

Monika Reisel

Poliomyelitis

Als Eltern den Sommer fürchteten

Eine historische Betrachtung der Epidemien in
der Schweiz aus heilpädagogischer Sicht

Gesellschaft, Partizipation und Behinderung
herausgegeben von Ingeborg Hedderich, Universität Zürich

Sonderpädagogische Forschung in der Schweiz
Band 2

 **EDITION**
SZH/CSPS

© 2020
Edition SZH/CSPS

Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (SZH) Bern
Fondation Centre suisse de pédagogie spécialisée (CSPS) Berne
Fondazione Centro svizzero di pedagogia specializzata (CSPS) Berna
Fundaziun Center svizzer da pedagogia speciala (CSPS) Berna

Coverbild: Maria Hensler-Auf der Maur mit Schwester Paula, im Balgrist 1946
(Privatfoto Maria Hensler-Auf der Maur)

Sonderpädagogische Forschung in der Schweiz, Band 2

Gesellschaft, Partizipation und Behinderung
herausgegeben von Ingeborg Hedderich, Universität Zürich

Die vorliegende Arbeit wurde von der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich im Frühjahrssemester 2017 auf Antrag der Promotionskommission Prof. Dr. Ingeborg Hedderich (hauptverantwortliche Betreuungsperson) und Prof. Dr. Gerd Hansen als Dissertation angenommen.

Alle Rechte vorbehalten
Die Verantwortung für den Inhalt der Texte liegt
bei der jeweiligen Autorin / beim jeweiligen Autor.

2., unveränderte Auflage
ISBN: 978-3-905890-30-3
Permalink: www.szh-csps.ch/b2020-03

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell –
Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.



Poliomyelitis
Als Eltern den Sommer fürchteten

Eine historische Betrachtung der Epidemien in
der Schweiz aus heilpädagogischer Sicht

Monika Reisel

Gesellschaft, Partizipation und Behinderung

herausgegeben von Ingeborg Hedderich, Universität Zürich

Für meinen Grosspapi Gottfried Lanz in Liebe

Poliomyelitis

Als Eltern den Sommer fürchteten

**Eine historische Betrachtung der Epidemien in
der Schweiz aus heilpädagogischer Sicht**

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	5
Danksagung	9
1 Einleitung.....	11
1.1 Fragestellung	17
1.2 Gründe für historische Forschung	19
1.3 Forschungsstand.....	20
1.4 Aufbau	24
2 Vorgehen und Quellen.....	27
2.1 Vorgehen	30
2.2 Zeitliche Eingrenzung.....	34
2.3 Bemerkungen zu Begrifflichkeiten	35
2.4 Quellen und Archive	38
KONTEXT	
3 Geschichte der Körperbeeinträchtigung: Fürsorge und Bildung	49
3.1 Altertum und Mittelalter: Erste Ansätze der Fürsorge.....	50
3.2 Neuzeit: Ausbau der Fürsorge und beginnende Bildung	55
3.2.1 19. Jahrhundert: Institutionalisierung	56
3.2.2 Orthopädische Institute.....	57
3.2.3 Erste Bildungseinrichtungen	59
3.2.4 Die Schulpflicht für Kinder mit einer (körperlichen) Beeinträchtigung	72
3.2.5 Regel- oder Sonderschule?	75
3.2.6 Fürsorgeorganisationen und -einrichtungen	77
3.2.7 Die Eingliederung von Menschen mit einer Beeinträchtigung	81
3.2.8 Sozialversicherungen	84

4 Poliovirus und Krankheitsbild	92
4.1 Virusgeschichte.....	92
4.1.1 Die Entdeckung der Viren	93
4.1.2 Die Geschichte des Poliovirus	95
4.2 Das Krankheitsbild	105
4.2.1 Übertragungsweg und Inkubationszeit	105
4.2.2 Symptome	107
4.2.3 Langzeitfolgen	108
4.2.4 Diagnostik, Therapie und Prävention	109

QUELLENANALYSE

5 Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?.....	113
5.1 Antike bis 1900	113
5.2 Die Epidemien erfassen die Welt.....	116
5.3 Poliomyelitis in der Schweiz	118
5.4 Die weltweite Ausrottung der Poliomyelitis	126
6 Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz.....	131
6.1 Gesundheitswesen: Behörden und Gesetze	131
6.1.1 Die Massnahmen der Gesundheitsbehörden	132
6.1.2 Impfung und öffentliche Impfkationen	148
6.1.3 Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis	155
6.2 Gesundheitswesen: Die Behandlung und die Kliniken	157
6.2.1 Behandlung der Poliomyelitis im Wandel	158
6.2.2 Behandlungsschema am Kinderspital Zürich 1958.....	166
6.2.3 Akutspitäler und Nachbehandlung: Kapazitätsgrenzen	171
6.2.4 Orthopädische Kliniken: Polio als bedeutendste Krankheitsgruppe	176
6.3 Das Erziehungswesen: Akute Erkrankung und Langzeitfolgen	180
6.3.1 Verordnungen betreffend akute Erkrankungsfälle	181
6.3.2 Umgang mit akuten Fällen am Beispiel der Epidemie 1936 / 1937 in Zürich	184
6.3.3 Beschulung von Kindern mit Langzeitfolgen	191

6.4 Fürsorgewesen: Unterstützung und Wohnen	196
6.4.1 Fürsorgeorganisationen.....	196
6.4.2 Fürsorgeinstitutionen: Wohnmöglichkeiten für Erwachsene	200
6.5 Versicherungswesen: Die Versicherung gegen die Kinderlähmung ...	204
6.6 Bevölkerung: Als Eltern den Sommer fürchteten.....	208
6.6.1 Be(un)ruhigung der Bevölkerung	209
6.6.2 Vorfälle am Beispiel der Epidemie 1936	220
6.6.3 Einschränkende Massnahmen	223
6.6.4 Wirtschaftliche Folgen	226
6.7 Persönliche Berichte: Das Leben mit Poliomyelitis	227
6.7.1 Die Erkrankung.....	227
6.7.2 Zwischen Klinik und zu Hause – Klinik als Zuhause	235
6.7.3 Schule und Beruf.....	237
6.7.4 Die Angehörigen.....	243
6.7.5 Finanzielle Aspekte	245
6.7.6 Die Hoffnung auf Heilung.....	246
6.7.7 Umgang mit bleibenden Lähmungsfolgen	247
7 Diskussion und Schlussbetrachtung	251
7.1 Epidemiologie der Poliomyelitis	251
7.2 Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz	253
7.3 Thesen.....	259
7.4 Reflexion.....	270
7.5 Ausblick	272
7.6 Schlusswort	275
Anhang	277
Abkürzungsverzeichnis.....	277
Tabellenverzeichnis.....	278
Abbildungsverzeichnis.....	278
Quellenverzeichnis	279
Archive	279
Zeitschriften.....	280
Filme	281
Literatur.....	281

Geleitwort

Geschichtliche Determinanten zu Beginn der systematischen Körperbehindertenhilfe verweisen in der Regel auf die enge Verflechtung zwischen Orthopädie und Pädagogik. Denn Mitte des achtzehnten Jahrhunderts waren es zunächst Orthopäden, die eine Korrektur körperlicher Gebrechen versuchten. In einer zentralen Übersichtsdarstellung zur Geschichte der Körperbehindertenpädagogik von Manfred Schmeichel wird der Schweizer Orthopäde Jean-André Venel (1740 bis 1791) hervorgehoben, der 1780 in Orbe (Kanton Waadt) die erste orthopädische Anstalt gründete. Neben medizinischer Behandlung und Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln erhielten die Kinder auch Unterricht. Die pädagogischen Bedürfnislagen von Kindern mit Beeinträchtigungen wurden in dieser Frühphase zwar erkannt, das orthopädische Verständnis der Korrektur körperlicher Fehlbildungen blieb jedoch dominant. Folglich ist es Herausforderung der Historiografie zur Körperbehindertenpädagogik, die Anfänge pädagogischer Bemühungen zu verorten und durch Quellen zu dokumentieren. Für historische Analysen ist von Relevanz, in welcher Weise sich Teilhabe und Ausschluss für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen in den speziellen Zeitepochen gestalteten. Forschungsdesiderate zeigen sich insbesondere in der regionalgeschichtlichen Forschung oder der Fokussierung spezieller Zeitepochen.

Frau Monika Reisel stellt sich in ihrem Dissertationsprojekt der akademischen Aufgabe, die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz einer historischen Betrachtung aus heilpädagogischer Sicht zu unterziehen. Ein besonderes Erkenntnisinteresse gilt der Bedeutung der Poliomyelitis-Erkrankung in der Zeit vor der Einführung der Impfung und der Sozialversicherungen und den möglichen Veränderungen der rechtlichen, politischen, sozialen und schulischen Rahmenbedingungen als mögliche Konsequenzen der Epidemien.

