:   
• Health surveillance, monitoring and analysis • Investigation of disease outbreaks, epidemics and risk to health • Establishing, designing and managing health promotion and disease prevention programmes • Enabling and empowering communities to promote health and reduce inequalities • Creating and sustaining cross-Government and intersectoral partnerships to improve health and reduce inequalities •Ensuring compliance with regulations and laws to protect and promote health • Developing and maintaining a well-educated and trained, multi-disciplinary public health workforce • Ensuring the effective performance of NHS services to meet goals in improving health, preventing disease and reducing inequalities • Research, development, evaluation and innovation • Quality assuring the public health function

### Medical Profession

The predecessors of today's directors of public health were the medical officers of health (MoH) appointed by the Board the first being Dr William Duncan who was appointed as MoH to the city of Liverpool in 1847. However, Dr Duncan and those medical officers of health who followed him, were employed by the local authority and only after a NHS reorganisation in 1974 did the medical officer of health and those community services that he (and it was normally a 'he') was responsible for like health visiting and maternal and child health, combine with hospital services and come under the auspices of the health authority. These 'Specialists in Community Medicine' in the 1970's were often 'preoccupied with inequalities in health services' (Crown, 1999) and it was not until a landmark report by Donald Acheson in 1988 that the public health function of health services was specifically addressed again. Also around this time a movement motivated in part by the WHO 'Health for All' strategy (1985) widened the perspective of public health to include once again environmental issues as well as the physical, social and psychological aspects of public health.

Acheson (1988) not only advocated a change in title for medics working in this area from 'Specialists in Community Medicine' back to Consultants in Public Health Medicine, but also clarified what public health medicine was about. His definition of public health being the 'science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society' is accepted today as definitive.

Other professions have also played a part in the development of public health in this country, but do not seem so widely acknowledged or accepted as expert as the medical profession. Environmental health officers in the 1800's played a massive role in enforcing by-laws to ensure clean water, streets and good sanitation in collaboration with the then medical officers of health, but stayed with the local authority after the 1974 reorganisation separating and thus diminishing the partnership of environmental health and medicine. Health visitors, the 'Lady Sanitary Visitors' of the 1800's although frequently designated as 'public health nurses' have often had their role marginalised by 'organisational barriers' (Cowley, 1995). All those involved in improving housing in Victorian times also played a major part in improving public health. Poor housing and poor health seem almost synonymous, Nightingale (Lowry, 1991) stated that 'the connection between health and the dwellings of the population is one of the most important that exists' and recently Acheson (1998) agreed by identifying that 'poor quality housing is associated with poor health and that dampness is associated with increased prevalence of allergic and inflammatory lung disease such as asthma, independent of smoking and other socio-economic conditions'.

It is heartening, therefore, to learn that the government is committed to widening the role of other health professionals in public health work and extending and strengthening collaboration between health services and local authorities where public health in the UK originated.

### Public Health Clarified

What does Achesons' definition tell us about the meaning of public health? If community nurses are to be involved in public health work some understanding of its meaning is needed. Perhaps the key term is 'the organised efforts of society', implying some 'collective responsibility for health and prevention' (Beaglehole & Bonita, 1997). This can mean the partnerships and collaborative approaches the government is so keen on to promote health, like the 'health action zones' or 'health living centres'. Another key issue identified by Beaglehole and Bonita (1997) when clarifying the meaning of public health is that a population perspective must be taken.

Nurses involved in public health work need to focus on the health of local communities, groups and populations, not on individuals or families. When trying to identify the health needs of local communities', approaches using both 'art and science' come in. Beaglehole and Bonitas (1997) suggest both a qualitative (art) and quantitative (science) approach can be taken in identifying health needs. The foundation stone of the quantitative approach to public   
Health is seen as epidemiology and it has certainly shaped much of public health action throughout the last 150 years.

Historically Snow's work on cholera during 1848-54 and more recently the classic cohort study by Richard Doll and colleagues (1994), where an association was found between cigarette smoking and disease, particularly lung cancer, have both had long term consequences for the population as a whole. However, with users of the health service being urged to participate in identifying health needs a more qualitative approach is being taken and is being more readily accepted e.g. focus group work. Another key feature of public health is the acknowledgement that health is much more than the biological determinants communities are born with or acquire, but that it is the socio-economic and environmental factors that affect communities health which need to be tackled.

Although health visitors and school health nurses are particularly mentioned in 'Saving Lives' (DoH, 1999) all community nurses can expect some involvement at some time in the public health agenda into the next millennium.

This for the most parts will be dependent on local initiatives and local need but could involve:

• Helping local groups and communities identify their own health needs.

• Meeting specific health needs of local communities e.g. accident prevention or reducing coronary heart disease.

• Working in partnership with other agencies to meet identified local health needs.

Initiating or maintaining programmes to meet specific local targets.   
Although the purely medical approach to public health work is being questioned and public health is increasingly seen as multidisciplinary, community nurses specifically, have been identified to initiate and to implement aspects of public health policy. The question is are we up to the challenge?

### References

? Fee E, Acheson R. A history of education in public health. Health that mocks the doctors’ rules. Oxford: Oxford University Press, 1991.

? Hamlin C. Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800–1854. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

? Harrison M. Public Health in British India. Anglo-Indian Preventive Medicine, 1859–1914. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.   
? Lewis J. What Price Community Medicine? The Philosophy, Practice and Politics of Public Health since 1919. Brighton: Harvester/Wheatsheaf, 1986.

? Petersen A, Lupton D. The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk. London: Sage, 1996.

? Porter D, ed. The History of Public Health and the Modern State. Amsterdam: Rodopi, 1994.

? Webster C, ed. Caring for health. History and diversity. 3rd edn. Buckingham:Open University Press, 2001.

? Weindling P, ed. The social history of occupational health. Beckenham: Croom Helm, 1985.

? Worboys M. Spreading germs: disease theories and medical practice in Britain, 1865–1900. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

? Acheson, D. (1988) Committee of Inquiry into the future Development of the Public Health function. HMSO, London.

? Acheson, D. (1988) Independent Inquiry into Inequalities in health. The Stationery Office, London.

? Ashton, J., Seymour, H. (1988) The New Public Health. Open University Press, Milton Keynes.

? Ashton, J. (1999) 'Past and present public health in Liverpool' Griffiths, S. and Hunter, D.J. (Eds). (1999) Perspectives in Public Health. Radcliffe Medical Press

? Clark, P., Slack, P. (1976) English Towns in Transition 1500-1700. Oxford University Press, London.

? Crown, J. (1999) 'The practice of public health medicine: past, present, future.' In DoH (1997) The New NHS, modern, dependable. The Stationery Office, London.

? Griffiths, S. and Hunter, DJ (Eds) (1999) Perspectives in Public Health. Radcliffe Medical Press, Oxford.

? Webster, C. (1990) The Victorian Public Health legacy: A Challenge to the Future. The Public Health Alliance, Birmingham.

? WHO (1985) Health For All in Europe by the Year 2000, Regional Targets. WHO, Copenhagen.

Copyright Priory Lodg Education Limited 2007

First Published November 2007

http://priory.com/history\_of\_medicine/public\_health.htm

--------------------------------------------------

**„Goldenes Brett vorm Kopf“ an Virenleugner**

**Der deutsche Biologe Stefan Lanka erhält heuer das „Goldene Brett vorm Kopf“ für den „größten antiwissenschaftlichen Unfug des Jahres“. Lanka glaube, dass Krankheiten wie Aids und Masern nicht von Viren übertragen werden.**

Lanka lasse sich weder von Studien noch Gerichtsurteilen erschüttern, so die Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften (GWUP). Das „Goldene Brett fürs Lebenswerk“ geht an den Arzt und Wunderheiler Matthias Rath für die Vermarktung seiner „Zellularmedizin“ - auch zur Bekämpfung von Krankheiten wie Aids oder Krebs.

**Auch FPÖ-Politikerin nominiert**

Mit ihren am Mittwochabend in Wien verliehenen Spottpreisen „ehrt“ die GWUP alljährlich Personen oder Institutionen, „die esoterische oder unwissenschaftliche Behauptungen verbreiten und sich durch eine ganz besondere Resistenz gegenüber wissenschaftlichen Fakten ausgezeichnet haben“.



goldenesbrett.guru

Die Trophäe für den „größten antiwissenschaftlichen Unfug des Jahres“

Neben Lanka waren auch FPÖ-Umweltsprecherin Susanne Winter und der Wundermittelverkäufer Jim Humble für die Hauptauszeichnung nominiert. Lanka verdiente sich diese unter anderem für Bücher wie „Der Masern-Betrug“ oder „Impfen und Aids: Der neue Holocaust“. Er bestreitet, dass Viren Krankheiten auslösen und spricht sich konsequenterweise gegen Impfungen aus. „Mit der Virologie erklärt er ein ganzes Teilgebiet der Medizin für obsolet, das seit Jahrhunderten große Triumphe feiert und bereits unzählige Menschenleben gerettet hat“, begründet die GWUP.

**Mehrere Kriterien entscheidend**

International bekannt wurde Lanka durch die Auslobung von 100.000 Euro für jene Person, die ihm Existenz und Größe von Masernviren mit wissenschaftlichen Methoden belegen kann. Nachdem ihm ein Mediziner mehrere Studien sowie seine Kontonummer geschickt hatte, verweigerte Lanka allerdings die Zahlung - und wurde heuer von einem Gericht dazu verdonnert. Derzeit läuft noch seine Berufung. „Diese Hartnäckigkeit macht Stefan Lanka zu einem überaus würdigen Gewinner des diesjährigen ‚Goldenen Bretts‘“, sagte die GWUP.

In den Vorjahren wurden etwa die Organisation „Homöopathen ohne Grenzen“ für den Einsatz von Homöopathie in Krisengebieten und der Sänger Xavier Naidoo für sein Engagement für die „Reichsbürgerbewegung“ „ausgezeichnet“ - mehr dazu in [„Goldenes Brett vorm Kopf“ an Naidoo](http://wien.orf.at/news/stories/2681237/).

Bei der Preisvergabe spielen unter anderem der „Grad der Abwegigkeit“ der vertretenen Theorien, die Kritikresistenz der Personen bzw. Organisationen und deren kommerzielles Interesse eine Rolle. Außerdem wird bewertet, inwieweit para- oder pseudowissenschaftliche Theorien ausdrücklich als Wissenschaft ausgegeben und inwieweit Gesundheit oder das politisch-gesellschaftliche Gefüge gefährdet werden.

http://wien.orf.at/news/stories/2738165/

----------------------------------------------------------------------------------------

**Edward Jenner**

English surgeon

Written By:

[Lester S. King](https://www.britannica.com/contributor/Lester-S-King/1587)

[See Article History](https://www.britannica.com/biography/Edward-Jenner#Article-History)

Edward Jenner

English surgeon



born

May 17, 1749

Berkeley, [England](https://www.britannica.com/place/England)

died

January 26, 1823 (aged 73)

Berkeley, [England](https://www.britannica.com/place/England)

subjects of study

* [smallpox](https://www.britannica.com/science/smallpox)
* [active immunization](https://www.britannica.com/science/active-immunization)

View Biographies Related To Categories

* [medicine](https://www.britannica.com/biographies/sciences/medicine)

Dates

* [May 17](https://www.britannica.com/more-on-this-day/May-17)
* [January 26](https://www.britannica.com/more-on-this-day/January-26)

Related Biographies

* [Sir Alan Hodgkin](https://www.britannica.com/biography/Alan-Hodgkin)
* [Joseph Lister](https://www.britannica.com/biography/Joseph-Lister-Baron-Lister-of-Lyme-Regis)
* [John Hunter](https://www.britannica.com/biography/John-Hunter-British-surgeon)
* [Sir John Simon](https://www.britannica.com/biography/John-Simon)
* [Sir Charles Scott Sherrington](https://www.britannica.com/biography/Charles-Scott-Sherrington)
* [Wilfred Trotter](https://www.britannica.com/biography/Wilfred-Batten-Lewis-Trotter)
* [Sir Percivall Pott](https://www.britannica.com/biography/Percivall-Pott)
* [Sir William Bowman, 1st Baronet](https://www.britannica.com/biography/Sir-William-Bowman-1st-Baronet)
* [Berkeley George Andrew Moynihan, 1st Baron Moynihan](https://www.britannica.com/biography/Berkeley-George-Andrew-Moynihan-1st-Baron-Moynihan)
* [Sir Andrew Fielding Huxley](https://www.britannica.com/biography/Andrew-Fielding-Huxley)

**Edward Jenner,** (born May 17, 1749, Berkeley, [Gloucestershire](https://www.britannica.com/place/Gloucestershire), [England](https://www.britannica.com/place/England)—died January 26, 1823, Berkeley), English surgeon and discoverer of [vaccination](https://www.britannica.com/science/vaccine) for [smallpox](https://www.britannica.com/science/smallpox).

Jenner was born at a time when the patterns of British [medical practice](https://www.britannica.com/topic/medicine) and education were undergoing gradual change. Slowly the division between the [Oxford](https://www.britannica.com/topic/University-of-Oxford)- or [Cambridge](https://www.britannica.com/topic/University-of-Cambridge)-trained physicians and the apothecaries or surgeons—who were much less educated and who acquired their medical knowledge through apprenticeship rather than through academic work—was becoming less sharp, and hospital work was becoming much more important.