In einem ersten Kapitel begründet Frau Reisel zunächst Erkenntnisinteresse, Fragestellung und Strukturierung der Arbeit. Das wissenschaftliche Interesse der Autorin gilt einerseits den institutionell-gesellschaftlichen Mechanismen zur Bekämpfung der Epidemien. Andererseits sollen aber auch die Reaktionen des Bildungssystems und die Betroffenheit der Bevölkerung in den Fokus der Betrachtung gerückt werden. Es folgt eine Skizzierung des methodischen Vorgehens und eine Begründung der Quellenauswahl. Als Kennzeichen der sonder- und heilpädagogischen Historiografie lässt sich hervorheben, dass bis Ende der Sechzigerjahre des 20. Jahrhunderts keine methodologischen Diskussionen geführt

wurden. Im letzten Jahrzehnt erfährt die Historiografie in der Heil- und Sonderpädagogik jedoch zunehmendes Interesse im Hinblick auf methodologische Diskussionen, wie an ersten aktuellen systematisierenden Studien gezeigt werden kann. Die Autorin begründet die Quellenauswahl und hebt die Komplexität der Thematik hervor. Die übergreifende Archivdatenbank ermöglichte zunächst die gleichzeitige Suche in Staatsarchiven zu den Stichworten Polio, Poliomyelitis, Kinderlähmung. Der zeitliche Rahmen der Arbeit beginnt 1914 mit der Einführung der Meldepflicht und endet 1965, da zu diesem Zeitpunkt zum ersten Mal keine neuen Fälle mehr auftraten und die letzte grosse Epidemie bereits zehn Jahre zurücklag. Der Gesamtdatenkorpus gliedert sich in Monografien und Zeitschriftenartikel zur Darstellung des weltweiten Verlaufes der Epidemien, in Daten des Bundesamtes für Gesundheit, medizinische Dissertationen, Zeitschriften- und Zeitungsartikel, um die historische Situation in der Schweiz darlegen zu können, daneben aber auch in Jahresberichte von Kliniken, Fachzeitschriften des Erziehungswesens, Jahresberichte von Dachorganisationen des Fürsorgewesens, gesellschaftsrelevante Printmedien einschliesslich Autobiografien als Zeitzeugendokumente. Vor der eigentlichen Quellenanalyse fundiert Frau Reisel die Kontexte ihrer historischen Studie. In zwei ausführlichen Kapiteln werden die Geschichte der Körperbeeinträchtigung und das Krankheitsbild des Poliovirus thematisiert.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die eigene historiografische Forschungsstudie präsentiert. Frau Reisel beginnt mit einer weltweiten Betrachtung der Entstehung und Ausrottung der Poliomyelitis und lässt eine differenzierte Quellenanalyse der Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz folgen. Im Detail finden Betrachtung: Gesundheitswesen, Erziehungswesen, Fürsorgewesen, Versicherungswesen, Bevölkerung und autobiografische Berichte. Die zentralen Ergebnisse werden zu übergreifenden Thesen zusammengefasst und diskutiert. Frau Reisel arbeitet heraus, dass die Poliomyelitis gemäss den Meldezahlen weitaus weniger Personen betraf, als andere Infektionskrankheiten. Dennoch wurde sie in der damaligen Presse- und Forschungsliteratur als gefürchtete Infektionskrankheit bezeichnet. Es ist naheliegend, dass die stärkere Betroffenheit von Kindern eine intensivere gesellschaftliche Wahrnehmung und emotionale Berührung zur Folge hatte. In einer zweiten These hebt die Autorin die vornehmlichen Beschränkungen der Massnahmen der Gesundheitsbehörden auf Kinder und Jugendliche aufgrund von wirtschaftlichen Überlegungen hervor. Bemerkenswert ist darüber hinaus auch die Erkenntnis, dass die Poliomyelitis-Epidemien aus-

serhalb der Akutkliniken und der Gesetzgebung kaum zu institutionellen Veränderungen führten. Ein Faktum, das sich insbesondere auf die Beschulung von Kindern mit körperlichen Beeinträchtigungen bezieht. Als Essenz der Quellenanalyse bleibt jedoch auch die kritische Erkenntnis, dass sie nur explorativen Charakter haben kann und eine umfassende Historiografie der Poliomyelitis in der Schweiz weiterhin ein Desiderat bleibt.

Frau Reisel legt mit Ihrer sehr umfangreichen und differenzierten Quellenanalyse einen bedeutsamen Beitrag zur heil- und sonderpädagogischen Historiografie vor, dem insbesondere in der Schweiz hohe Beachtung zu wünschen ist.

Zürich, im Sommer 2017

Ingeborg Hedderich

Danksagung

Der Weg von der Idee, welche immer konkreter wurde und schlussendlich in einer fertigen Dissertation mündete war lang und mit vielen Umwegen und Irritationen verbunden. Ich danke allen, welche mich in dieser Zeit unterstützt haben. Ohne die vielen Gespräche, welche mich in meinem Vorgehen bestätigten, blinde Flecken aufzeigten, weitere Perspektiven öffneten und mir halfen, Durststrecken zu überwinden, wäre dieses Buch wohl nie fertig geworden.

Besonders bedanke mich bei meiner Hauptreferentin Prof. Dr. Ingeborg Hedderich. Sie ermöglichte mir im Rahmen meiner Anstellung an der Universität Zürich diese Arbeit zu schreiben und unterstützte den Such- und Schreibprozess in vielen konstruktiven Gesprächen. Prof. Dr. Gerd Hansen danke ich für seine Bereitschaft, trotz bereits sehr fortgeschrittener Arbeit, als Nebenreferent mein Promotionsprojekt zu betreuen. Ich möchte mich auch bei meiner ursprünglichen Nebenreferentin Prof. Dr. Ursula Hoyningen-Süess für ihre verschiedenen wertvollen Anregungen und ermutigenden Gespräche bedanken. Leider konnte sie meine Dissertation nicht bis zum Schluss betreuen.

Durch meine Recherchen zum Thema Poliomyelitis habe ich eine Arbeitsstelle bei der Schweizerischen Vereinigung der Gelähmten bekommen. Dadurch bin ich mit vielen Menschen in Kontakt gekommen, welche in ihrer Kindheit oder Jugend an Poliomyelitis erkrankten. Maria Hensler-Auf der Maur, Madeleine Hofer und Erich Bühler danke ich für die persönlichen Fotos aus ihrer Kindheit. Ein Dank gehört auch all jenen, welche mir in informellen Gesprächen über ihre eigene Polio-Erkrankung und ihr Leben berichteten haben. Die vielen verschiedenen Lebenswege mit ihren Höhen und Tiefen, haben mich tief beeindruckt. Die Hoffnung, dass es diese Form der Beeinträchtigung bald nicht mehr geben wird, scheint momentan berechtigt. Umso wichtiger ist es, die Erinnerung an die Poliomyelitis für die Nachwelt festzuhalten.

Ein grosser Dank gehört auch meiner Familie und meinem Freundeskreis. Ihr habt alle in unterschiedlicher Art für das Gelingen dieses Projektes beigetragen.

Zürich, im Winter 2016

Monika Reisel

1 Einleitung

Vor keiner Krankheit fürchten sich die Eltern so sehr, wie vor der Kinderlähmung oder Poliomyelitis acuta anterior.

Guido Fanconi

(in Fanconi & Zellweger, 1949, S. 123)

Dieses Zitat eines bekannten Schweizer Polio-Arztes ist nur ein Beispiel für viele gleichlautende Beschreibungen der Poliomyelitis. Diese Krankheit wurde über viele Jahrzehnte gefürchtet und nimmt eine wichtige Stellung in der Medizingeschichte des 20. Jahrhunderts ein. Obwohl noch viele weitere Infektionskrankheiten endemisch und epidemisch auftraten, stach Poliomyelitis besonders hervor.

Krankheiten und Seuchen begleiten die Menschheit seit jeher und schon früh kam der Gedanke der Kontagiosität auf. Die damit verbundenen Ängste sind auch in der heutigen Gesellschaft noch vorhanden. Das Wiederaufkommen alter Seuchen, aber auch das Auftreten neuer Krankheiten wie Ebola und SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) trübten das Vertrauen in die Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich (Thießen, 2014). Weitere Krankheiten verschwinden dagegen, entweder durch die Hand des Menschen, wie die Pocken, die durch konsequente Impfung ausgerottet werden konnten (wobei die Impfgegner hier wahrscheinlich widersprechen würden), oder aus unersichtlichen Gründen, wie der geheimnisvolle englische Schweiss, der im 15. und 16. Jahrhundert beschrieben wurde, dessen Ätiologie aber bis heute umstritten bleibt (Winkle, 2014). Noch andere Krankheiten scheinen dagegen zunächst ein Schattendasein zu führen, um dann plötzlich an Häufigkeit zuzunehmen und in Epidemien auszuarten. Dies war mit aller Wahrscheinlichkeit bei Poliomyelitis (Polio, Kinderlähmung) der Fall. Während nach heutigem Wissen bis Ende des 19. Jahrhunderts global nur selten, regional sehr begrenzt und wenige Fälle auftraten, kam es um die Wende zum 20. Jahrhundert relativ plötzlich zu grossen Epidemien, die schnell die ganze Welt erfassten. Erst mit der Entdeckung und Einführung der zwei noch heute verfügbaren Impfmethode (inaktivierte und attenuierte Impfung) sowie durch die grossen Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) und ihrer Partnerorganisationen hat sich die Lage wieder beruhigt. Mittlerweile wurde das Ziel ins Auge gefasst, die Polioviren weltweit auszurotten. Würde dies gelingen, wäre Poliomyelitis