Jenner was a country youth, the son of a clergyman. Because Edward was only five when his father died, he was brought up by an older brother, who was also a clergyman. Edward acquired a love of nature that remained with him all his life. He attended [grammar school](https://www.britannica.com/topic/grammar-school-British-education) and at the age of 13 was apprenticed to a nearby surgeon. In the following eight years Jenner acquired a sound knowledge of medical and surgical practice. On completing his apprenticeship at the age of 21, he went to London and became the house pupil of [John Hunter](https://www.britannica.com/biography/John-Hunter-British-surgeon), who was on the staff of St. George’s Hospital and was one of the most prominent surgeons in London. Even more important, however, he was an anatomist, biologist, and experimentalist of the first rank; not only did he collect biological specimens, but he also concerned himself with problems of physiology and function.

The firm friendship that grew between the two men lasted until Hunter’s death in 1793. From no one else could Jenner have received the stimuli that so confirmed his natural bent—a catholic interest in biological phenomena, [disciplined](https://www.merriam-webster.com/dictionary/disciplined) powers of observation, sharpening of critical faculties, and a reliance on experimental investigation. From Hunter, Jenner received the characteristic advice, “Why think [i.e., speculate]—why not try the experiment?”

In addition to his training and experience in biology, Jenner made progress in clinical [surgery](https://www.britannica.com/topic/surgery-medicine). After studying in London from 1770 to 1773, he returned to country practice in Berkeley and enjoyed substantial success. He was capable, skillful, and popular. In addition to practicing medicine, he joined two medical groups for the promotion of medical knowledge and wrote occasional medical papers. He played the violin in a musical club, wrote [light verse](https://www.britannica.com/art/light-verse), and, as a naturalist, made many observations, particularly on the nesting habits of the cuckoo and on bird migration. He also collected specimens for Hunter; many of Hunter’s letters to Jenner have been preserved, but Jenner’s letters to Hunter have unfortunately been lost. After one disappointment in love in 1778, Jenner married in 1788.

* 

Edward Jenner.

*The National Library of Medicine*

Britannica Stories

[Demystified / Science](https://www.britannica.com/demystified/whats-the-difference-between-venomous-and-poisonous)

[What’s the Difference Between Venomous and Poisonous?](https://www.britannica.com/demystified/whats-the-difference-between-venomous-and-poisonous)

[[](https://www.britannica.com/demystified/whats-the-difference-between-venomous-and-poisonous)](https://www.britannica.com/demystified/whats-the-difference-between-venomous-and-poisonous)

[Spotlight / Arts & Culture](https://www.britannica.com/spotlight/how-a-rejected-block-of-marble-became-the-worlds-most-famous-statue)

[How a Rejected Block of Marble Became the World’s Most Famous Statue](https://www.britannica.com/spotlight/how-a-rejected-block-of-marble-became-the-worlds-most-famous-statue)

[[](https://www.britannica.com/spotlight/how-a-rejected-block-of-marble-became-the-worlds-most-famous-statue)](https://www.britannica.com/spotlight/how-a-rejected-block-of-marble-became-the-worlds-most-famous-statue)

[Spotlight / Philosophy & Religion](https://www.britannica.com/spotlight/too-good-to-rot-saints-with-incorrupt-bodies)

[Too Good to Rot? Saints with Incorrupt Bodies](https://www.britannica.com/spotlight/too-good-to-rot-saints-with-incorrupt-bodies)

[[](https://www.britannica.com/spotlight/too-good-to-rot-saints-with-incorrupt-bodies)](https://www.britannica.com/spotlight/too-good-to-rot-saints-with-incorrupt-bodies)

[Demystified / Science](https://www.britannica.com/demystified/how-do-you-tell-the-difference-between-total-annular-solar-and-lunar-eclipses)

[How Do You Tell the Difference Between Total, Annular, Solar, and Lunar Eclipses?](https://www.britannica.com/demystified/how-do-you-tell-the-difference-between-total-annular-solar-and-lunar-eclipses)

[[](https://www.britannica.com/demystified/how-do-you-tell-the-difference-between-total-annular-solar-and-lunar-eclipses)](https://www.britannica.com/demystified/how-do-you-tell-the-difference-between-total-annular-solar-and-lunar-eclipses)

[Smallpox](https://www.britannica.com/science/smallpox) was widespread in the 18th century, and occasional outbreaks of special intensity resulted in a very high [death rate](https://www.britannica.com/science/mortality-demography). The [disease](https://www.britannica.com/science/disease), a leading cause of death at the time, respected no [social class](https://www.britannica.com/topic/social-class), and disfigurement was not uncommon in patients who recovered. The only means of combating smallpox was a primitive form of [vaccination](https://www.britannica.com/science/vaccine) called [variolation](https://www.britannica.com/science/variolation)—intentionally infecting a healthy person with the “matter” taken from a patient sick with a mild attack of the disease. The practice, which originated in China and India, was based on two distinct concepts: first, that one attack of smallpox effectively protected against any subsequent attack and, second, that a person deliberately infected with a mild case of the disease would safely acquire such protection. It was, in present-day terminology, an “elective” infection—i.e., one given to a person in good [health](https://www.britannica.com/topic/health). Unfortunately, the transmitted disease did not always remain mild, and mortality sometimes occurred. Furthermore, the inoculated person could [disseminate](https://www.merriam-webster.com/dictionary/disseminate) the disease to others and thus act as a focus of infection.

[Test Your Knowledge](https://www.britannica.com/quiz/camels-fact-or-fiction)

[[](https://www.britannica.com/quiz/camels-fact-or-fiction)](https://www.britannica.com/quiz/camels-fact-or-fiction)

[Camels: Fact or Fiction?](https://www.britannica.com/quiz/camels-fact-or-fiction)

Jenner had been impressed by the fact that a person who had suffered an attack of [cowpox](https://www.britannica.com/science/cowpox)—a relatively harmless disease that could be contracted from cattle—could not take the smallpox—i.e., could not become infected whether by accidental or intentional exposure to smallpox. Pondering this phenomenon, Jenner concluded that cowpox not only protected against smallpox but could be transmitted from one person to another as a deliberate mechanism of protection.

The story of the great breakthrough is well known. In May 1796 Jenner found a young dairymaid, Sarah Nelmes, who had fresh cowpox lesions on her hand. On May 14, using matter from Sarah’s lesions, he [inoculated](https://www.britannica.com/science/inoculation) an eight-year-old boy, James Phipps, who had never had smallpox. Phipps became slightly ill over the course of the next 9 days but was well on the 10th. On July 1 Jenner inoculated the boy again, this time with smallpox matter. No disease developed; protection was complete. In 1798 Jenner, having added further cases, published privately a slender book entitled *An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae*.

* 

*Edward Jenner Injecting the Vaccine into His Son*, sculpture by Giulio …

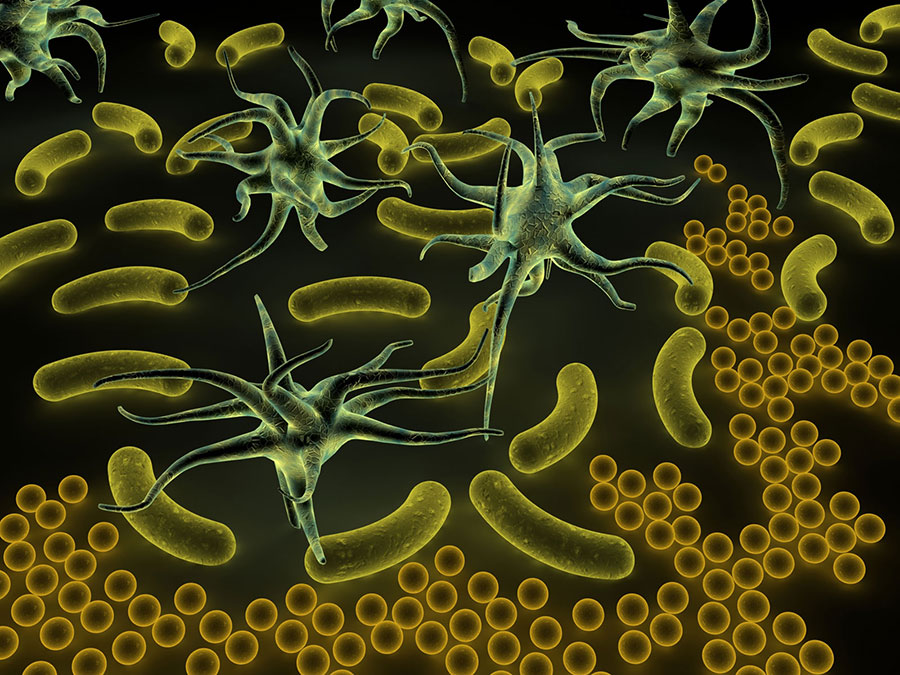
*Photos.com/Thinkstock*

Britannica Lists & Quizzes

[[](https://www.britannica.com/quiz/english-romantic-poets)](https://www.britannica.com/quiz/english-romantic-poets)

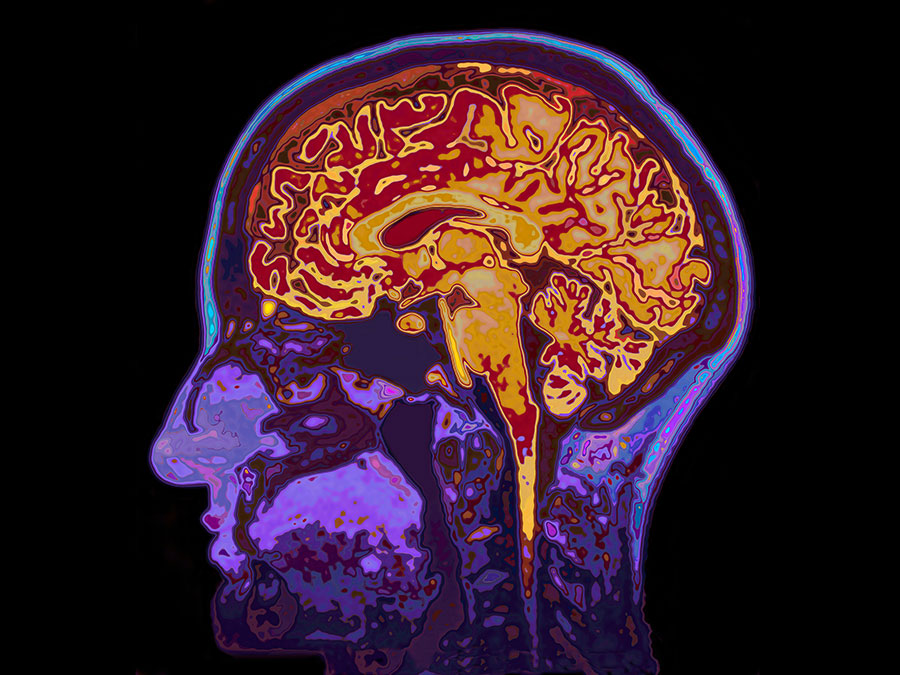
[Literature & Language Quiz](https://www.britannica.com/quiz/english-romantic-poets)

[English Romantic Poets](https://www.britannica.com/quiz/english-romantic-poets)

[[](https://www.britannica.com/list/meet-the-microbes-5-tiny-protozoans-and-algae)](https://www.britannica.com/list/meet-the-microbes-5-tiny-protozoans-and-algae)

[Science List](https://www.britannica.com/list/meet-the-microbes-5-tiny-protozoans-and-algae)

[Meet the Microbes: 5 Tiny Protozoans and Algae](https://www.britannica.com/list/meet-the-microbes-5-tiny-protozoans-and-algae)

[[](https://www.britannica.com/quiz/the-human-brain)](https://www.britannica.com/quiz/the-human-brain)

[Health & Medicine Quiz](https://www.britannica.com/quiz/the-human-brain)

[The Human Brain](https://www.britannica.com/quiz/the-human-brain)

[[](https://www.britannica.com/list/10-famous-clowns-from-comical-to-creepy)](https://www.britannica.com/list/10-famous-clowns-from-comical-to-creepy)

[Pop Culture List](https://www.britannica.com/list/10-famous-clowns-from-comical-to-creepy)

[10 Famous Clowns: From Comical to Creepy](https://www.britannica.com/list/10-famous-clowns-from-comical-to-creepy)

The reaction to the publication was not immediately favourable. Jenner went to London seeking volunteers for vaccination but, in a stay of three months, was not successful. In London vaccination became popularized through the activities of others, particularly the surgeon Henry Cline, to whom Jenner had given some of the inoculant, and the doctors George Pearson and William Woodville. Difficulties arose, some of them quite unpleasant; Pearson tried to take credit away from Jenner, and Woodville, a physician in a smallpox hospital, contaminated the cowpox matter with smallpox virus. Vaccination rapidly proved its value, however, and Jenner became intensely active promoting it. The procedure spread rapidly to America and the rest of Europe and soon was carried around the world.