neben Pocken die zweite Erkrankung, die durch den Menschen zum Verschwinden gebracht worden wäre (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Pakistan und Afghanistan galten im ersten Halbjahr 2016 als die zwei letzten Länder, in denen Polio endemisch vorkommt. Im August 2016 meldete Nigeria drei Neuerkrankungen, nachdem das Land 2015 von der WHO für poliofrei erklärt worden war (Roberts, 2016a). Bei den meisten der in Afghanistan auftretenden Fälle handelte es sich um aus Pakistan importierte Infektionen. Daher wurden die Impfkationen vor allem in Pakistan intensiviert. Diese stossen jedoch auf verschiedene Hürden. Insbesondere die wiederholten Anschläge auf Impfteams durch die Taliban stellen ein grosses Problem dar. Aber auch die negative Propaganda über die Impfung führt dazu, dass sich viele Eltern weigern, ihre Kinder impfen zu lassen. Dazu kommt die angezweifelte Sicherheit der Impfung, da viele der zu einer bestimmten Zeit in Pakistan gemeldeten Infektionen bei geimpften Personen auftraten. Als Grund wurde eine Unterbrechung der Kühlkette beim Transport des Impfstoffes vermutet sowie die Verwendung von abgelaufenen Impfstoffen. Diese Faktoren führen zu einer sehr kritischen Einstellung der Bevölkerung gegenüber dem Impfstoff (Ahmad, Yousuf, S Bux & Abu-Zaid, 2016). Die Neuerkrankungen in Nigeria fanden in der Region Borno (nordöstlichster Bundesstaat) statt, die sich unter der Kontrolle der Boko Haram befindet, deren wiederholte Anschläge die Arbeit der Impfteams ebenfalls erschweren (Roberts, 2016b).

Falls das Ziel der WHO, die Poliomyelitis bis 2018 weltweit auszurotten, erreicht wird, so trägt diese Forschungsarbeit möglicherweise dazu bei, die Erinnerung an diese einst so gefürchtete Krankheit ein Stück weit zu bewahren. Die zur Zeit des Schreibens dieser Einleitung bestehende weltweite Lage lässt aber daran zweifeln, ob dies tatsächlich der Fall sein wird. Nachdem 2012 ein Tiefststand der Meldungen erreicht wurde, sind die Zahlen 2013 und 2014 wieder gestiegen. Insbesondere die Schwierigkeiten durch die Boykottierung der Impfkationen durch die Taliban in Pakistan sowie die Boko Haram in Nigeria erschweren die Bemühungen (vgl. z. B. Gulland, 2012; Arie, 2013). Auch Vorfälle wie im Jahr 2010 in der Republik Kongo, als ein Virusstamm (Typ 1) aufgetreten war, der eine aussergewöhnlich hohe Sterblichkeitsrate verursachte und auch bei geimpften Personen zu einer Erkrankung führen konnte (Drexler et al., 2014), könnten die Pläne zur Ausrottung durchkreuzen. Es bleibt abzuwarten, ob der Polio Eradication and Endgame Strategic Plan der WHO diese Hürden zu überwinden vermag (World Health Organization, 2013). Vermutlich kommt es zumindest zu einer Verzögerung (Kahn, Abbasi, Khan & Nadhman, 2016).

Europa gilt seit 2002 als poliofrei (World Health Organization, 2013). Die Schweiz musste sich vor allem in den ersten 60 Jahren des 20. Jahrhunderts mit dem Thema Poliomyelitis beschäftigen. In dieser Zeit stieg die Zahl der Erkrankungen zunächst sehr langsam, dann immer schneller und es kam insbesondere in den 1930er bis 1950er Jahren zu einigen grossen Epidemien¹. Erst als 1956/57 die erste verfügbare Impfung in der Schweiz eingeführt und angewendet werden konnte, nahm die Zahl der gemeldeten Fälle ab und sank mit der Einführung der Schluckimpfung 1961 noch weiter. Der vorläufig letzte, durch ein Wildvirus ausgelöste Fall trat in der Schweiz 1982 auf (Gosert & Hirsch, 2015), die letzte Impfpoliomyelitis 1989 (Schweizerische Kommission für Impffragen & Bundesamt für Gesundheit Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten, 1999).

Die Poliomyelitis-Epidemien trafen in der Schweiz auf eine innen- wie aussenpolitisch sehr bewegte Zeit. Die beiden Weltkriege hatten massive Auswirkungen auf die Bevölkerung wie auch die Wirtschaft, die stark vom Ausland abhängig war (Tanner, 2015). Die Einführung verschiedener Sozialversicherungen führte Schritt um Schritt zu einem Ausbau der Rechtsansprüche auf Unterstützungsleistungen (Portwich, 2011).

Die Schweiz hat aber auch noch viel aufzuholen. Kinder mit einer schweren Beeinträchtigung müssen gegenwärtig, wenn sie von genügenden Gesundheits- und Ausbildungsleistungen profitieren wollen, oft in Institutionen leben. Die finanzielle Abgeltung des Aufwandes für Kinder, die einer intensiven Pflege bedürfen, ist für Institutionen höher als für Eltern. Auch bezüglich der Inklusion in die Regelschule hat die Schweiz durchaus keinen Spitzenplatz inne. Dasselbe gilt für die freie Wahl der Wohnform. Menschen mit schweren Beeinträchtigungen können trotz der Einführung des Assistenzbeitrags häufig nicht selbst darüber entscheiden, wie und wo sie leben möchten, da der ihnen zugesprochene Betrag die hohen Kosten für eine intensive Pflege nicht zu decken vermag (Wehrli, 2016).

Durch die Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention (BRK) 2014 hat sich die Schweiz zu einer inklusiven Gesellschaft bekannt. Der längste Artikel der Konvention widmet sich der Bildung (Art. 24). Die unterzeichnenden Vertragsstaaten verpflichten sich, ein integratives (in der Schattenübersetzung: inklusives) Bildungssystem sicherzustellen (Schriber & Wolfisberg, 2015). Daneben ist

¹ Von einer Epidemie spricht man bei „eine[r] unübliche[n] Häufung einer Infektion in einer Population, die meist örtlich und zeitlich begrenzt ist. Unter einer Pandemie versteht man ein zeitlich begrenztes, weltweites, massiv gehäuftes Auftreten einer Infektionskrankheit.“ (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 72)

in der Schweiz das Diskriminierungsverbot von Menschen mit einer Beeinträchtigung in der Bundesverfassung verankert, und auch im Bundesgesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (BehiG) werden Rahmenbedingungen festgelegt, um Benachteiligungen von Menschen mit einer Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen zu verringern, zu verhindern und zu beseitigen. Diese Rechte sind im Gegensatz zu Inhalten der Behindertenrechtskonvention individuell einklagbar (Hess-Klein, 2016).

Momentan stellt vor allem ein erhöhter Pflegebedarf das grösste Hindernis für eine inklusive Beschulung dar. Falls zusätzlich Förderbedarf im kognitiven, sozioemotionalen oder sprachlichen Bereich besteht, wird eine Sonderbeschulung noch deutlicher bevorzugt. Neben fehlenden strukturellen, personellen und finanziellen Voraussetzungen tragen auf der Seite der Kinder und ihrer Eltern auch Belastungen im sozialen Bereich (Ausgrenzung, Hänseleien, fehlende Unterstützung durch Lehrperson, Ausschluss von Klassenausflügen etc.) dazu bei, dass eine separative Beschulung bevorzugt wird (Singer, 2015).

Trotz der gesetzlichen Vorgaben ist ein inklusives Schulsystem noch zu schaffen. Die BRK kann dabei „einem Entwicklungsschub der Realisierung von Gleichstellung aller Menschen mit Behinderung dienlich sein“ (Schriber & Wolfisberg, 2015, S. 28). Da in der Behindertenrechtskonvention auf eine Angemessenheit der Massnahmen verwiesen wird, besteht gerade für Menschen mit schweren oder mehrfachen Beeinträchtigungen die Gefahr, dass der Aufwand für deren Inklusion nicht als angemessen angesehen werden könnte (Schriber & Wolfisberg, 2015).

Obwohl Poliomyelitis objektiv gesehen nicht so viele Opfer forderte wie andere Erkrankungen, hat sie die Gesellschaft jedes Jahr von Neuem in Panik versetzt und die Medizin vor grosse Herausforderungen gestellt. Lange Zeit wurde um den Auslöser gerätselt, und selbst als nachgewiesen werden konnte, dass es sich um ein Virus handeln muss, blieb der Übertragungsweg noch über Jahrzehnte umstritten. Damals wie heute stand und steht die Medizin einem Krankheitsausbruch relativ machtlos gegenüber. Robert Debré² fasste 1953 diese Machtlosigkeit und die Ursache der Ängste gegenüber dieser Erkrankung folgendermassen zusammen:

² Robert Debré (1882–1978), Professor der Pädiatrie, Paris, Gründer des International Children's Centre (o.V., 1978).

Wenige Krankheiten beunruhigen so sehr die Öffentlichkeit und sind die Ursache so vieler Forschungen, wie die Kinderlähmung. Der Grund dafür ist leicht verständlich. Nichts ist tragischer als der Anblick eines Kindes, für das Bewegung, Gehen, Laufen, Spielen, körperliche Anstrengung sein Element ist, für das es so dringend ist, sich seiner Hände zu bedienen zu lernen und das nun plötzlich ans Bett gefesselt und für immer zum Krüppel geworden ist.

Die Katastrophe ist so ungeheuerlich, der Gegensatz zwischen den Bewegungsstörungen und der psychischen Unversehrtheit so eindrucksvoll, dass man sich den Eindruck auf die breiten Massen erklären kann.

Und dann, das Unglück bricht plötzlich herein, nichts lässt es voraussehen noch verhindern. Die medizinische Wissenschaft weiss nichts über die Epidemieherkunft, über das Auftreten der sporadischen Fälle und bisher konnte man nicht den geringsten Versuch machen, um das Übel aufzuhalten oder wenigstens die Gründe seines Auftretens und seiner Entwicklung zu errahnen. Das Geheimnisvolle vor allem fürchtet der Mensch und das Auftreten eines Poliomyelitisfalles ist durchaus geheimnisvoll. (Debré, 1953, S. 7)

Debré erklärte sich die Gründe der starken Beschäftigung der Gesellschaft und der Wissenschaft mit der Poliomyelitis besonders mit den Auswirkungen einer Erkrankung auf die betroffene Person sowie den vielen Wissenslücken und der Ohnmacht, was die Ursache und Behandlung der Poliomyelitis betraf. Poliomyelitis ist noch heute eine unberechenbare Erkrankung, die innert kürzester Zeit ein Kind bzw. eine erwachsene Person in ihrem Leben bedrohen kann oder möglicherweise für immer in ihrer körperlichen Integrität beeinträchtigt. Die Langzeitfolgen sowie die stärkere Betroffenheit der Kinder unterscheiden nach Altenbaugh (2015) Poliomyelitis von anderen Krankheiten. Die Krankheit ist, sofern man sie überlebt, nicht unbedingt überstanden, sondern kann das ganze Leben der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes dauerhaft verändern.

Jörg Vögele sieht noch andere Gründe für die aus objektiver Sicht eigentlich übertriebene Bewertung einer Krankheit. Er betont, dass neben den statistischen Fakten und den Folgen einer Erkrankung noch andere Faktoren von Bedeutung sind.

Erstens ist die gesellschaftliche Wahrnehmung einer Krankheit nie alleine von der Wahrnehmung statistischer Fakten, tatsächlicher Bedrohungen und Auswirkungen bestimmt. Mindestens ebenso bedeutsam für die Formen und Verläufe der gesellschaftlichen Auseinandersetzung sind emotionale Faktoren, die Darstellung von Krankheiten in den Medien, die Bezüge zu früheren Krankheiten und Debatten über potentielle Gefahren, die bis zur ‚moral panic‘ führen können. Zweitens ist diese emotionale Epidemiologie nicht ‚nur‘ eine Frage der Wahrnehmungen und Vorstellungen, sondern sie hat oft sehr konkrete soziale Folgen. (Vögele, 2014, S. 47)

Es ist also nicht nur die Krankheit selbst, welche die Wahrnehmung der Gesellschaft beeinflusst. Die emotionalen Faktoren, die Vögele beschreibt, entsprechen

den von Debré und Altenbaugh dargestellten Punkten, wie die Betroffenheit im Kindesalter, die Unsicherheiten bezüglich der Ursache, der Übertragung und Behandlung, die emotionale Reaktionen hervorrufen. Aber auch die Medien haben eine besondere Stellung inne, wenn es um die gesellschaftliche Wahrnehmung einer Krankheit geht. So trugen die Artikel auf der Titelseite in der New York Times vom 12. Juli 1916 über die Epidemien, obwohl sie der Aufklärung dienen sollten, nicht zu einer Beruhigung der amerikanischen Gesellschaft bei. Aufgrund der Befürchtung einer weiteren Ausbreitung wurde die Gesellschaft dazu aufgerufen, Poliomyelitis-Fälle in der Nachbarschaft zu melden (Altenbaugh, 2015). Natürlich evozierten auch die Begriffe, die im Zusammenhang mit Poliomyelitis gebraucht wurden, Emotionen: „Redoutable maladie, affreux mal, danger mortel, fléau, monstre“³ (Monnet, 2015, S. 22) – Ausdrücke, die neben sachlichen Informationen über die Erkrankung unweigerlich bestimmte Gefühle transportieren.

Alfons Labisch versuchte ebenfalls die Ursache für die übertriebene Wahrnehmung bestimmter Krankheiten zu ermitteln und entwarf dazu den Begriff der skandalisierten Krankheit. Er versteht darunter „eine Krankheit, deren tatsächliche Bedeutung aus epidemiologischer Sicht in einem ‚merkwürdigen‘ und damit erklärungsbedürftigen Missverhältnis zu ihrer Wahrnehmung und zu den Reaktionen im öffentlichen Raum steht“ (Labisch, 2005, S. 274). Labisch führt als relativ aktuelle Beispiele SARS (schweres akutes respiratorisches Syndrom) und Aids (Acquired immunodeficiency syndrome) auf. Diese erregten, unter anderem im europäischen Raum, mehr Aufsehen als andere Infektionskrankheiten, die in unseren Breitengraden um ein Vielfaches mehr Opfer forderten und fordern (z. B. die jährliche Grippewelle). Er versuchte dieses Phänomen folgendermassen zu begründen:

Akute und/oder bedrohliche Seuchen [bilden] die herausragenden Argumentationsfiguren, um öffentliche Gesundheitsleistungen zu diskutieren und durchzusetzen. Diese Seuchen können zwar, müssen aber keinesfalls immer die häufigsten oder gar schwerwiegendsten Gefahren für die öffentliche Gesundheit sein. Offenbar haben die öffentlichen Gesundheitsleistungen keinesfalls immer auf den rationalen Wegen und mit den Ergebnissen gewirkt, die ihnen unterstellt wurden. Das heisst auch: ‚Skandalisierte‘ Krankheiten richten die öffentliche Aufmerksamkeit auf gesellschaftliche Prozesse, die häufig bereits im Gange sind. (Labisch, 2005, S. 287)

³ „Fürchterliche Krankheit, schreckliches Übel, tödliche Gefahr, Plage, Ungeheuer“ (Übers. d. Verf.).

Neben den von Vögele genannten Faktoren führt er damit noch einen weiteren Faktor an, der die aus objektiver Sicht unbegründet starke gesellschaftliche Präsenz einer Krankheit begründen kann. Neben der tatsächlichen Bedrohung und den Folgen einer Krankheit, den damit verbundenen Emotionen, dem Umgang der Medien mit dem Thema sowie den Bezügen zu früheren Krankheiten kommen noch bereits laufende gesellschaftliche Prozesse dazu, die durch diese Erkrankung in den Fokus gerückt werden. Welche Rolle diese verschiedenen Faktoren bei den Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz gespielt haben, wird sich im Verlaufe der Arbeit zeigen.

1.1 Fragestellung

Die Ängste und die Beunruhigung, welche die Poliomyelitis jedes Jahr ausgelöst hat, geraten in der Schweiz langsam in Vergessenheit. Die Poliomyelitis bewegte die Nation jedoch mehrere Jahrzehnte. Noch heute leben in der Schweiz viele Betroffene, die in der Zeit der Epidemien an Poliomyelitis erkrankt waren. Die meisten sind bereits über 60 Jahre alt. Jüngere Betroffene sind vermutlich zu einem grossen Teil durch Migration oder Adoption erst nach der akuten Erkrankung in die Schweiz eingereist. Die Poliomyelitis verliert durch die insgesamt abnehmende Zahl an Betroffenen immer mehr an Bedeutung und das Wissen über diese Erkrankung schwindet.

Im Gegensatz zu heute war Poliomyelitis in vielen Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ein stark diskutiertes Thema. Die Epidemien stellten die Gesellschaft vor viele Aufgaben. Auch heute noch stellen sich rückblickend viele Fragen: Wie wurde die Ausbreitung der Erkrankung zu verhindern versucht? Wie sind die Krankenhäuser mit der scheinbar neuen Herausforderung umgegangen? Was bedeutete die Poliomyelitis für die Schule und die Beschulung? Wie hat das Fürsorgewesen mit seinen verschiedenen Fürsorgeorganisationen und -institutionen reagiert? Wie ist die Bevölkerung mit den Poliomyelitis-Epidemien umgegangen? Wie haben die Betroffenen und ihre Angehörigen die Erkrankung wahrgenommen?