Complications were many. Vaccination seemed simple, but the vast number of persons who practiced it did not necessarily follow the procedure that Jenner had recommended, and deliberate or unconscious [innovations](https://www.merriam-webster.com/dictionary/innovations) often impaired the effectiveness. Pure cowpox vaccine was not always easy to obtain, nor was it easy to preserve or transmit. Furthermore, the biological factors that produce immunity were not yet understood; much information had to be gathered and a great many mistakes made before a fully effective procedure could be developed, even on an [empirical](https://www.merriam-webster.com/dictionary/empirical) basis.

Despite errors and occasional [chicanery](https://www.merriam-webster.com/dictionary/chicanery), the death rate from smallpox plunged. Jenner received worldwide recognition and many honours, but he made no attempt to enrich himself through his discovery and actually devoted so much time to the cause of vaccination that his private practice and personal affairs suffered severely. Parliament voted him a sum of £10,000 in 1802 and a further sum of £20,000 in 1806. Jenner not only received honours but also aroused opposition and found himself subjected to attacks and calumnies, despite which he continued his activities on behalf of vaccination. His wife, ill with [tuberculosis](https://www.britannica.com/science/tuberculosis), died in 1815, and Jenner retired from public life.

https://www.britannica.com/biography/Edward-Jenner

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jenner was an English doctor, the pioneer of smallpox vaccination and the father of immunology.

Edward Jenner was born in Berkeley, Gloucestershire on 17 May 1749, the son of the local vicar. At the age of 14, he was apprenticed to a local surgeon and then trained in London. In 1772, he returned to Berkeley and spent most the rest of his career as a doctor in his native town.

In 1796, he carried out his now famous experiment on eight-year-old James Phipps. Jenner inserted pus taken from a cowpox pustule and inserted it into an incision on the boy's arm. He was testing his theory, drawn from the folklore of the countryside, that milkmaids who suffered the mild disease of cowpox never contracted smallpox, one of the greatest killers of the period, particularly among children. Jenner subsequently proved that having been inoculated with cowpox Phipps was immune to smallpox. He submitted a paper to the Royal Society in 1797 describing his experiment, but was told that his ideas were too revolutionary and that he needed more proof. Undaunted, Jenner experimented on several other children, including his own 11-month-old son. In 1798, the results were finally published and Jenner coined the word vaccine from the Latin 'vacca' for cow.

Jenner was widely ridiculed. Critics, especially the clergy, claimed it was repulsive and ungodly to inocculate someone with material from a diseased animal. A satirical cartoon of 1802 showed people who had been vaccinated sprouting cow's heads. But the obvious advantages of vaccination and the protection it provided won out, and vaccination soon became widespread. Jenner became famous and now spent much of his time researching and advising on developments in his vaccine. Jenner carried out research in a number of other areas of medicine and was also keen on fossil collecting and horticulture. He died on 26 January 1823.

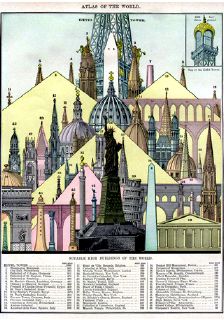
http://www.bbc.co.uk/history/historic\_figures/jenner\_edward.shtml

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Historischer Vergleich](http://docupedia.de/zg/Kaelble_historischer_vergleich_v1_de_2012" \o "Kaelble historischer vergleich v1 de 2012)

von [Hartmut Kaelble](http://docupedia.de/zg/Docupedia:Hartmut_Kaelble)

Hartmut Kaelble zeigt in seinem Beitrag für Docupedia, dass sich Methodik, Praxis und damit auch Vergleichsräume und Vergleichszeiträume des Historischen Vergleichs in den letzten Jahren stark verändert haben. Nachdem die theoretischen Diskussionen der 1990er-Jahre über den Historischen Vergleich als weitgehend abgeschlossen angesehen werden können, ist er heute ein fest etablierter, eigenständiger Teil der transnationalen Geschichte. Wissenschaftshistorisch hat er damit zur Herauslösung der Geschichtswissenschaft aus rein nationalgeschichtlichen Traditionen beigetragen.



The Notable High Buildings of the World 1896. From Rand, McNally & Co.'s Universal Atlas of The World. Edition 1896, University of Texas Library. Quelle: [Wikimedia Commons](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tall_buildings_1896.jpg) ([Public Domain](http://en.wikipedia.org/wiki/Public_domain))

Historischer Vergleich

von [Hartmut Kaelble](http://docupedia.de/zg/Docupedia:Hartmut_Kaelble)

Der historische Vergleich hat sich in den vergangenen vierzig Jahren stark verändert. Das gilt für seinen Stellenwert innerhalb der Geschichtswissenschaft ebenso wie für seine Anwendung in der Forschungspraxis, für die Vergleichsräume ebenso wie für Vergleichszeiträume, für die Themen von historischen Vergleichen ebenso wie für die Methoden und die Zugänge, für die Anstöße aus anderen Wissenschaftsdisziplinen ebenso wie für die wissenschaftstheoretische Verankerung. Der Artikel beginnt mit Definitionen des historischen Vergleichs und widmet sich seinem Wandel in der Geschichtswissenschaft, skizziert die Debatten und Forschungen über den historischen Vergleich und benennt am Ende zentrale Problemstellungen und Perspektiven.

**Was ist der historische Vergleich?**

Unter dem historischen Vergleich versteht man üblicherweise die systematische Gegenüberstellung von zwei oder mehreren historischen Einheiten (von Orten, Regionen, Nationen oder Zivilisationen, auch historische Persönlichkeiten), um Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Annäherungen und Auseinanderentwicklungen zu erforschen. Dabei geht es nicht nur darum, diese zu beschreiben, sondern sie auch zu erklären und Typologien zu entwickeln. Die grundsätzliche Trennung von John Stuart Mill zwischen der Methode der Differenz und der Methode der Übereinstimmung, d.h. der Analyse von Unterschieden oder der Analyse von Parallelen schärft sicher unseren Blick, wurde aber in dieser Grundsätzlichkeit vom historischen Vergleich nicht übernommen.[[1](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-1)] Dennoch verschließt er sich keiner der beiden Zugriffe.

Allerdings befasste sich der historische Vergleich in der Praxis sehr oft eher mit Unterschieden. Große Debatten von Historikern etwa über den American *exceptionalism*, über die *exception française*, über die Sonderentwicklung Großbritanniens, über die Besonderheiten der Wirtschaft Japansoder über den deutschen *Sonderweg* drehten sich ganz um Differenzen. Manchmal ist daraus sogar der Schluss gezogen worden, dass der historische Vergleich seinem Wesen nach auf Unterschiede ausgerichtet sei.[[2](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-2)] In letzter Zeit tritt dieses Argument zurück, wozu auch der Trend zur [Globalgeschichte](http://docupedia.de/zg/Global_History) und zur Geschichte der [Globalisierung](http://docupedia.de/zg/Globalisierung), aber auch der veränderte bilaterale innereuropäische Vergleich im Zuge der [Europäisierung](http://docupedia.de/zg/Europ%C3%A4isierung) beigetragen haben. Die beiden großen Bücher zur Globalgeschichte des langen 19. Jahrhunderts von Jürgen Osterhammel und Christopher A. Bayly sind beeindruckende Beispiele für die vergleichende Suche nach Unterschieden, aber auch nach Gemeinsamkeiten. Die neuesten Bände der deutsch-französischen Geschichte sind weit weniger von der Auseinandersetzung mit nationalen Unterschieden geprägt als die Forschung vor dreißig Jahren.[[3](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-3)]

Der historische Vergleich ist nicht uniform und schließt eine große Vielfalt von Zugängen ein. Dabei kann der historische Vergleich Fälle aus derselben Epoche, aber auch aus unterschiedlichen historischen Epochen untersuchen. Er kann international sein, aber auch innerhalb eines Landes Regionen, Orte, auch Familien oder Persönlichkeiten vergleichen. Er kann sich auf Fälle derselben Kultur beschränken, wie dies der Altmeister des historischen Vergleichs Marc Bloch forderte,[[4](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-4)] aber auch Fälle aus ganz unterschiedlichen Zivilisationen gegenüberstellen, wie dies etwa in der großen Debatte über den Aufstieg Europas und das Zurückbleiben Chinas im 18. und 19. Jahrhundert geschieht.[[5](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-5)] Er kann die Vergleichsfälle in gleicher Intensität untersuchen oder aber im asymmetrischen Vergleich einen Fall in das Zentrum stellen und nur kurze vergleichende Blicke auf andere Fälle werfen. Er kann nur zwei Fälle oder eine größere Zahl von Fällen vergleichen, die allerdings in der Regel doch dadurch begrenzt ist, dass sich Historiker darum bemühen, jeden Vergleichsfall in seinen historischen Kontext einzuordnen. Wenn man mit einem vergleichenden historischen Projekt beginnt, ist es wichtig, sich die Vielfalt der Optionen zu vergegenwärtigen.

Es ist versucht worden, Unterschiede zwischen Vergleichen zu typologisieren. Die Intentionen bei historischen Vergleichen kann man in drei Typen fassen: den analytischen Vergleich, der Erklärungen für ein historisches Phänomen durch die vergleichende Analyse unterschiedlicher Fälle entwickelt; den kontrastiven aufklärenden Vergleich, der sich etwa mit der Entwicklung der Demokratie oder den Menschenrechten befassen kann und ihrer historischen Durchsetzung in den einen Ländern, ihr historisches Scheitern in anderen Ländern gegenüberstellt und erklärt; den verstehenden und gleichzeitig distanzierenden Vergleich, der andere Länder durch den historischen Vergleich mit dem eigenen Land besser zu verstehen versucht und gleichzeitig damit auch das historische Selbstverständnis des eigenen Landes aus anderer Perspektive sieht und revidiert.[[6](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-6)] Eine andere Typologie geht von dem Grundgegensatz zwischen dem individualisierenden Vergleich, der den Einzelfall in das Zentrum stellt und von den meisten Historikern betrieben wird, und dem generalisierenden Vergleich aus, dem es um generelle Entwicklungen geht. Der Sozialwissenschaftler Charles Tilly hat dazu in einer inzwischen klassischen, oft zitierten Typologie vier Vergleichstypen unterschieden: den individualisierenden Vergleich, der die Besonderheiten zweier oder weniger Fälle herausarbeitet; den einschließenden Vergleich, der Teile eines größeren Ganzen wie etwa die Kolonien eines Imperiums vergleicht; den Variationenvergleich, der sich auf die Varianten eines allgemeinen universellen Prozesses wie etwa der Urbanisierung oder der demografischen Transition konzentriert, und schließlich den generalisierenden Vergleich, dem es nur um das Aufspüren allgemeiner Regeln geht.[[7](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-7)]

Dieser klassische historische Vergleich ist ergänzungsbedürftig und auf verschiedene Weise offen. Man sollte diese Öffnungen nicht zu rasch schließen, sondern sie produktiv weiterdenken. Drei besonders wichtige Öffnungen seien erwähnt.

Eine erste Öffnung des historischen Vergleichs ist in den letzten Jahren intensiv diskutiert worden: die Unterschiede gegenüber den anderen Zugängen der [transnationalen Geschichte](http://docupedia.de/zg/Transnationale_Geschichte), also gegenüber Transfers, gegenüber internationalen Verflechtungen, gegenüber internationalen Bewegungen und Organisationen, gegenüber Bildern des Eigenen und des Anderen und ihren jeweiligen Ritualen. Diese Öffnung des Vergleichs hat sich durchgesetzt, weil sich Historiker/innen in der Regel mit der Gegenüberstellung von Fällen in historischen Vergleichen nicht begnügen. Sie interessieren sich in aller Regel auch dafür, welchen Einfluss die verglichenen Fälle aufeinander hatten, wie stark sie verflochten waren und wie die Zeitgenossen die Unterschiede oder Ähnlichkeiten zwischen den Vergleichsfällen sahen. Ob eine transnationale historische Untersuchung das Gewicht auf den Vergleich, auf Verflechtungen oder eher auf wechselseitige Bilder legt, oder ob sie alle diese Zugänge gleichermaßen behandelt, hängt vor allem von der Fragestellung, den Eigenheiten des Falls und den Quellen des jeweiligen Projekts, aber auch von intellektuellen Zeitströmungen ab.[[8](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-8)]

Eine zweite, kaum diskutierte Offenheit des historischen Vergleichs ist der Vergleich zwischen aufeinanderfolgenden Epochen einer territorialen Einheit. Er wird von Historikern sehr häufig praktiziert, jedoch normalerweise von ihnen nicht als Vergleich bezeichnet. Auf den ersten Blick ist der Unterschied zum Vergleich nicht leicht nachzuvollziehen, weil es um ganz ähnliche Analyseverfahren geht wie beim historischen Vergleich. Was als Umbruch zwischen Epochen untersucht wird, ähnelt sehr den Unterschieden zwischen Vergleichsfällen. Was als Kontinuitäten zwischen Epochen angesehen wird, ähnelt sehr den Gemeinsamkeiten zwischen Vergleichsfällen. Historiker/innen rechnen solche [Zäsuren-](http://docupedia.de/zg/Zaesuren) und Epochenvergleiche trotzdem nicht zum historischen Vergleich, weil die historische Entwicklung auf der Zeitachse einen grundsätzlich anderen Charakter hat als die Gegenüberstellung zweier räumlich und vielleicht auch zeitlich getrennter Fälle. Die historische Entwicklung schafft zwischen aufeinanderfolgenden Epochen desselben Landes oder desselben Ortes eine dichte und unverwechselbare Beziehung aus Kausalitäten, Erfahrungen und Erinnerungen, die zwischen unterschiedlichen Orten oder Ländern derselben Epoche, die man vergleicht, nicht denkbar ist. Trotzdem sind die Grenzen zum Vergleich fließend. Vergleiche zwischen geografisch und zeitlich weit auseinanderliegenden Fällen desselben Kontinents wie etwa der Französischen Revolution von 1789 und der europäischen Revolution von 1848 werden doch als historische Vergleiche angesehen. Auch diese schwierige Abgrenzung des historischen Vergleichs zu diskutieren, kann zu interessanten neuen Überlegungen führen.

Eine dritte, ebenfalls kaum diskutierte, aber gleichzeitig oft verwandte Methode von Historikern ist die historische Darstellung internationaler Entwicklungen, in der viele und oft sehr unterschiedliche Länder behandelt werden. Sie unterscheidet sich vom historischen Vergleich nicht immer klar. Europäische oder globalgeschichtliche Handbücher, aber auch viele Monografien über internationale Prozesse, Institutionen oder Ideen enthalten solche Darstellungen. Sie sind meist nicht im strengen Sinn vergleichend, weil es ihnen vor allem um den gemeinsamen Trend geht und auf Unterschiede oft nur unsystematisch eingegangen wird. Aber die Grenze zum historischen Vergleich ist im Einzelfall oft nicht präzise zu ziehen.

**Wandel des Vergleichs**

Der historische Vergleich erlebte seinen großen Aufschwung seit den 1970er-Jahren vor allem in der Sozial- und in der Wirtschaftsgeschichte, aber auch in der politischen Geschichte. Er besaß damals in der Geschichtswissenschaft ein relativ großes Prestige, wurde sogar als „Königsweg” bezeichnet. Komparatisten sahen sich manchmal als Pioniere einer internationalen Öffnung der Geschichtswissenschaft, die thematisch viel umfassender und vielfältiger als die Diplomatiegeschichte oder die internationale [Ideengeschichte](http://docupedia.de/zg/Intellectual_History) sein konnte. Historische Komparatisten waren allerdings eine sehr schmale Gruppe. Nicht nur Historiker/innen, die sich mit der Geschichte ihres eigenen Landes befassten, sondern auch die Spezialisten anderer Länder oder anderer Weltregionen, verglichen kaum. Selbst aus den beiden wichtigsten europäischen Institutionen für außereuropäische Regionen, der EHESS in Paris und der School for African and Asian Studies in London, kamen wenige historische Vergleiche. Allgemein galt der historische Vergleich für Dissertationen und Habilitationen als riskant.[[9](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-9)]

Wichtige Anstöße für den historischen Vergleich kamen vor allem von amerikanischen historischen Sozialwissenschaftlern wie Charles Tilly, Karl Deutsch, Reinhart Bendix, Barrington Moore, aber auch von europäischen historischen Sozialwissenschaftlern wie Stein Rokkan oder Peter Flora.[[10](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-10)] Mit ihnen standen die frühen vergleichenden Historiker oft in direktem persönlichen Kontakt. Gleichzeitig konnte der historische Vergleich auch auf europäische Wurzeln in der historischen Soziologie, dort vor allem auf Max Weber, aber auch auf Historiker wie Marc Bloch, Henri Pirenne, Otto Hintze, teils auch auf Karl Lamprecht verweisen.[[11](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-11)]

Die wichtigste theoretische Anbindung des historischen Vergleichs war die [Modernisierungstheorie](http://docupedia.de/zg/Modernisierung). Historisch zu vergleichen hieß entweder, die verglichenen Fälle in unterschiedliche Grade von Modernisierung einzuordnen, oder unterschiedliche Wege der Modernisierung herauszuarbeiten oder Widersprüche zwischen politischer und wirtschaftlicher Modernisierung aufzuzeigen. Der Reiz des historischen Vergleichs lag nicht einfach in dem Nachweis von Modernisierung, sondern auch in der Diskussion von Sperrigkeiten der historischen Entwicklung gegenüber den Modernisierungstheoremen. In diesem Sinn wurden Industrialisierung, Unternehmen, Alphabetisierung, Familie und demografische Transition, soziale Klassen und Minderheiten, soziale Konflikte und Revolutionen, Bildungssysteme, Sozialstaaten, Stadtplanungen, Parteien und Verfassungen verglichen.[[12](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-12)]

Der Raum des historischen Vergleichs war Europa, manchmal unter Einschluss der USA, als Maßstab der [Moderne](http://docupedia.de/zg/Moderne). In Europa konzentrierte sich der Vergleich weitgehend auf Frankreich, Großbritannien und Deutschland mit gelegentlichen Blicken auf Schweden oder die Schweiz als besonders moderne Länder oder auf Italien und das östliche Europa als wenig moderne Teile des Kontinents. Vergleiche mit außereuropäischen Ländern blieben selten. Thematisch häufte sich der Vergleich in einigen wenigen Themenfeldern wie Wohlfahrtsstaat, Bürgertum, Arbeiter und Mittelschicht, soziale Proteste und Revolutionen, Industrialisierung und Unternehmen.[[13](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-13)]

Seit den 1990er-Jahren wandelte sich der Vergleich. Einerseits wuchs der Skeptizismus in der methodischen Debatte über den Vergleich, auf die gleich zurückzukommen sein wird. Die Historiker/innen wurden sich der Probleme des Vergleichs stärker bewusst: der starken Bindung des Vergleichs an den Nationalstaat; der Überschätzung der Entwicklungen, die sich am Ende durchsetzten, und der Unterschätzung der schwach gebliebenen Alternativen; der Unterschätzung der inneren Diversität der Vergleichsfälle, die den Vergleich komplizierten; der Abhängigkeit der Auswahl der Vergleichsfälle von Quellenlagen und Sprachkenntnissen des vergleichenden Historikers; die Befangenheit in nationalen Denkweisen und die bloße Selbstbestätigung durch den historischen Vergleich; die oft unausgesprochenen Annahmen über Normalität oder sogar Überlegenheit eines der Vergleichsfälle, manchmal des eigenen Landes, manchmal anderer Länder.

Auf der anderen Seite normalisierte sich der Vergleich. Er verlor seinen Pioniercharakter, indem immer mehr Historiker/innen mit einer vergleichenden Perspektive arbeiteten. Vergleichende Dissertationen und Habilitationen zu schreiben blieb kein Sonderfall mehr. Nicht nur Historiker/innen, die über ihr eigenes Land forschten, brachen öfters aus der Enge der eigenen nationalen Geschichte aus. Auch europäische Experten anderer europäischer oder außereuropäischer Länder verglichen nun häufiger. Der historische Vergleich traf zudem auf günstigere finanzielle Bedingungen, da er durch SFBs, Graduiertenkollegs, Auslandsinstitute, EU-Programme und internationale Historikernetzwerke gefördert wurde. Es begann sich auch die Erkenntnis durchzusetzen, dass eine Vergleichsebene die Karrierechancen verbesserte, da man Experte nicht nur eines einzigen Landes blieb und sich damit auf unterschiedliche Lehrstühle bewerben konnte. Im historischen Vergleich spiegelten sich darüber hinaus auch die Internationalisierung des europäischen Alltags durch Reisen, internationale Bildungs- und Arbeitsaufenthalte und Migration, aber auch durch die dadurch entstandenen zahlreichen privaten internationalen Verbindungen wider.

Darüber hinaus erweiterten sich allmählich die Vergleichsräume, Vergleichszeiträume und Vergleichsthemen. Die Zeit seit 1945 wurde ein neues Eldorado für den historischen Vergleich. Die Eurozentrik des Vergleichs von europäischen Historikern milderte sich etwas ab, während der Vergleich mit außereuropäischen Ländern jenseits der USA etwas zunahm. Die veränderte weltpolitische Situation, das Ende des Kalten Kriegs und die Entstehung einer Welt mit mehreren Machtzentren, begann sich auch auf den historischen Vergleich auszuwirken. Die europäischen Experten außereuropäischer Länder spielten eine wichtige Rolle bei der stückweisen globalen Öffnung des historischen Vergleichs. Neben dem Vergleich zwischen Nationen erhielten der lokale Vergleich und der globale Vergleich etwas mehr Gewicht. Freilich blieb und bleibt der europäische historische Vergleich weiterhin zu europazentrisch. Vergleiche mit der benachbarten arabischen Welt sind ebenso viel zu selten wie mit anderen, entfernteren Weltregionen jenseits des nordatlantischen Raums.[[14](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-14)]

Thematisch war der Vergleich nicht mehr erkennbar eingeschränkt. Er wurde in den meisten Themenfeldern der Geschichte gezogen, in der Strukturgeschichte ebenso wie in der Erfahrungs- und der [Ideengeschichte](http://docupedia.de/zg/Intellectual_History), in der [Kultur- und Politikgeschichte](http://docupedia.de/zg/Kulturgeschichte_der_Politik_Version_2.0_Thomas_Mergel) ebenso wie in der [Sozial](http://docupedia.de/zg/Sozialgeschichte_und_Historische_Sozialwissenschaft)- und [Wirtschaftsgeschichte](http://docupedia.de/zg/Wirtschaftsgeschichte).

Das Modernisierungsparadigma nichtmarxistischer und marxistischer Provenienz verlor einiges an Einfluss auf den historischen Vergleich. Der historische Vergleich diente nicht mehr nur der Einordnung in modernisierende Entwicklungen, sondern auch dem besseren Verständnis des Anderen und damit oft auch des Eigenen. Vergleichen hieß häufiger, den Anderen auch besser verstehen zu wollen und nicht mehr ausschließlich die Durchsetzung der Moderne zu verfolgen. Als Folge davon ging der Einfluss der Sozialwissenschaften, vor allem der nordamerikanischen Soziologie und Politikwissenschaften, auf den Vergleich zurück. Die Beziehungen mit den amerikanischen historischen Komparatisten blieben zwar eng, aber die amerikanische Forschung verlor ihren Modellcharakter für den europäischen historischen Vergleich – nicht nur, weil er sich europaweit etabliert hatte, sondern auch, weil amerikanische Historiker/innen nicht selten von anderen Prämissen bei der Wahl von Vergleichsfällen und Vergleichsräumen, auch in der Bewertung des Vergleichs, ausgingen.[[15](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-15)]

**Debatten über den historischen Vergleich**

Eine lebhafte Debatte über den historischen Vergleich entwickelte sich seit den 1990er-Jahren vor allem unter französischen und deutschen Historikern und Literaturwissenschaftlern. Diese Debatte folgte allerdings nicht einfach der Forschungspraxis, sondern ging ihr teils voraus, teils hinkte sie hinterher. Eine ganze Reihe von Publikationen versuchte nach rund zwei Jahrzehnten der intensiveren Erfahrung, dem historischen Vergleich in der Geschichtswissenschaft einen anerkannten Platz zu verschaffen, ihn zu verfeinern, aus anderen Disziplinen Anregungen zu übernehmen, seine Stärken und Grenzen auszuloten.[[16](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-16)]

Seit Mitte der 1990er-Jahre geriet der historische Vergleich freilich auch in die Kritik. Der französische Literaturwissenschaftler Michel Espagne, ein Experte der deutsch-französischen Beziehungen, kritisierte den historischen Vergleich, weil er den Forscher zwinge, künstlich homogene nationale Einheiten zu konstruieren und daher in das Zeitalter der oft verhängnisvollen Bindung der Geschichtswissenschaften an nationale Identitäten zurückführe. Darüber hinaus lasse sich, so Espagne, der historische Vergleich nur für Strukturanalysen verwenden und blende die Erfahrungen und Handlungen des einzelnen Individuums aus. Er plädierte deshalb dafür, den historischen Vergleich durch die historische Transferuntersuchung, also die Untersuchung der Übertragung von Ideen und Werten, des Austauschs von Waren, der Migration von Menschen von einer Gesellschaft zur anderen zu ersetzen, die die Geschichtswissenschaft für internationale kulturelle Verflechtungen und für die Kulturgeschichte von Erfahrungen und Handlungspraxen öffne. Espagne blieb keine Einzelstimme.[[17](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-17)]