Um diese Fragen diskutieren zu können, muss zunächst die Betroffenheit in der Schweiz geklärt werden. In einem ersten Schritt wird daher der Frage nachgegangen, wie sich die Poliomyelitis von einer sporadischen zu einer epidemisch auftretenden Krankheit entwickelt hat.

In einem nächsten Schritt werden die Fragen gestellt, was eine Poliomyelitis-Erkrankung in der Zeit vor der Einführung der Impfung und dem Ausbau der So-

zialversicherungen bedeutete und ob die Poliomyelitis-Epidemien zu Veränderungen der rechtlichen, politischen, medizinischen, schulischen oder sozialen Rahmenbedingungen führten.

In die Verhinderung der Ausbreitung der Poliomyelitis sowie die Behandlung, Unterstützung und Beschulung von Betroffenen waren verschiedene Akteurinnen und Akteure involviert. Je nach Phase der Erkrankung standen die gesetzlichen und medizinischen (akute Phase) oder die medizinischen, schulischen und sozialen (Lähmungsfolgen) Bedingungen im Vordergrund.

An erster Stelle stand, wie auch bei anderen Körperbeeinträchtigungen, die medizinische Komponente. Die Medizin hat aus Sicht der Heilpädagogik den Part, durch rehabilitative Massnahmen die physischen Voraussetzungen zu gewährleisten, die für die kognitive und emotionale Entwicklung bzw. die Teilhabe an der Gesellschaft vonnöten sind. Die Heilpädagogik, insbesondere die Körperbehindertenpädagogik, ist ausserdem auf grundlegendes medizinisches Faktenwissen angewiesen, um ein Verständnis für die spezifische Lebenssituation von Menschen mit einer (körperlichen) Beeinträchtigung zu erlangen (Hedderich, 2006). Körperliche Beeinträchtigungen führten und führen aber nicht automatisch zu einem heilpädagogischen Förderbedarf. Dies ist erst der Fall, wenn noch andere Entwicklungsbereiche, wie kognitive, kommunikative oder/und sozial-emotionale Bereiche, beeinträchtigt sind (Hansen, 2006).

Neben der Medizin waren auch die Behörden des Gesundheits- und Erziehungswesens, die Schulen, das Fürsorge- und Versicherungswesen, die Bevölkerung und natürlich besonders die Betroffenen und ihre Angehörigen involviert. Somit wird deutlich, dass für eine historische Betrachtung der Poliomyelitis-Epidemien eine interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich ist. Da es für die Schweiz bislang kaum historische Forschungsarbeiten zum Thema Poliomyelitis gibt, soll mit diesem Projekt ein Überblick über die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz geben werden.

Die Poliomyelitis wird heute in der westlichen Gesellschaft kaum mehr wahrgenommen. Die Medien berichten lediglich über Anschläge auf Impfteams oder über Neuerkrankungen in einem Land, das als poliofrei eingestuft worden war. Die meisten Ärztinnen und Ärzte der westlichen Welt haben keinen Kontakt mehr zu Personen mit akuten Polio-Erkrankungen, sondern befassen sich – wenn überhaupt – mit den Lähmungsfolgen oder dem Post-Polio-Syndrom. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welchen Sinn historische Forschung überhaupt hat, wenn das Thema in der Gegenwart kaum mehr als wichtig eingestuft werden kann.

1.2 Gründe für historische Forschung

Wieso braucht es überhaupt Geschichte? Viel wichtiger scheint es doch zu sein, sich Themen der Gegenwart und Zukunft zu widmen. Das Thema Poliomyelitis spitzt die Frage, welche Relevanz die Beschäftigung mit einer mittlerweile in der Schweiz ausgerotteten Krankheit für das heutige Leben hat, noch zu.

Die Antwort auf diese Frage ist vielschichtig: Zum einen hat unser heutiger Umgang mit Krankheiten und insbesondere (befürchteten) Epidemien historische Vorläufer und Vorbilder (Hähner-Rombach, 2000). Andererseits ist die Poliomyelitis noch nicht weltweit ausgerottet. Die Gefahr einer Rückkehr in die Schweiz, vor allem bei Nachlassen der Durchimpfungsrate, bleibt im Rahmen des Möglichen. Durch die Migrationsbewegungen und den Tourismus könnte in der Schweiz jederzeit ein neuer Fall auftreten. Sobald die potenziellen Fälle ein gewisses Ausmass an gesellschaftlichen Kosten übersteigen würden oder es zu einer persönlichen Betroffenheit käme, könnte das Thema individuell oder öffentlich schnell wieder relevant werden (Hähner-Rombach, 2000). Dies begründet aber noch nicht wirklich, warum Geschichte Sinn macht. Es zeigt nur auf, dass Poliomyelitis nicht so schnell vergessen werden kann.

Die Rechtfertigung historischer Forschung liegt unter anderem in den Problemen der Gegenwart, die einer Lösung bedürfen. Hier kann ein Blick in die Geschichte durchaus aufklärend wirken. Dieser führt zwar nicht dazu, dass die Zukunft besser gestaltet werden kann, hilft aber dabei, die Gegenwart zu verstehen (Hillenbrand, 2008) oder, wie es Stefan Jordan ausdrückt:

Geschichte hilft, die Gegenwart, wie sie ist, besser zu verstehen. Das heisst aber nicht, dass die Gegenwart sich alleine mit ihrem historisch Gewachsenen rechtfertigt, es gibt ihr aber einen ‚historischen Sinn‘. (Jordan, 2013, S. 13)

Es geht darum, sich ein Bild davon zu machen, wie es zu einer aktuellen Situation gekommen ist, und nicht, die gewachsenen Strukturen zu legitimieren, wie es gerade den traditionellen Studien in der Heilpädagogik, zum Beispiel zur Bildungsgeschichte, vorgeworfen wird (vgl. z. B. Bösl, 2009). Ein Blick in die Geschichte kann zeigen, zu welchen Ergebnissen bestimmte Handlungen geführt haben, um diese als Argument heranzuziehen, einen anderen Weg einzuschlagen.

Geschichte lehrt uns nicht, wie wir etwas in Zukunft besser machen können. Sie hilft aber den Menschen und sein Handeln besser zu verstehen. Sie macht uns unsere eigenen Werte bewusst, die wir dann mit Hilfe der Geschichte historisch begründet vertreten können (Jordan, 2016). Ellger-Rüttgardt fasst den Sinn der Geschichte folgendermassen zusammen:

Einleitung

Der Sinn von Geschichte – so möchte ich zusammenfassen – zielt auf das handlungsfähige Subjekt, das seine Identität in Gegenwart und Zukunft durch die Begegnung mit dem Vergangenen erfährt. Die Beschäftigung mit Geschichte ist lehrreich und aufklärend, sie sagt aber nicht, wie wir zu handeln haben. (Ellger-Rüttgardt, 2012, S. 110)

Geschichte ist demnach etwas Identitätsstiftendes und zeigt uns den Weg gewordener Strukturen auf. Sie hilft nicht, eine richtige Entscheidung zu treffen. Ob eine Handlung gut oder zielführend sein wird, lässt sich erst im Rückblick entscheiden. Geschichte hilft uns aber möglicherweise, einige Handlungen bereits im Vorhinein auszuschliessen. Von einer aktuellen Frage ausgehend dient uns eine kritische Analyse vergangener Phänomene möglicherweise dazu, Veränderungen anzubahnen und die aktuelle Praxis zu verändern (Ellger-Rüttgardt, 2016).

Die Geschichte der Poliomyelitis ist eine Geschichte von Krankheit und Beeinträchtigung. Anhand des Rückblicks kann aufgezeigt werden, was sich geändert hat und was vielleicht nicht. Es können Wirkmechanismen aufgedeckt und die Erfahrungen mit den Ergebnissen vergangener Handlungen herangezogen werden, um Problemen der Gegenwart zu begegnen.

1.3 Forschungsstand

Die Poliomyelitis-Epidemien sind in der Schweiz ein noch kaum erforschtes Gebiet; daher sind auch praktisch keine grundlegenden Arbeiten vorhanden. Einzelne medizinische Dissertationen behandelten spezifische Epidemien und verschiedene Behandlungsansätze. Eine Übersicht über den gesamten Verlauf der schweizerischen Epidemien gibt es noch nicht. 1945 schrieb Guido Fanconi⁴ eine umfassende Arbeit über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und die historische Verbreitung der Poliomyelitis in der Schweiz. Der betrachtete Zeitraum endet jedoch zehn Jahre vor der letzten grossen Epidemie und deckt damit nur einen Teil der Geschichte der Poliomyelitis ab. Andere Dissertationen geben Auskunft über die schweizerische Betroffenheit in einem bestimmten Zeitraum, das Ausmass sowie die Ausbreitung der Epidemien in verschiedenen Sprachregionen sowie die Zahl von Betroffenen in Kantonen und Städten der Schweiz. Auch Kleinraum- sowie Klinik- oder Heim-Epidemien wurden beschrieben und die Übertragungswege und Krankheitsverläufe erforscht (vgl.