Ein weiterer Einwand gegen den historischen Vergleich kam von Globalhistorikern. Der historische Vergleich mit außereuropäischen Ländern betone zu sehr, so ihr Argument, die Überlegenheit Europas, besonders die Europäisierung der nichteuropäischen Welt, und die Rückständigkeit außereuropäischer Regionen seit dem späten 18. Jahrhundert. Er vernachlässige deshalb die „shared history” („geteilte Geschichte”) oder „entangled history”, also den Einfluss der nichteuropäischen Welt auf Europa nicht nur indirekt über die außereuropäischen Erfahrungen von Europäern, sondern auch direkt durch Transfers außereuropäischer Waren, Pflanzen, von Musik sowie von geisteswissenschaftlichen und technologischen Wissensbeständen nach Europa. Einige Globalhistoriker/innen stellen daher ebenfalls solche Transfers in das Zentrum ihrer Untersuchungen. Andere möchten sich ganz auf *globale* Institutionen, Bewegungen, Öffentlichkeiten, Konflikte und Umbrüche konzentrieren. Sie interessieren sich nicht mehr für kleinere Einheiten unterhalb der Welt als Ganzes und damit auch nicht mehr für historische Vergleiche.[[18](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-18)]

Eine Synthese bietet das Konzept der „histoire croisée” (überkreuzte Geschichte) von Michael Werner und Bénédicte Zimmermann. Sie anerkannten auf der einen Seite den historischen Vergleich als eine unverzichtbare Methode der Geschichtswissenschaft, forderten andererseits aber einen grundlegenden Wandel des historischen Vergleichs ebenso wie der Transferuntersuchung durch den überkreuzten Blick: das fortwährende Hineindenken und Hineinversetzen in die andere, verglichene Kultur und die fortwährende Überprüfung des Bildes von der eigenen Kultur schon bei der Formulierung von Fragestellung und Forschungsdesign.[[19](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-19)]

Eine ganz andere Herausforderung für den historischen Vergleich entstand durch die [transnationale Geschichte](http://docupedia.de/zg/Transnationale_Geschichte). Sie gewann in den letzten Jahren viel Dynamik und wird vor allem als Abschied von der rein nationalen Geschichte und als Internationalisierung von Forschungsthemen verstanden, ohne dass dahinter ein ausgefeiltes Konzept oder gar eine Theorie steht. Anstöße zur transnationalen Geschichte kamen aus ganz verschiedenen Richtungen: aus der Diplomatiegeschichte, die sich mehr für den breiten sozialen und kulturellen Kontext der internationalen Beziehungen interessiert; von den Historikern der europäischen Integration, die die rein politische Entscheidungsgeschichte erweitern; von der außereuropäischen Geschichte, die sich vom regionalwissenschaftlichen Konzept löste und stärker mit den Historikern anderer Weltregionen zusammenarbeiten möchte; von der [postkolonialen Geschichte](http://docupedia.de/zg/Neuere_Kolonialgeschichte_und_Postcolonial_Studies); von der [Globalgeschichte](http://docupedia.de/zg/Global_History); von der [Sozial](http://docupedia.de/zg/Sozialgeschichte_und_Historische_Sozialwissenschaft)- und [Kulturgeschichte](http://docupedia.de/zg/Kulturgeschichte), die sich stärker internationalisiert. Entscheidend für den historischen Vergleich ist hierbei, dass in den neuen programmatischen Texten zur transnationalen Geschichte der historische Vergleich nicht angegriffen wird, sondern im Gegenteil meist unbeachtet bleibt – so wie bei Akira Iriye und Pierre-Yves Saunier, die mit der transnationalen Geschichte vor allem Verflechtungen und Transfers von Ideen, Menschen und Waren über nationale Grenzen hinweg meinen[[20](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-20)] – oder als selbstverständlicher Bestandteil angesehen wird: „Comparisons and connections”, schrieb der Wirtschaftshistoriker Patrick O'Brien, „are the dominant styles of global history.”[[21](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-21)]

Insgesamt ist der historische Vergleich heute keine überwundene, frühere Stufe der transnationalen Geschichte, die noch zu viel von Nationalgeschichte in sich trug und die zuerst durch die Transferuntersuchung, später durch die transnationale Geschichte überwunden wurde, wie manchmal zugespitzt formuliert wird. Der historische Vergleich ist im Gegenteil ein fester, bis heute wichtiger Bestandteil der transnationalen Geschichte. Er verband sich, nachdem er als historische Methode etabliert war, in der jüngeren Zeit oft mit anderen Zugängen wie der Transferuntersuchung, der Verflechtungsuntersuchung oder der Untersuchung der historischen Repräsentationen des Eigenen und des Anderen, ging aber in diesen anderen Zugängen nicht einfach auf. Er verlor zwar seine Neuigkeitsaura, blieb aber – wie das in jüngster Zeit etwa Heinz-Gerhard Haupt, Jürgen Kocka und Thomas Welskopp herausstreichen[[22](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-22)] – aus vier Gründen ein wichtiger Ansatz der transnationalen Geschichte:

Erstens missversteht man den historischen Vergleich, wenn man ihn ausschließlich als rigide Konstruktion von nationalen Besonderheiten oder gar als Brutkasten nationaler Vorurteile sieht. Es gab sicher historische Vergleiche dieser Art vor allem in internationalen Spannungs- und Kriegszeiten, in denen Forschung über andere Länder als „Feindwissenschaft” betrieben wurde und oft eher aus historischer Spekulation als aus ernsthafter Forschung bestand. Der eingehende historische Vergleich führt aber im Normalfall den Historiker zu einem intensiven Eindenken in das verglichene andere Land, in seine Geschichtsforschung, in seine Sprache und Denkweise, in seine Institutionen und Normen, in seine historischen Erinnerungen. Der Vergleich internationalisiert den Forscher daher fast unausweichlich.

Zweitens bergen die erwähnten, unbestreitbaren, methodischen Probleme, mit denen sich der historische Vergleich auseinandersetzen muss und die gegen ihn angeführt werden, oft auch Gefahren für andere Zugänge der transnationalen Geschichte. Auch für Transfer- und Verflechtungsuntersuchungen muss man sich die Einheiten, zwischen denen Transfers oder Verflechtungen bestehen, konstruieren oder nach Konstruktionen der Zeitgenossen suchen – und überschätzt sie dann vielleicht. Transferuntersuchungen konnten durchaus auch Teil der „Feindwissenschaften” sein: etwa die „Westforschung” der NS-Zeit über die angeblichen germanischen Transfers in den Norden Belgiens und Frankreichs, die These der europäischen Kolonialwissenschaften von der segensreichen Europäisierung der Kolonialbevölkerungen oder manche im Kalten Krieg entwickelten Thesen von der völligen Sowjetisierung Ostmitteleuropas.[[23](http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457#cite_note-23)]

Der Vergleich bleibt drittens auch deshalb eine wichtige Methode der Historiker/innen, weil die Gesellschaft, in der die heutigen Historiker/innen arbeiten, fortwährend in Vergleichen denkt. In der intensiv gewordenen, persönlichen Begegnung und Erfahrung mit anderen europäischen und außereuropäischen Kulturen im eigenen Land oder auf Auslandsreisen werden fortwährend Vergleiche gezogen und Urteile gefällt. In dieser Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Anderen wird oft auch die Hilfe oder Kritik des vergleichenden Historikers gebraucht. Wenn sich die Öffentlichkeit fragt, welche anderen Werte und Alltagsnormen der Islam besitzt, warum Japaner auf Katastrophen anders reagieren als Europäer, warum die Franzosen einen derart allmächtigen Präsidenten und weniger Vertrauen in unabhängige Verfassungsgerichte, Zentralbanken oder Medien haben oder aus welchen Gründen sich die USA anders als Deutschland in globale Konflikte einmischt, dann ist auch die Antwort des vergleichenden Historikers gefragt. Historische Vergleiche aufgeben, hieße, sich einer wichtigen Verantwortung der Geschichtswissenschaft nicht mehr zu stellen.

Viertens wurde der Wissenschaftskontext für den historischen Vergleich in den letzten Jahren eher noch günstiger. Die historische Forschung wurde stark internationalisiert. Es ist viel leichter geworden, historische Forschung in anderen Ländern zu betreiben. Die schon erwähnten internationalen Austauschprogramme, internationale Doktorandenkollegs und Sonderforschungsbereiche, auch die Deutschen Historischen Institute in anderen Ländern ermutigen und unterstützen den historischen Vergleich. Der historische Vergleich wurde daher trotz der nicht immer ermutigenden Methodendebatte weiter praktiziert, nahm sogar im vergangenen Jahrzehnt eher noch zu. In einer führenden Zeitschrift wie „Geschichte und Gesellschaft” wurden jedenfalls im Jahrzehnt nach 2000 mehr historische Vergleichsartikel publiziert als in den 1990er-Jahren.

**Zusammenfassung**

Der historische Vergleich hat sich in den vergangenen vierzig Jahren als eine regelmäßig verwandte, ausgearbeitete Methode der Geschichtswissenschaften etabliert und kann auf bedeutende Vorläufer unter Historikern und Sozialwissenschaftlern der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückblicken. Gleichzeitig hat sich der historische Vergleich in den vergangenen Jahrzehnten auch stark gewandelt: Er hat sich in der Forschungspraxis routinisiert und veralltäglicht, hat seine Pionieraura verloren, ist selbstkritischer und reflektierter geworden, hat seine Vergleichsräume etwas, freilich bei weitem nicht genügend, erweitert, sich auf viele Themen ausgedehnt, seine ursprünglich enge Bindung an die historischen Sozialwissenschaften und an Modernisierungstheorien gelockert, ist nicht mehr ausschließlich ein Instrument zur Einordnung in die Moderne, sondern daneben auch eine Methode zum Verstehen des Anderen geworden. Der historische Vergleich wurde vor allem seit den 1990er-Jahren intensiv diskutiert und kritisiert. Er ist heute Teil der transnationalen Geschichte und somit auch Teil der Herauslösung der Geschichtswissenschaft aus der ausschließlichen Nationalgeschichte.

**Empfohlene Literatur zum Thema**

**Zitation**

[Hartmut Kaelble](http://docupedia.de/zg/Docupedia:Hartmut_Kaelble), Historischer Vergleich, Version: 1.0, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 14.8.2012, URL: <http://docupedia.de/zg/Historischer_Vergleich?oldid=125457>

Versionen: **1.0**

**Nutzungsbedingungen für diesen Artikel**

Copyright (c) 2017 Clio-online e.V. und Autor, alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk entstand im Rahmen des Clio-online Projekts „Docupedia-Zeitgeschichte“ und darf vervielfältigt und veröffentlicht werden, sofern die Einwilligung der Rechteinhaber vorliegt. Bitte kontaktieren Sie: <redaktion@docupedia.de>

http://docupedia.de/zg/Historischer\_Vergleich?oldid=125457

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Standpunkte: Höchstgericht kippt Berufsverbot für Impfkritiker

## Ärztekammer und Land verhängten 2009 über Johann Loibner lebenslanges Berufsverbot, weil er den generellen Nutzen von Impfungen öffentlich infrage gestellt hatte. Jetzt wurde er juristisch rehabilitiert. Die Kritik der Kammer-Kollegen bleibt aufrecht.

Vor vier Jahren bekam der steirische Allgemeinmediziner Dr. Johann Loibner wegen wiederholter impfkritischer Aussagen Berufsverbot, er wurde von der Ärzteliste gestrichen und musste seine Praxis zusperren. Durch seine öffentlich geäußerte Ablehnung einer Impfprophylaxe fehle Loibner die für die „ärztliche Berufsausübung erforderliche Vertrauenswürdigkeit“, wurde die Einziehung seines Ärzteausweises von Kammer und Behörde argumentiert. Der Bescheid wurde „im Interesse der Volksgesundheit“ auch von Landeshauptmann Franz Voves bestätigt. Loibner klagte daraufhin durch alle Instanzen - und bekam nun recht. Der Verwaltungsgerichtshof VwGH hat das Berufsverbot mit sofortiger Wirkung aufgehoben, weil er im Verbotsbescheid keine Verletzung der Berufspflichten erkennen könne. Aus den Feststellungen der Behörde sei laut VwGH „nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer allfällige andere Berufspflichten, zu deren Einhaltung er sich anlässlich der Promotion zum Doctor medicinae universae verpflichtet hat oder zu deren Einhaltung er nach dem Ärztegesetz oder nach anderen Vorschriften verpflichtet ist, verletzt hat“. Kritisiert wird vom VwGH die Behörde, weil diese es in ihrer Feststellung unterlassen hätte, auf die Verteidigung des Arztes „auch nur ansatzweise“ einzugehen, dass aufgrund seiner Tätigkeit nie ein Mensch zu Schaden gekommen sei.

# 

# Höchst fragliche These

## „Die Freiheit der Meinung und der Wissenschaft ist damit gesichert.“

***Dr. Johann Loibner***, Arzt für Allgemeinmedizin, ehem. gerichtlich beeideter Sachverständiger für Impfschäden

Immer mehr Ärzte tun seit einiger Zeit öffentlich ihre Skepsis gegenüber Impfungen kund. In Vorträgen, Artikeln, Büchern und auf Internetportalen bestreiten sie den Nutzen der Impfungen. Sie weisen zudem auf die negativen Folgen der Impfungen hin.