⁴ Guido Fanconi (1892–1979), Direktor des Kinderspitals Zürich sowie Professor für Pädiatrie an der Universität Zürich (Prader, 1980).

z. B. Androussieur, 1917; Burckhardt, 1919; Spinner, 1924; Smolinski, 1927; Kamieniecki, 1932; Anderhub, 1935; Julia, 1942; Shankman, 1953).

Das Buch von Smallman-Raynor und Cliff (2006) ‚Poliomyelitis: a world geography: emergence to eradication‘ zeigt die Ausbreitung und den Rückgang der Epidemien für verschiedene Regionen der Welt, darunter auch der Schweiz, auf. Dabei steht nur die Epidemiologie im Vordergrund. Die Autoren beziehen sich stark auf die Publikation von Fanconi und zeigen daher auch nur einen gewissen Zeitausschnitt auf.

Gerade als die ersten Impfkationen angelaufen waren, verfasste Guido Fanconi 1957 einen Artikel mit dem Titel ‚Die Geschichte der Poliomyelitis wie ich sie erlebt habe (1920 bis 1957)‘. Er setzte den Fokus auf die Diagnosestellung, die Gründe für die epidemische Entwicklung, die diesbezüglich noch ungeklärten Fragen sowie die Veränderung der Behandlung insbesondere der Atemschwierigkeiten und Lähmungen. Er beschrieb, wie die zunehmende Kenntnis über die verschiedenen Verlaufsformen zu einer Zunahme der Poliomyelitis-Meldungen führte.

Erst in den Dreissiger (sic) Jahren nahmen wir an, dass die meisten Fälle [der aseptischen Meningitis] durch das Poliomyelitisvirus ausgelöst seien und rechneten sie in unseren Statistiken, wenn sie in den Sommer- und Herbstmonaten auftraten, zur Poliomyelitis, wodurch die Jahresfrequenz der im Kinderspital [Zürich] beobachteten Poliomyelitisfälle sprunghaft zunahm. (Fanconi, 1957, S. 2)

Eine Poliomyelitis-Diagnose wurde auch bei weiteren Verlaufsformen gestellt, die ebenfalls Ausdruck einer Poliomyelitis-Erkrankung sein konnten, aber nicht mussten. Fanconi reflektierte dabei durchaus kritisch verschiedene Punkte. Er erwähnte, dass durch die vermeintliche Kenntnis der verschiedenen Verlaufsformen einige Krankheitsbilder als Poliomyelitis diagnostiziert wurden, die eigentlich einen anderen Auslöser hatten. Leider erwähnte er nicht, zu wie vielen Fehldiagnosen es so gekommen sein könnte. Er stellte aber fest, dass die sprunghafte Zunahme nur zum Teil mit der Ausweitung der Diagnosestellung begründet werden konnte. Fanconi vermutete, dass es im Kinderspital Zürich zu einer Verdoppelung der registrierten Fälle kam, die Fälle jedoch insgesamt um das 10-Fache zugenommen hätten. Neben Faktoren wie der Veränderung der Hygiene, der Bevölkerungsdichte und der Mobilität musste es aber nach Fanconi noch andere, unbekannte Gründe für die starke Zunahme gegeben haben (Fanconi, 1957).

Mit der Geschichte der Behandlungsmethoden im akuten Stadium befasste sich 1957 Hedwig Fritz in ihrer Dissertation ‚Geschichtlicher Überblick über die Behandlung der Poliomyelitis anterior acuta im akuten Stadium‘ (Fritz, 1957). Sie

beschrieb die ersten Behandlungsversuche im ausgehenden 18. Jahrhundert sowie deren Veränderung und Entwicklung mit all ihren Umwegen bis in die 1950er Jahre. Aus ihrer Dissertation wird klar, dass sich die Suche nach geeigneten Behandlungsmethoden für das akute Stadium immer fortsetzte, da keine den gewünschten Erfolg aufwies. Lediglich bezüglich der Verhinderung von Folgezuständen der Lähmungen scheint sich mit der Zeit mehr oder weniger ein Konsens gebildet zu haben. Die richtige Lagerung und physikalische Therapien (Bewegungs-, Bädertherapie) sowie falls nötig operative Eingriffe und Orthesen waren akzeptierte Behandlungsmethoden (Fritz, 1957). Veröffentlichungen über die Geschichte der Intensivmedizin sowie der Beatmungstechnik zeigen, dass die Poliomyelitis-Epidemien auf die Entwicklung dieser beiden Fachbereiche einen grossen Einfluss hatten. Dies wird in einem Exkurs in Kapitel 6.2.1 genauer dargestellt.

Im Jahr 2015 verfasste Valéry Monnet seine Master-Arbeit an der Universität Lausanne zum Thema der Geschichte der Poliomyelitis-Epidemien mit Fokus auf der französischen Schweiz (Originaltitel: *Une histoire de la poliomyélite en Suisse*). Darin zeigte er auf, wie die Presse mit den jährlich wiederkehrenden Krankheitsfällen und Epidemien umgegangen ist. Im Anschluss ging er anhand einer Zeitungsmeldung über einen betroffenen Knaben zur Behandlungsmethode mit der Eisernen Lunge über. Nach der Darstellung der gesetzlich vorgeschriebenen Massnahmen (Meldepflicht, Isolation, Desinfektion, Schulschliessungen, Badeverbot etc.) beschrieb er die Behandlung und Verhinderung von Langzeitfolgen sowie die Entwicklung am Hospice Orthopédique (Lausanne). Abschliessend wies Monnet auf die sozialen Folgen hin, wie zum Beispiel die Schulbildung, den Berufseinstieg und finanzielle Probleme (Monnet, 2015).

Nach Einführung der Impfungen und der damit verbundenen schnellen und starken Abnahme der Neuerkrankungen ging auch das wissenschaftliche Interesse an Poliomyelitis spürbar zurück. Ab den 1980er Jahren entstanden eine Reihe von Autobiografien von Betroffenen, die ihre eigene Geschichte und Erlebnisse erzählten (vgl. z. B. Huggler-Gloor, 1984; Dorizzi-Mahler, 1993; Rieser, 1993; Moggi, 1997; Hensler, 2004).

Im angloamerikanischen Raum ist die historische Forschung über verschiedene Themenbereiche der Poliomyelitis deutlich stärker verbreitet. So wurden diverse Publikationen über die Epidemiologie und die Entwicklung des Impfstoffes veröffentlicht und verschiedene Oral-History-Projekte durchgeführt (vgl. z. B. Paul, 1971; Sass, Gottfried & Sorem, 1996; Eggers, 2002; Lloyd, 2010; Nathanson & Kew, 2010). Richard J. Altenbaugh verfasste diverse Schriften über die Auswirkungen der Poliomyelitis-Epidemien in den USA auf die Betroffenen und ihre Familien,

die Schule, die philanthropischen Organisationen, die Behindertenrechtsbewegung, die Medizin etc. (Altenbaugh, 2004, 2006, 2015). Er zeigt diese Folgen insbesondere in seinem Buch ‚The Last Children’s Plague‘ (2015) auf.

Die Polio-Epidemien führten in den USA dazu, dass die Gesundheitsverantwortlichen übervorsichtig wurden und jedes Kind, das an Polio erkrankt war, zu ermitteln versuchten. Diese wurden von ihren Eltern und Geschwistern in Krankenhäusern zum Teil über längere Zeit isoliert, was die Beziehung stark beeinträchtigte. Die Kinder und ihre Familien wurden von der Bevölkerung ausgeschlossen. Die Presse unterstützte diese Vorgänge, indem sie Namen sowie Adressen von Betroffenen publizierte. Nach der Rückkehr in die Familie waren es vor allem die Mütter, die in die Pflege involviert und dadurch stark belastet wurden. Hinzu trat die grosse finanzielle Belastung, da oft keine Versicherung vorhanden war, welche die hohen Behandlungskosten übernommen hätte. So manche Familie ist an einer Polio-Erkrankung eines Kindes auseinandergebrochen. Kinder mit Lähmungsfolgen konnten oft die Schule nicht oder nur unter sehr schwierigen Umständen weiterbesuchen. Die meisten Kinder besuchten Schulen für Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Einige öffentliche Schulhäuser wurden zwar baulich angepasst, die meisten blieben dennoch unzugänglich. Die betroffenen Kinder wurden von den Mitschülerinnen und -schülern ausgeschlossen und damit sozial isoliert. Im Bereich der Wohltätigkeitsorganisationen konnte die National Foundation for Infantile Paralysis durch ihre Kampagnen eine grosse Betroffenheit in der Bevölkerung bewirken, was zu einer starken Spendenfreudigkeit führte und viele Freiwillige zu mobilisieren vermochte (Altenbaugh, 2015). Die Erlöse aus diesen Spendenaktionen wurden zur finanziellen Unterstützung von Betroffenen sowie für die Forschung eingesetzt (Altenbaugh, 2006). Altenbaugh schliesst damit, dass er drei Sprungfedern für die sich später entwickelnde Behindertenbewegung und die damit verbundenen Behindertenrechte vermutet. Erstens erhöhte sich durch die Erfindung und Verwendung von Antibiotika die Lebenserwartung von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Zweitens führte der Zweite Weltkrieg und drittens vor allem die Poliomyelitis-Epidemien zu einer bedeutsamen Zunahme von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Die stark ausgelasteten Rehabilitationszentren trugen unfreiwillig dazu bei, indem sie diesen Personen den sozialen Raum boten, sich zusammenzuschliessen und gemeinsam stark zu machen (Altenbaugh, 2015).

Allgemein lässt sich sagen, dass in der Schweiz die Poliomyelitis bisher vor allem von epidemiologischer Seite beleuchtet wurde. In der Geschichte zur Beschulung von körperbeeinträchtigten Kindern von Ruth Wehrli (1968) sowie im von

Beatrice Kronenberg verfassten Editorial der Schweizerischen Zeitschrift für Heilpädagogik vom September 2014 wird angemerkt, dass sich die Beschulung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung bzw. die Spitalbeschulung durch die Poliomyelitis-Epidemien verändert hat. In welcher Form und in welchem Ausmass dies der Fall war, wird nicht beschrieben. Die Geschichte der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit einer Körperbeeinträchtigung wurde in der Schweiz noch nicht ausführlich bearbeitet. Auch die Entwicklung der Spitalschulen ist ein noch brach liegendes Thema (Kronenberg, 2014).

1.4 Aufbau

Die vorliegende Promotionsarbeit umfasst sieben Kapitel. In der Einleitung wird in das Thema der Poliomyelitis-Epidemien eingeführt, die Fragestellung hergeleitet, die Gründe für eine historische Studie dargelegt und auf den aktuellen Forschungsstand verwiesen.

Im zweiten Kapitel werden das Vorgehen und die verwendeten Quellen beschrieben. Die Geschichte der Fürsorge und Bildung von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung findet sich im dritten Kapitel. Es wird aufgezeigt, wie sich diese über die Jahre bis Jahrhunderte gewandelt haben. Dieser Kontext soll dem Leser verdeutlichen, auf welches historisch gewachsene System die Epidemien trafen. Da heute nicht mehr vorausgesetzt werden kann, dass das Krankheitsbild der Poliomyelitis bekannt ist, wird diesem sowie der Virusgeschichte Kapitel 4 gewidmet. Die Geschichte des Poliovirus ist von Bedeutung, da vor diesem Hintergrund verständlicher wird, wieso die Akteurinnen und Akteure so lange nach wirksamen Massnahmen für die Bekämpfung und Behandlung dieser Infektionskrankheit suchten.

In einem weiteren Schritt wird in Kapitel 5 die Entwicklung der Epidemien zunächst global und danach mit Blick auf die Schweiz nachgezeichnet. Bereits hier ist zu betonen, dass sich eine solche Geschichtsschreibung über weite Strecken nur auf Vermutungen stützen kann. Zu unklar waren die beschriebenen Krankheitsbilder, als dass sie eindeutig der Poliomyelitis zugeordnet werden konnten, und zu uneindeutig bzw. unsicher war die Diagnosestellung. Abschliessend wird kurz auf den Polio Eradication and Endgame Strategic Plan der WHO eingegangen und aufgezeigt, wie nah man dem Ziel einer poliofreien Welt zu sein glaubt.

Im sechsten Kapitel werden schliesslich die Vorgänge beschrieben, welche die Poliomyelitis-Epidemien nach sich zogen. Zunächst wird auf das Gesundheitswesen mit den involvierten Behörden und Krankenhäusern eingegangen. Es

wird aufgezeigt, wie sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen verändert haben und wie die Krankenhäuser mit der Zunahme der Poliomyelitis-Erkrankungen umgegangen sind. In einem zweiten Schritt wird der Fokus auf das Erziehungswesen gelegt. Einerseits werden die Verordnungen beschrieben, die den Umgang mit den akuten Erkrankungen regelten. Andererseits wird aufgezeigt, wie die Kinder beschult wurden und ob sich an der Beschulung im Vergleich zu vor-epidemischen Zeiten etwas geändert hat.

Aufgrund der lange Zeit fehlenden Versicherungsmöglichkeiten waren die Poliomyelitis und ihre Folgen auch ein Thema für das Fürsorgewesen. Daher wird auf die Vermittlung von ärztlichen Behandlungen, Kuraufenthalten, Lehr- und Arbeitsstellen eingegangen, vor allem aber auf die finanzielle Unterstützung und die zur Verfügung stehenden Wohnmöglichkeiten. Die Behandlungen und Therapien sowie die Hilfsmittel kosteten für damalige Verhältnisse viel Geld und die Betroffenen und ihre Angehörigen waren insbesondere auf finanzielle und materielle Unterstützung sowie deren Koordination, aber auch auf Hilfestellungen bei der Suche und Organisation von Anschlusslösungen angewiesen. Aus dieser Problematik heraus entstand ein neues Versicherungsangebot. Nach der Beschreibung der verschiedenen involvierten Bereiche wird auf den Umgang der Bevölkerung mit der Poliomyelitis sowie deren Folgen für die Wirtschaft eingegangen. Abschliessend wird aus der Perspektive der Betroffenen und ihrer Angehörigen anhand ausgewählter Aspekte beschrieben, wie sie die Erkrankung und deren Folgen erlebt haben.

Im siebten Kapitel werden nach einer Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit Thesen aufgestellt, welche die Ergebnisse darlegen. Gegen Ende wird das Vorgehen reflektiert und das Kapitel mit einem Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten der inhaltliche Teil abgeschlossen.

2 Vorgehen und Quellen

Der sonder- bzw. heilpädagogischen Historiografie mangelte es bis in die 1970er Jahre an einer methodologischen Diskussion sowie einer eigenen Forschungspraxis. Dies änderte sich erst in den letzten Jahrzehnten. Während früher vornehmlich die Institutions- und Ideengeschichte im Zentrum standen, weist die heilpädagogische Historiografie heute methodisch wie inhaltlich ein breiteres Spektrum auf und befindet sich im Aufschwung (Ellger-Rüttgardt, 2012). Dennoch ist das Durchführen von Studien über die neuere Geschichte der Heilpädagogik ein schwieriges Unterfangen. Sofern es nicht um die Geschichte von Institutionen geht, ist die Quellenlage sehr dürftig. Dies hat zur Folge, dass auch weiterhin oft die professionelle Perspektive im Mittelpunkt steht und lebensweltliche Aspekte sowie nichtinstitutionalisierte Lebenslagen nur selten untersucht werden (Waldschmidt, 2006). Die Fokussierung auf die Sicht der Professionellen wird aber fragwürdig, wenn man sich vor Augen führt, dass vor dem 20. Jahrhundert nur ein kleiner Teil der Menschen mit Beeinträchtigung überhaupt in Institutionen lebte (Braddock & Parish, 2001).

Schmuhl (2013) versuchte die verschiedenen Zugänge deutscher Studien zum Thema Behinderung in zehn voneinander abgrenzbare Komplexe zu ordnen. Einige Studien können als Beiträge zur Bildungs- und Medizingeschichte gesehen werden. Diese „behandeln diejenigen Teildisziplinen der Pädagogik und Medizin, die sich ihrem eigenen Anspruch nach mit Behinderungen befassen – also Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Orthopädie und Psychiatrie –, deren Wissensproduktion, Theoriebildung, Professionalisierung und Akademisierung und Unterrichts- bzw. Behandlungspraxis“ (S. 9). Andere Arbeiten weisen einen sozialgeschichtlichen Ansatz auf und beschäftigen sich mit der Ausbildung des Sozialstaates und der Entwicklung der Behindertenhilfe und Rehabilitation. Bei Institutionengeschichten stehen einzelne Einrichtungen für Menschen mit einer Beeinträchtigung im Zentrum. Sie versuchen „die empirische Forschung auf der Mikroebene mit den großen Linien der Sozial- und Wissenschaftsgeschichte zu verknüpfen“ (Schmuhl, 2013, S. 10). In den letzten Jahren sind hierzu auch kritische Studien erschienen, die sich gegen die Tradition der klassischen Erfolgsgeschichte stellen (Bösl, 2009). Weitere Studien lassen sich als zeitgeschichtliche Forschung bezeichnen und beschäftigen sich vor allem mit dem Nationalsozialismus und seiner Vorgeschichte (Eugenik, Rassenhygiene, Euthanasie, Zwangssterilisation). Arbeiten zum Umgang mit Andersartigkeit in vormodernen Ge-

sellschaften teilt Schmuhl dem Themenkomplex der Mediävistik zu. Zur historischen Biografik zählt er Lebensgeschichten von Menschen mit einer Beeinträchtigung. Neben Biografien prominenter Persönlichkeiten gehört hierzu unter anderem auch die Analyse von Krankenakten und Familiengeschichten. Weiter sind Arbeiten zur Geschichte der Behindertenbewegung entstanden, welche die Menschen mit Behinderung als aktive historische Akteure darlegen. Zugänge der neueren Kulturgeschichte beschäftigen sich mit der Entstehung und Darstellung der Kategorie ‚Behinderung‘. Dazu zählen Studien, welche die Darstellung von Behinderung in der Bildenden Kunst, der Literatur und den Medien analysieren, „Studien über Freak-Shows, Monstrositäten und die Entstehung der Teratologie oder neue Arbeiten zum Contergan-Komplex“ (Schmuhl, 2013, S. 12). Die Begriffsgeschichte hat dagegen einen anderen Fokus. Sie fragt „nach sprachpolitischen Strategien und Praktiken ..., die der Benennung von ‚verkörperten Andersheiten‘ zugrunde liegen“ (Schmuhl, 2013, S. 12). Der letzte von Schmuhl definierte Themenkomplex umfasst die Körpergeschichte (Schmuhl, 2013).