Ich betrieb 30 Jahre lang eine erfolgreiche Privatpraxis mit den Schwerpunkten Homöopathie, Kneippmedizin und ausführlichem ärztlichen Gespräch. Nachdem ich schwere Erkrankungen nach Impfungen gegen FSME beobachtet hatte, begann ich mich intensiv mit dem Thema Impfung auseinanderzusetzen. Ich durchforschte die Geschichte der Impfungen und der Epidemien der Vergangenheit. Ebenso betrieb ich Studien über wesentliche Kapitel aus der Mikrobiologie und der aktuellen Immunologie. Diese Studien machten mich schließlich zum überzeugten Impfgegner. Ich wurde zu Vorträgen in ganz Österreich, Deutschland, der Schweiz, Italien und Slowenien eingeladen. Über fünf Jahre leitete ich auch impfkritische Symposien für Ärzte mit dem Namen „Pathovacc“, an denen regelmäßig 50 bis 100 Ärzte teilgenommen haben.

Impfbefürworter witterten Gefahr. Erst musste ich mich vor der Disziplinarkommission verantworten und heimste mir ein bedingtes Berufsverbot ein.

Dieses wurde vom Berufungssenat aufgehoben. Die Impfbetreiber legten nach und wandten sich an die Regierung. Die damalige Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky beauftragte die Ärztekammer, meine „Vertrauenswürdigkeit“ zu prüfen. Ich erklärte der Kammer gegenüber, dass ich an der Aufklärungsarbeit festhalten werde. Mittels Bescheid, der vom Landeshauptmann der Steiermark „zum Schutze der Öffentlichkeit und im Interesse der Volksgesundheit“ bestätigt wurde, erfolgte meine Streichung aus der Ärzteliste.

Ich legte Beschwerde beim Höchstgericht ein. Der VwGH hat nun nach vier Jahren diesen Bescheid wegen Rechtswidrigkeit aufgehoben. Die Freiheit der Meinung und der Wissenschaft ist damit wieder einmal gesichert.

Zur aktuellen Diskussion betreffend HPV-Impfung gebe ich zu bedenken: Die Betreiber dieser Impfung bewerben diese als Schutz vor Gebärmutterhalskrebs. Sie berufen sich dabei auf eine höchst fragliche These: Es seien bei Gebärmutterhalskrebs Virenstämme nachzuweisen, die auch bei Genitalwarzen vorkommen. Jeder Arzt, der länger in der Praxis ist, weiß doch, dass ganz andere Faktoren wesentlich sind, die zum Krebsleiden führen. Die Idee, dass einzig ein Virus die Ursache eines Krebsleidens ist, kann nur von höchst einseitigen Spezialisten kommen.

Stellen wir doch die beiden Gruppen gegenüber. Bei Nonnen ist diese Krebsart praktisch unbekannt. Bei Frauen aus dem Milieu der Prostitution – Nachtarbeit, exzessive Promiskuität, Drogenkonsum, Ausstoßung aus der Gesellschaft, extreme Demütigungen – ist der Anteil an diesem Leiden am größten. Wer von erfahrenen Ärzten, welche die Geschichte ihrer Patienten kennen, erwartet denn da von dieser Impfung einen sicheren Schutz?

# Schäden durch ärztliche Impfgegner

## „Befremdlich, dass Meinungsfreiheit Vorrang vor dem Schutz der Bevölkerung hat.“

***Prof. Dr. Werner Zenz***, Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz

Laut VwGH-Senatspräsident Dr. Heinz Kail müsse ein Kritisieren der Schulmedizin im Rahmen der Meinungsfreiheit in einem modernen Rechtsstaat möglich sein. Der VwGH hat jedoch ausdrücklich festgehalten, es spräche gegen die Vertrauenswürdigkeit des Arztes, wenn er in Publikationen und Vorträgen unmissverständlich zum Ausdruck bringt, er würde die nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft gebotenen Impfungen in einer konkreten Behandlungssituation nicht verabreichen oder seinen Patienten von derartigen Impfungen abraten. Hier blieb das Verfahren mangelhaft, da er vom Land Steiermark nach seiner Beschwerde gegen das Berufsverbot nicht erneut befragt wurde und da weder ein Schaden eines Patienten noch eine fehlerhafte Aufklärung gezeigt werden konnte.

Ein von Impfungen generell abratender Arzt ist der wichtigste Grund für das Nichtdurchführen von Impfungen. Dies wurde wiederholt in Studien gezeigt. In den Medien wird aufgrund der Dramaturgie regelmäßig ein Impfkritiker einem Schulmediziner gegenübergestellt. Durch diese unproportionale Darstellung entsteht oft der Eindruck, dass Schutzimpfungen umstritten seien.

Schutzimpfungen entfalten ihre Wirkung über Individual- und Herdenimmunität. Gerade Letztere war entscheidend bei der Ausrottung von Pocken, der Elimination von Diphtherie und Kinderlähmung in Europa und dem massiven Rückgang von Masern, Mumps und Röteln. Aus diesen Gründen erleiden Personen Schäden durch ärztliche Impfgegner, ohne jemals unmittelbar von ihnen behandelt worden zu sein.

Ich habe im Jahre 2008 bei der Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde Bilder von Todesfällen, schweren Dauerschäden oder Intensivbehandlungen durch impfpräventable Erkrankungen aus der Steiermark vorgestellt: mehrere Kinder und Jugendliche mit Meningokokkeninfektionen der Gruppe C, darunter zwei Todesfälle, zwei Todesfälle und ein schwerst behindertes Kind durch Keuchhusten, mehrere Fälle von Mumpsorchitis, je ein Todesfall durch Tollwut und Tetanus bei Erwachsenen sowie je ein Kind mit Intensivbehandlung wegen eitriger Meningitis durch Hämophilus influenzae und Pneumokokken. Dazu kamen seit 1989 noch 18 Kinder mit der immer tödlichen subakut sklerosierenden Panenzephalitis nach Masern aus ganz Österreich. Eine Mutter hat mir berichtet, dass Impfgegner sie „beraten“ hätten und sie sich lebenslang schuldig fühle. Keiner der Betroffenen war bei besagtem Kollegen, aber ich habe von den Eltern mehrfach gehört, dass die öffentliche Diskussion um Impfungen sie von der Impfung abgehalten habe.

Leider kann nicht gesagt werden, wie das Urteil bei einer gewissenhafteren Vorbereitung des Verfahrens durch das Land Steiermark ausgeschaut hätte. Aber es ist befremdlich, dass im Falle der generellen, öffentlichen Ablehnung jeglicher Impfvorsorge durch einen Arzt die Meinungsfreiheit Vorrang vor dem Schutz der Bevölkerung genießt.

http://www.springermedizin.at/artikel/36633-standpunkte-hoechstgericht-kippt-berufsverbot-fuer-impfkritiker

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Österreich: Keuchhusten erlebt "Renaissance" 17. Jänner 2014, 13:39 53 Postings Die Anzahl der an Keuchhusten erkrankten Menschen ist in den vergangenen Jahren gestiegen - Experten sehen mehrere Ursachen Ein neuer Impfplan für Mädchen und Buben gegen HPV und eine große Kampagne für die Masernimpfung ruft derzeit in Österreich Impf-Gegner und -Befürworter auf den Plan. Rund um diese Diskussion meldet sich nun auch die Leiterin des Instituts für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der MedUni Wien, Ursula-Wiedermann-Schmidt, zu Wort, die vor einer Renaissance des Keuchhustens (Pertussis) warnt. "Auffällig ist, dass in den vergangenen Jahren - etwa ab 2008/2009 - ein Anstieg der Fälle an Keuchhusten zu bemerken ist. Das ist auch bei den Spitalsaufnahmen zu sehen", so die Medizinerin. Im Rahmen einer Labor-Immunologiestudie seien - abgesehen von den Erkrankungsfällen bei Säuglingen - zwei Altersgipfel mit der größten Häufigkeit festgestellt worden: bei den Sieben- bis 15-Jährigen sowie bei den 60- bis 80-Jährigen. "Hospitalisierungen durch Keuchhusten betreffen besonders die Säuglinge und die hoch Betagten. In diesen beiden Gruppen kommt es auch zu den Todesfällen," betont Ursula Wiedermann-Schmidt. Pertussis ist eine ausgesprochen unangenehme bakterielle Infektion. Die schweren und wochenlangen Symptome können bei Säuglingen bis zur Notwendigkeit der künstlichen Beatmung führen. Auch Senioren leiden mitunter schwer. Bei Kleinkindern heißt es oft für die gesamte Familie und viele Tage hinweg "Nachtwache" - vor allem wegen der quälenden, wochenlang bestehenden Hustenanfälle. Eine Antibiotikatherapie hilft meist nur schlecht gegen die Symptome. Mehrere Gründe vermutet Die Gründe für den Anstieg der Erkrankungsfälle sind offenbar mehrfaktoriell: "Wir sehen in Österreich zum Beispiel in den Bundesländern sehr unterschiedliche Durchimpfungsraten. Wir würden mehr als 90 Prozent benötigen, damit wir auf einen Herdenschutz auch für die Nicht-Geimpften kommen", gibt Wiedermann-Schmidt zu bedenken. Eine bessere Durchimpfung sollte aber auch nicht nur Kleinkinder, sondern vor allem auch die Schulkinder und die älteren Kohorten betreffen. Ein weiterer Grund für den registrierten Anstieg der Pertussis-Fälle könnte auch in einer besseren, mitunter aber auch noch immer von Labor zu Labor unterschiedlichen Diagnostik liegen. Die Zunahme der Erkankungen kann aber auch als internationales Phänomen interpretiert werden. Deshalb vermuten die Experten zusätzlich noch eine andere Ursache: "Bei dem derzeit verwendeten azellulären Pertussis-Impfstoff sieht man ein Nachlassen der Antikörper-Konzentration im Blut nach fünf bis sechs Jahren. In Österreich hat eine Studie gezeigt, dass 72 Prozent der untersuchten Kinder im Alter zwischen vier bis acht Jahren (nach Grundimmunisierung im Säuglingsalter; Anm.) keinen entsprechenden Impfschutz mehr aufweisen. Daher wurde im Österreichischen Impfplan die erste empfohlene Auffrischungs-Impfung vom neunten auf das sechste Lebensjahr vorgezogen", so Wiedermann-Schmidt. (APA/red, derStandard.at, 17.1.2014) Pertussis: Die Inkubationszeit der hoch ansteckenden, durch Tröpfcheninfektion übertragbaren Keuchhustenerkrankung - sie wird durch Bortedella pertussis-Bakterien ausgelöst - beträgt drei bis zwölf Tage. Die Pertussis verläuft in drei Stadien. Die Hustenanfälle können monatelang auftreten. Mögliche Komplikationen sind Atemnot, weitere Lungeninfektionen (Pneumonien) und akutes Atemversagen (ARDS). Etwa ein Prozent der betroffenen Säuglinge sterben. Der Österreichische Impfplan: Ab dem 19. Lebensjahr soll bis zum 60. Lebensjahr eine Auffrischungsimpfung mit Pertussis als Kombinationsimpfstoff mit Diphtherie (dip), Tetanus (TET), und Polio (IPV) alle zehn Jahre und ab dem 60. Lebensjahr alle fünf Jahre erfolgen. Schwangere ohne Immunität sollten in der 27. bis 36. Schwangerschaftswoche geimpft werden, um dann auch das Neugeborene zu schützen. - derstandard.at/1389857404641/Oesterreich-Keuchhusten-erlebt-Renaissance

http://derstandard.at/1389857404641/Oesterreich-Keuchhusten-erlebt-Renaissance

-----------------------------------------------------------

**Lübecker Totentanz**

* [Artikel](http://www.wienerzeitung.at/themen_channel/wissen/geschichte/432666_Luebecker-Totentanz.html#em_cnt_artikel)
* **Lesenswert (0)**
* **Drucken**
* **Leserbrief**

Von Ulrich Zander

* Vor 80 Jahren
* Am 6. Februar 1932 ging der "Calmette- Prozess" zu Ende.
* Bei größter Impfkatastrophe starben 77 Säuglinge.
* Facebook "Like"-Dummy
* "Tweet this"-Dummy
* "Google+1"-Dummy

http://www.wienerzeitung.at/_em_daten/wzo/_layout/email_icon.jpg



Entwickelte den BCG-Impfstoff: Albert Calmette (1863-1933).© Foto: Archiv

Im Dezember des Jahres 1929 wurden drei Neugeborene in der Lübecker Kinderklinik gegen Tuberkulose geimpft. Professor Georg Deycke, der Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, hatte die Emulsion nach einem von den Franzosen Albert Calmette und Camille Guérin entwickelten Verfahren hergestellt.

Im Frühjahr 1930 erkrankte ein Säugling an Tuberkulose und starb. Daraufhin äußerte ein Arzt der Kinderklinik den Verdacht, der Todesfall "könne etwas mit der Impfung zu tun haben".

Deycke wiegelte ab - es handele sich vielmehr um eine äußerst seltene, bereits im Mutterleib erworbene Form der Tuberkulose. So wurde in Lübeck weiter Impfstoff "verfüttert", wie es in der Fachsprache der damaligen Zeit hieß.

Fatale Unterlassung  
Am 26. April starb ein zweiter Säugling an der Schwindsucht. Die obduzierenden Ärzte erkannten nun recht wohl einen Zusammenhang mit der BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*)-Schutzimpfung.

Die französischen Wissenschafter hatten 1906 den ersten messbaren Erfolg bei der Tuberkulose-Immunisierung erzielt. Ihr Verfahren wurde erstmals 1921 in Frankreich erfolgreich an Menschen angewandt, danach mehr als 150.000 Mal in verschiedenen europäischen Ländern, den Vereinigten Staaten und in Japan. Das 1890 vom Entdecker des Tuberkulosebazillus, Robert Koch (Nobelpreis 1905), entwickelte "Tuberkulin" hatte sich dagegen als unwirksam erwiesen.

Deycke setzte sich mit Obermedizinalrat Ernst Altstaedt, dem ärztlichen Leiter des Lübecker Gesundheitsamtes, in Verbindung. Auch Altstaedt war von der Unschädlichkeit des Impfstoffes überzeugt und ließ sich von Kollegen Deycke beruhigen: Es sei der seltene Fall eingetreten, wonach abgeschwächte Tuberkelbazillen unerwartet wieder aktiv geworden wären. Höhere Gewalt also. Im Übrigen, so Deycke, habe er die Verfütterung bereits einstellen lassen. Altstaedt unternahm nichts, um andere Impfstellen der Hansestadt zu warnen. Diese Unterlassung sollte fatale Folgen haben.

Am 14. Mai bekam die Berliner "Vossische Zeitung" Wind von der Sache: "Lübeck hat vor einigen Wochen als erstes deutsches Land das sogenannte Calmettesche Tuberkulose-Verfahren bei Kindern eingeführt. Dr. Calmette will damit die besten Erfahrungen erzielt haben. In Lübeck hat man jedoch die allerschlechtesten Erfahrungen gemacht. Von 246 Säuglingen, denen man die Rindertuberkelbazillenkuren im Essen eingab, sind acht gestorben und 23 schwer erkrankt. Sie zeigen die typischen Merkmale der schweren Tuberkulose-Erkrankung."

Nun griff eine massive Erregung um sich. Reichsinnenminister Wirth warnte alle Landesregierungen, das "Calmette-Verfahren" vor der völligen Aufklärung der Lübecker Tragödie anzuwenden. Während sich eine eilends eingesetzte Untersuchungskommission aus Berlin durch "das Dickicht von Vertuschen, Verschweigen und Geheimhalten" - so der Nebenkläger und Anwalt verzweifelter Eltern, Erich Frey - hindurch arbeitete, sah sich die Lübecker Staatsanwaltschaft von der empörten Öffentlichkeit dermaßen unter Druck gesetzt, dass sie Anklage "gegen Unbekannt" erhob.

Dabei standen zwei Fragen im Vordergrund: War es unter Professor Deyckes Verantwortung bei der BCG-Herstellung zu Verwechslungen oder Verunreinigungen mit anderen Bakterienkulturen gekommen? Oder war es möglich, dass die entgifteten Bazillen unter anderen als den Pariser Laborbedingungen wieder virulent werden konnten? In dem Fall wäre der Impfstoff bei weitem nicht so ungefährlich wie propagiert. Eine Annahme, die in nationalsozialistischen Zirkeln als "Mord an deutschen Kindern durch den Erbfeind Frankreich" lautstarke Anhänger fand. Eine dritte Möglichkeit basierte auf jener "höheren Gewalt", die Deycke für sich in Anspruch nahm. Diese These findet ihren Ausdruck in der noch heute üblichen Beschönigung vom "Lübecker Impfunglück".

Am 17. Mai 1930 waren bereits 50 Kinder erkrankt und zwölf gestorben; Mitte Juni stieg deren Zahl auf 39 - einen Monat darauf auf 57. Am Ende des "Lübecker Totentanzes" waren von 251 Geimpften 77 verstorben - davon 72 nachweislich an Tuberkulose. Die Kinder hatten im Durchschnitt 90 Tage gelebt.

Am 12. Oktober 1931 begann unter großem Interesse der Weltöffentlichkeit vor der II. Großen Strafkammer des Landgerichts Lübeck der Sensationsprozess gegen Deycke, Altstaedt, Professor Klotz, den Chefarzt der Kinderklinik, und Deyckes Laborschwester, Anna Schütze. Das Verfahren fand wegen des gewaltigen Andrangs in der Hauptturnhalle der Hansestadt statt.

Die Prozessführung erwies sich als schwierig, da Juristen über Sachverhalte entscheiden mussten, über die sich selbst die medizinischen Sachverständigen uneins waren. Der Präsident, Amtsgerichtsrat Wibel, sympathisierte mit den gesellschaftlich hochgestellten Angeklagten und monierte, dass "aus dem Prozess immer wieder ein Medizinerkongress zu werden drohe".

Die Anklage warf Dr. Altstaedt vor, er habe vor der Herstellung des Impfstoffes durch Deycke kein Expertengutachten eingeholt. Altstaedt verwies auf ein positives Gutachten der Hygienekommission des Völkerbundes. Auf den Vorwurf, er habe die Unbedenklichkeit des Impfstoffs "Made in Lübeck" nicht in Tierversuchen überprüft, antwortete Altstaedt, das sei Sache des "Herstellers", also Deyckes.

http://www.wienerzeitung.at/themen\_channel/wissen/geschichte/432666\_Luebecker-Totentanz.html

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 1 Definition

Das **Lübecker Impfunglüc**k beschreibt den folgenreichsten Unfall, der im Rahmen von Impfungsmaßnahmen im 20. Jahrhundert vorgekommen ist. Er ereignete sich im Jahr 1930 im Rahmen der Einführung der [BCG-Schutzimpfung](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=BCG-Schutzimpfung&action=edit&redlink=1) gegen [Tuberkulose](http://flexikon.doccheck.com/de/Tuberkulose).

## 2 Hintergrund

Nach dreizehnjähriger Arbeit gelang [Albert Calmette](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Albert_Calmette&action=edit&redlink=1) und [Camille Guérin](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Camille_Gu%C3%A9rin&action=edit&redlink=1) im Jahr 1921 die Entwicklung einer oralen [Tuberkuloseschutzimpfung](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Tuberkuloseschutzimpfung&action=edit&redlink=1). Bis zum Jahr 1928 wurden außerhalb Deutschlands bereits über 150.000 Kinder mit diesem Präparat geimpft. Nach diesen erfolgreichen Vorsorge[impfungen](http://flexikon.doccheck.com/de/Impfungen) entschlossen sich der Leiter des Lübecker Gesundheitsamtes [Ernst Altstaedt](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Ernst_Altstaedt&action=edit&redlink=1) und der Direktor des Allgemeinen [Krankenhauses](http://flexikon.doccheck.com/de/Krankenhaus) [Georg Deycke](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Georg_Deycke&action=edit&redlink=1) dazu, ihre [Neugeborenen](http://flexikon.doccheck.com/de/Neugeborenes) in Lübeck ebenfalls dieser Tuberkuloseprophylaxe zu unterziehen. Die im Jahre 1929 aus Paris erworbene BCG-Kultur wurde von der Krankenschwester Anna Schütze im Labor Deyckes zu [Impfstoff](http://flexikon.doccheck.com/de/Impfstoff) verarbeitet. Allerdings war Frau Schütze zum einen nicht ausreichend im Fach der [Bakteriologie](http://flexikon.doccheck.com/de/Bakteriologie) geschult, zum Anderen erwies sich das genutzte [Laboratorium](http://flexikon.doccheck.com/de/Laboratorium) als vollkommen ungeeignet zur Herstellung eines Impfstoffes. Eine klare und ausreichende räumliche Trennung zwischen den Impfkulturen und den gleichzeitig dort verarbeiteten infektiösen Tuberkulosekulturen war nicht möglich.

## 3 Die Impfung

Der offizielle Beginn des Impfvorgangs wurde auf den 24. Februar 1930 datiert. Aus Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit verzichteten Deycke und Altstaedt auf ein sicherheitshalber vorher durchzuführendes [Tierexperiment](http://flexikon.doccheck.com/de/Tierexperiment). Dieses hätte zeigen können, ob die [Impfkultur](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Impfkultu&action=edit&redlink=1) während dieser sieben Monate mit [virulenten](http://flexikon.doccheck.com/de/Virulent) Tuberkelbazillen kontaminiert wurde. Eine schriftliche Einwilligung der Eltern über die Impfung lag dennoch in den meisten Fällen vor. Bis Ende April 1930 wurden 256 Neugeborene (etwa 84 % aller Neugeborenen) in Lübeck [oral](http://flexikon.doccheck.com/de/Oral) gegen die [Tuberkulose](http://flexikon.doccheck.com/de/Tuberkulose) geimpft. Die nächste Fahrlässigkeit folgte, als Deycke und Altstaedt eine sicherheitshalber durchzuführende ärztliche [Kontrolluntersuchung](http://flexikon.doccheck.com/de/Untersuchung) ebenfalls unterließen. Einzig ein nach einem halben Jahr stattfindender [Tuberkulintest](http://flexikon.doccheck.com/de/Tuberkulintest) zum [Wirksamkeitsnachweis](http://flexikon.doccheck.com/de/Wirksamkeit,_therapeutische) der Impfung wurde geplant. Am 17. April 1930 kam es zum ersten [Todesfall,](http://flexikon.doccheck.com/de/Tod) nur kurze Zeit später starben drei weitere Kinder. Am 26. April stoppte Deycke aus diesem Grund die Impfreihe. Dennoch starben insgesamt 77 Kinder in Lübeck und Umgebung infolge des kontaminierten Impfstoffes an einer ausgedehnten Tuberkulose. Es erfolgten weit über 100 weitere, zum Teil schwere Erkrankungen. Die Einführung eines BCG-Impfstoffes wurde damit für viele Jahre gestoppt.

## 4 Folgen

Das in jeglicher Hinsicht sehr tragische Lübecker Impfunglück hatte in der [medizinrechtlichen](http://flexikon.doccheck.com/de/index.php?title=Medizinrecht&action=edit&redlink=1) Geschichte sehr weitreichende Folgen. Es gilt als Geburtstunde des Prozesses für die Kodierung des ärztlichen Berufsrechtes in Deutschland. Das Lübecker Impfunglück war somit in gewissermaßen der Beginn des modernen Medizinrecht, wie es bis heute Anwendung hat.

Tags: [Impfung](http://flexikon.doccheck.com/de/Kategorie:Impfung), [Tuberkulintest](http://flexikon.doccheck.com/de/Kategorie:Tuberkulintest), [Tuberkulose](http://flexikon.doccheck.com/de/Kategorie:Tuberkulose)

Fachgebiete: [Medizingeschichte](http://flexikon.doccheck.com/de/Kategorie:Medizingeschichte), [Medizinrecht](http://flexikon.doccheck.com/de/Kategorie:Medizinrecht)

http://flexikon.doccheck.com/de/L%C3%BCbecker%20Impfungl%C3%BCck

---------------------------------

Bis 2015 sollten die Masern europaweit eliminiert sein. Stattdessen ist in Österreich vergangenes Jahr die Zahl der Erkrankungen auf das höchste Niveau seit 2008 gestiegen. In Europa hat Österreich (309 Erkrankungen im Jahr 2015) die zweitgrößte Anzahl an Masernfällen pro Million Einwohner. Das zeigt eine neue Bilanz der Experten des Departements für Virologie der MedUni Wien.

"Mit einer Zahl von insgesamt 309 Masernfällen, die im nationalen Masern Surveillance System erfasst wurden, liegen wir EU-weit (einbezogen sind 30 EU/EWR-Länder Anm.) in Bezug auf die Erkrankungszahlen nach Deutschland und Frankreich auf dem unrühmlichen dritten Platz und in Bezug auf die Erkrankungshäufigkeit mit einer Inzidenz von 35,8 Masernfällen pro einer Million Einwohner sogar auf dem zweiten Platz hinter Kroatien", schreibt die Wiener Virologin Heidemarie Holzmann.

## Mindestens 71 Prozent waren nicht geimpft

Masernvirus-Infektionen traten vergangenes Jahr in allen Bundesländern auf. Am stärksten betroffen waren jedoch Niederösterreich, Wien, Oberösterreich und die Steiermark. Von den 309 Masern-Erkrankten in Österreich im vergangenen Jahr waren 71 Prozent nicht geimpft, von 20 Prozent war der Impfstatus unbekannt.

Im Gegensatz zu den Vorjahren, in denen die meisten Erkrankungsfälle in der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftraten, waren 2015 praktisch alle Altersgruppen stark betroffen. "Besonders bedauerlich und gefährlich sind neun Infektionen bei Säuglingen unter einem Jahr, die nur durch eine Herdenimmunität hätten vermieden werden können. (...) Somit erkrankten insgesamt 44 Säuglinge und Kleinkinder vor dem fünften Lebensjahr", stellte Holzmann fest.

## Gefährliche Spätfolge: Tödliche Gehirnentzündung

In dieser Altersgruppe kann es als Spätkomplikation auch zu einer gefürchteten, langsam fortschreitenden Gehirnentzündung (subakut sklerosierende Panenzephalitis) kommen, die unbehandelbar ist und in jedem Fall tödlich verläuft. Von Masernerkrankungen Betroffene haben nach der Infektion ein langfristig geschädigtes Immunsystem, das sie anfälliger für andere Erkrankungen macht. 7,5 Prozent der Fälle traten vergangenes Jahr in Österreich bei Spitalspersonal auf, das immer einen optimalen Impfschutz aufweisen sollte. Betroffen waren auch Abteilungen für Neonatologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde.

## Nicht von Flüchtlingen eingeschleppt

"Eine Analyse der Masernfälle nach Herkunftsland durch die Abteilung für Surveillance und Infektionsepidemiologie ergab, dass kein Fall aus einem Flüchtlings-assoziierten Herkunftsland stammte und diese Gruppe daher diesbezüglich kein zusätzliches Gesundheitsrisiko für die österreichische Bevölkerung darstellte", stellte die Wiener Virologin fest.

Laut den Daten des Europäischen Zentrums für Krankheitskontrolle (ECDC/Stockholm) war die Gesamtzahl der Maserninfektionen mit 3969 im Jahr 2015 etwas höher als im Jahr zuvor (3616 Fälle). Die weitaus höchsten Erkrankungszahlen wurden aus Deutschland (2466 Fälle; 62,1 Prozent) gemeldet. Österreich befand sich nach Frankreich (364 Fälle; 9,2 Prozent) mit 309 erfassten Fällen (7,8 >Prozent) an der dritter Stelle, gefolgt vor Italien (247 Fälle; 6,2 Prozent) und Kroatien (219 Fälle; 5,5 Prozent). Somit traten 90,8 Prozent aller Masernerkrankungen in Europa in diesen fünf Staaten auf.

## "Keine ausreichende Herdenimmunität"

"Damit besteht auch bei uns noch immer keine ausreichende Herdenimmunität, um die Verbreitung dieser höchst ansteckenden Infektion zu verhindern. Nur mit weiteren großen Anstrengungen zur Anhebung der Durchimpfungsrate auf mehr als 95 Prozent kann das Eliminationsziel bis zum Jahr 2020 erreicht werden", schrieb Heidemarie Holzmann.

Bis 2015 sollten die Masern europaweit eliminiert sein. Stattdessen ist in Österreich vergangenes Jahr die Zahl der Erkrankungen auf das höchste Niveau seit 2008 gestiegen. In Europa hat Österreich (309 Erkrankungen im Jahr 2015) die zweitgrößte Anzahl an Masernfällen pro Million Einwohner. Das zeigt eine neue Bilanz der Experten des Departements für Virologie der MedUni Wien.

"Mit einer Zahl von insgesamt 309 Masernfällen, die im nationalen Masern Surveillance System erfasst wurden, liegen wir EU-weit (einbezogen sind 30 EU/EWR-Länder Anm.) in Bezug auf die Erkrankungszahlen nach Deutschland und Frankreich auf dem unrühmlichen dritten Platz und in Bezug auf die Erkrankungshäufigkeit mit einer Inzidenz von 35,8 Masernfällen pro einer Million Einwohner sogar auf dem zweiten Platz hinter Kroatien", schreibt die Wiener Virologin Heidemarie Holzmann.

## Mindestens 71 Prozent waren nicht geimpft

Masernvirus-Infektionen traten vergangenes Jahr in allen Bundesländern auf. Am stärksten betroffen waren jedoch Niederösterreich, Wien, Oberösterreich und die Steiermark. Von den 309 Masern-Erkrankten in Österreich im vergangenen Jahr waren 71 Prozent nicht geimpft, von 20 Prozent war der Impfstatus unbekannt.

Im Gegensatz zu den Vorjahren, in denen die meisten Erkrankungsfälle in der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftraten, waren 2015 praktisch alle Altersgruppen stark betroffen. "Besonders bedauerlich und gefährlich sind neun Infektionen bei Säuglingen unter einem Jahr, die nur durch eine Herdenimmunität hätten vermieden werden können. (...) Somit erkrankten insgesamt 44 Säuglinge und Kleinkinder vor dem fünften Lebensjahr", stellte Holzmann fest.

## Gefährliche Spätfolge: Tödliche Gehirnentzündung

In dieser Altersgruppe kann es als Spätkomplikation auch zu einer gefürchteten, langsam fortschreitenden Gehirnentzündung (subakut sklerosierende Panenzephalitis) kommen, die unbehandelbar ist und in jedem Fall tödlich verläuft. Von Masernerkrankungen Betroffene haben nach der Infektion ein langfristig geschädigtes Immunsystem, das sie anfälliger für andere Erkrankungen macht. 7,5 Prozent der Fälle traten vergangenes Jahr in Österreich bei Spitalspersonal auf, das immer einen optimalen Impfschutz aufweisen sollte. Betroffen waren auch Abteilungen für Neonatologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde.

## Nicht von Flüchtlingen eingeschleppt

"Eine Analyse der Masernfälle nach Herkunftsland durch die Abteilung für Surveillance und Infektionsepidemiologie ergab, dass kein Fall aus einem Flüchtlings-assoziierten Herkunftsland stammte und diese Gruppe daher diesbezüglich kein zusätzliches Gesundheitsrisiko für die österreichische Bevölkerung darstellte", stellte die Wiener Virologin fest.

Laut den Daten des Europäischen Zentrums für Krankheitskontrolle (ECDC/Stockholm) war die Gesamtzahl der Maserninfektionen mit 3969 im Jahr 2015 etwas höher als im Jahr zuvor (3616 Fälle). Die weitaus höchsten Erkrankungszahlen wurden aus Deutschland (2466 Fälle; 62,1 Prozent) gemeldet. Österreich befand sich nach Frankreich (364 Fälle; 9,2 Prozent) mit 309 erfassten Fällen (7,8 >Prozent) an der dritter Stelle, gefolgt vor Italien (247 Fälle; 6,2 Prozent) und Kroatien (219 Fälle; 5,5 Prozent). Somit traten 90,8 Prozent aller Masernerkrankungen in Europa in diesen fünf Staaten auf.

## "Keine ausreichende Herdenimmunität"

"Damit besteht auch bei uns noch immer keine ausreichende Herdenimmunität, um die Verbreitung dieser höchst ansteckenden Infektion zu verhindern. Nur mit weiteren großen Anstrengungen zur Anhebung der Durchimpfungsrate auf mehr als 95 Prozent kann das Eliminationsziel bis zum Jahr 2020 erreicht werden", schrieb Heidemarie Holzmann.

http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/4996225/Oesterreich-hat-zweithoechste-MasernRate-in-Europa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Neue Impfung gegen Meningitis

###### 23. April 2014, 11:23

[**9** Postings](http://derstandard.at/1397521376319/Neue-Imfpung-gegen-Meningitis#forumstart)

## Bislang gab es nur gegen vier der fünf wichtigsten Erregerstämme Impfschutz - ab sofort auch für den fünften, in Österreich verbreitetsten

Am 24. April ist Welt-Meningitis-Tag. Bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung) und Sepsis (Blutvergiftung) werden in der westlichen Welt meistens durch Meningokokken verursacht. Weltweit erkrankt daran fast jede Minute ein Mensch. In Österreich werden jährlich etwa bis zu 100 Fälle registriert, jeder zehnte endet tödlich.

Selbst bei adäquater ärztlicher Therapie im Krankenhaus kommt es bei bis zu 19 Prozent der Erkrankten zu Langzeitfolgen wie neurologischen Schäden, Hörverlust, Lähmungen oder Amputationen. Der Grund für diese dramatische Bilanz liegt darin, dass Erkrankungen sehr schwer diagnostizierbar sind.

**Neue Impfung**

Bislang gab es einen Impfschutz gegen vier (A, C, W-135, Y) der fünf wichtigsten Erregerstämme – nicht aber gegen die in Österreich verbreitetste Serogruppe, die Serogruppe B. Diese ist für zwei Drittel der Erkrankungen verantwortlich, bei Säuglingen sogar für 78 Prozent (8).

Nach mehr als 25 Jahren Forschung gelang es einem internationalen Forscherteam, einen Impfstoff gegen Meningokokken-B-Bakterien (MenB) herzustellen. Verträglichkeit und Immunogenität des Impfstoffs wurden durch ein umfassendes klinisches Studienprogramm mit mehreren tausend Probanden bestätigt. Im Jänner 2013 wurde der Impfstoff durch die EU-Kommission zugelassen, ab sofort ist der Impfstoff auch in Österreich verfügbar.

**"Möglichst breiter Schutz wichtig"**

"Durch die unspezifischen Symptome und den rapiden Verlauf ist es für eine Therapie nach Krankheitsausbruch leider immer wieder schon zu spät, wenn die Kinder zum Arzt gebracht werden. Umso wichtiger ist deshalb ein möglichst breiter Impfschutz  - die nun verfügbare MenB-Impfung ist ein Meilenstein im Kampf gegen Meningokokkenerkrankungen", sagt Arnold Pollak, Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH Wien.

Der Impfstoff kann bereits ab der vollendeten achten Lebenswoche verabreicht werden und bietet somit einen Impfschutz bereits für Säuglinge, der Altersgruppe mit dem höchsten Erkrankungsrisiko. Ebenfalls können gesundheitlich gefährdete Personen, Mitarbeiter im Gesundheitsdienst (insbesondere Pädiatrie) und Reisende in Gegenden, wo Meningokokken B-Erkrankungen besonders häufig auftreten, geimpft werden. (red, derStandard.at, 23.4.2014)

http://derstandard.at/1397521376319/Neue-Imfpung-gegen-Meningitis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informationen zum Weltgesundheitstag 2016**

**Diabetes**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt im Jahr 2016 das Thema Diabetes in den Mittelpunkt des Weltgesundheitstages (WGT). Damit trägt sie der zunehmenden Prävalenz dieser chronischen Erkrankung Rechnung: Allein im Jahr 2008 waren weltweit 347 Millionen Menschen von Diabetes betroffen.  
Im Jahr 2012 verursachte die Erkrankung global 1,5 Millionen Todesfälle - 80 Prozent davon entfielen auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

**Diabetes - auch in Deutschland auf dem Vormarsch**

Auch in Deutschland erkranken immer mehr Menschen an Diabetes. Ein Vergleich der Ergebnisse aus der DEGS1-Studie (2008-2011) mit dem Bundesgesundheitssurvey (1998) belegt einen Anstieg der Prävalenz des bekannten Diabetes von 5,2 auf 7,2 Prozent. Innerhalb eines Jahrzehnts ist damit die Zahl der Erwachsenen mit einem bekannten Diabetes um 38 Prozent angestiegen. Im gleichen Zeitraum ist Anzahl der Menschen mit einem bisher unerkannten Diabetes jedoch rückläufig, so dass die Gesamtprävalenz des Diabetes (bekannter und unerkannter Diabetes) nahezu unverändert ist. Betroffen von der Erkrankung sind insbesondere Personen ab dem 50. Lebensjahr sowie Personen mit einem niedrigen Sozialstatus.

**Diabetes - oftmals vermeidbar**

Die WHO geht davon aus, dass Diabetes bis zum Jahr 2030 zu den sieben weltweit führenden Todesursachen zählt. Wirksame Präventionsmaßnahmen sind vor diesem Hintergrund enorm wichtig - denn: ein hoher Anteil an Diabetesfällen wäre vermeidbar. Bereits täglich 30 Minuten moderat körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährung können dazu beitragen, das Risiko für die Entwicklung eines Typ 2-Diabetes drastisch zu reduzieren, so die WHO.

**Auftaktveranstaltung zum Weltgesundheitstag**

Am 7. April 2016 fand anlässlich des Weltgesundheitstages eine Fachveranstaltung im Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf statt. Die Fachveranstaltung stellte den Status quo in der Diabetes-Forschung,   
-Versorgung und -Prävention dar, benennt zukünftige Herausforderungen und berücksichtigt dabei auch die internationale Perspektive.

Folgende Expertinnen und Experten wirkten mit:

**"Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?", Prof. Dr. Dr. Andrea Icks**, Universität Düsseldorf, und Mitglied der OECD Expert Group Economics of Prevention.

**Herausforderungen in der Diabetes-Prävention und -Forschung** benannten **Dr. Heidrun M. Thaiss**, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, **Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ulrich Häring**, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin IV, Universitätsklinikum Tübingen und **Prof. Dr. Michael Roden**, Direktor des Deutschen Diabetes-Zentrums und Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Zudem thematisierten **Prof. Dr. Baptist Gallwitz**, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V., **Dr. Bernd Hagen**, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, **PD Dr. Christian Berg**, Stellvertretender Vorsitzender diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe und **Dr. Thomas Ziese**, Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut den Handlungsbedarf in der Diabetes-Prävention und -Bekämpfung.

Die Veranstaltung wurde von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und mit Unterstützung des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) durchgeführt.

Die Vorträge und Ergebnisse der Fachveranstaltung wurden in einer Dokumentation festgehalten. Weitere Informationen zur Dokumentation finden Sie [hier](http://www.weltgesundheitstag.de/cms/index.asp?inst=wgt-who&snr=11189).

http://www.weltgesundheitstag.de/cms/index.asp?inst=wgt-who&snr=11138&t=2016%A7%A7Diabetes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_