Eine solche Kategorisierung der erschienenen Studien hat durchaus ihren Reiz. Sie hilft, einen Überblick über aktuelle Tendenzen zu bekommen. Es fragt sich, wie eindeutig eine solche Zuteilung möglich ist. Bereits die Zusammenfassung der Bildungs- und Medizingeschichte zu einem Themenkomplex wirft Fragen auf, ist aber mit Blick auf die historisch enge Verbindung zwischen Heilpädagogik und Medizin möglicherweise erklärbar. Die Thematik ‚Behinderung‘ ist aus geschichtlicher wie aktueller Perspektive so komplex, dass eine Behandlung nur eines Themenkomplexes, unter Ausblendung der anderen, kaum sinnvoll erscheint und lediglich einer Schwerpunktsetzung entsprechen kann.

Diese verschiedenen historischen Zugänge sind oft mit unterschiedlichen Definitionen von Behinderung verknüpft. Während insbesondere Medizin-, Sozial- und Institutionengeschichten Behinderung im Sinne des medizinischen Modells als ein in der Person verortetes Defizit auffassen, entwickelten die Disability Studies einen anderen Zugang. Sie gehen von einem soziologischen Modell der Behinderung aus und unterscheiden deutlich zwischen Beeinträchtigung (Impairment) und Behinderung (Disability). Eine kognitive, psychische oder körperliche Einschränkung wird erst durch die ausgrenzenden Bedingungen der Gesellschaft zu einer Behinderung (Schmuhl, 2013).

Forschungsprojekte im Rahmen der Disability Studies zielen im Gegensatz zu Medizin und Pädagogik nicht auf eine Verbesserung der Therapie-, Behandlungs- oder Förderangebote für Menschen mit einer Beeinträchtigung, sondern darauf, „den gesellschaftlichen und politischen Umgang mit Differenz zu verän-

dem“ (Dederich, 2007, S. 31). Eine zentrale Forderung ist der Einbezug von Menschen mit Beeinträchtigung in die Forschung. Es soll nicht länger über sie, sondern mit ihnen geforscht werden (Hansen, 2008). Die partizipative Forschung ist aber in der Heilpädagogik, insbesondere im deutschsprachigen Raum, noch kaum vertreten (Buchner & Koenig, 2011). Vor allem Projekte mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung als Co-Forschende sind noch eine Seltenheit. Ein Versuch, diesem Desiderat entgegenzuwirken, unternahm Hedderich, Egloff und Zahnd (2015) mit einem Biografie-Forschungsprojekt. Sie erhoben in einem partizipativen Prozess über mehrere Monate die Biografien von vier Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Die Co-Forschenden bestimmten dabei über den Inhalt ihrer Biografie und validierten immer wieder den gesamten Text. Die Lebensgeschichten wurden schliesslich zusammen mit einem Theorieteil in einem Buch veröffentlicht, in dem die theoretischen Beiträge neben der wissenschaftsüblichen Sprache in leichte Sprache übersetzt wurden (Hedderich et al., 2015). Die partizipative Forschung in der Heilpädagogik sieht sich noch mit verschiedenen methodischen Herausforderungen konfrontiert und muss weiterhin um ihre wissenschaftliche Akzeptanz ringen (Reisel, 2015). Die Disability Studies führten mit ihrem Perspektivenwechsel zu einer längst überfälligen Berücksichtigung von Menschen mit Beeinträchtigung als Experten in eigener Sache (Hansen, 2008).

Zur Disability History werden historische Studien gezählt, die dem Ansatz der Disability Studies folgen. Sie haben zum Ziel, jene gesellschaftlichen Ordnungsprinzipien aufzudecken und nachzuzeichnen, die für die Definition von Behinderung oder die Festlegung der Grenze zwischen ‚normal‘ und ‚abweichend‘, historisch, sozial und kulturell verantwortlich sind. Ein weiteres Interesse dieses Ansatzes liegt in der Erforschung der Bedeutung des gemeinsamen Auftretens der Kategorie Behinderung mit anderen Differenzkategorien wie Geschlecht, Ethnizität, sexuelle Orientierung. Menschen mit Behinderungen stehen dabei als Akteure im Fokus, was die biografischen Zugänge vieler Studien im Rahmen der Disability History zu erklären vermag. Die Disability History hat sich mittlerweile akademisiert und ihre Zugänge erweitert. Daneben gibt es weiterhin die traditionellen Ansätze, die sich im Sinne einer Wissenschafts- oder Institutionengeschichte mit der Geschichte von Behinderung aus der Sicht der Professionellen befassen und nur teilweise eine kritische Perspektive einnehmen (Waldschmidt, 2010).

Ein von den Forschungsthemen und -zugängen sowie der Definition von Behinderung unabhängiger Punkt ist die Perspektivität historischer Forschung. Die Ordnungsarbeit, die nötig ist, um aus den Fakten eine kontinuierliche Geschichte

zu machen, führt zu einem rhetorischen Moment in der Historiografie, mit welchem Übergänge plausibel gemacht werden. Das bedeutet nicht, dass Geschichte etwas mit Fiktion zu tun hat, denn die hergestellten Verknüpfungen müssen plausibel und aus den Quellen ableitbar sein (Bellmann & Ehrenspeck, 2006). Bei der Interpretation wird aber etwas hinzugefügt, was nicht direkt in den Quellen zu finden ist. Somit unterliegt historische Forschung immer einer gewissen Perspektivität, die vom erkenntnisleitenden Interesse bzw. der Fragestellung, die aus der Gegenwart an die Vergangenheit gestellt wird, abhängig ist. Jede historische Forschung ist daher standortgebunden und beleuchtet das Gewesene aus einer bestimmten Perspektive (Ellger-Rüttgardt, 2008). Was verstanden wird, ist abhängig vom Vorverständnis und der Perspektive auf den Gegenstand und wird nie ganz mit diesem identisch sein (hermeneutische Differenz). Durch den hermeneutischen Zirkel kann man sich zwar an das annähern, was gewesen ist, es wird jedoch immer eine Differenz bestehen bleiben (Kron, 1999).

Dieser Perspektivismus gilt nicht nur für die Forschenden, sondern auch für die Autorinnen und Autoren der Quellen, wenn auch in einem etwas anderen Sinn. Quellen wurden von Personen geschrieben, die eine bestimmte Perspektive auf den Gegenstand hatten, sei es nun eine katholische, reformierte, medizinische, sozialpolitische oder (heil)pädagogische Betrachtungsweise. Somit gibt es nicht *die* Sicht auf einen Gegenstand, sondern immer nur eine perspektivisch geprägte Sichtweise. Dennoch können unterschiedliche Quellen aus verschiedenen Perspektiven ein bestimmtes Bild eines Gegenstandes vermitteln. Ob dieses Bild objektiv richtig ist, kann nie definitiv beurteilt werden, da Zeitreisen (noch) nicht möglich sind (Seiffert, 2006). In der historischen Forschung braucht es daher ein Bewusstsein dafür, was in der historischen Anthropologie als doppelte Geschichtlichkeit und Kulturalität bezeichnet wird. Das bedeutet, dass jede Geschichtsschreibung „einmal den historischen und den kulturellen Charakter unserer Zeit, zum anderen die Geschichtlichkeit und Kulturalität der historischen Epoche und Kultur umfasst“ (Wulf, 2014, S. 85). Es muss anerkannt werden, dass es die eine objektiv richtige Rekonstruktion der Vergangenheit nicht geben kann (Ellger-Rüttgardt, 2008)

2.1 Vorgehen

Ziel des hier vorliegenden Forschungsprojektes ist es, aufzuzeigen, was eine Poliomyelitis-Erkrankung in der Zeit vor der Einführung der Impfung und der Sozialversicherungen bedeutete und ob die Poliomyelitis-Epidemien zu Verände-

rungen der rechtlichen, politischen, sozialen oder schulischen Rahmenbedingungen führten. Das Projekt kann nicht der Disability History zugeordnet werden, da es nicht darum geht aufzuzeigen, ob und wie die rechtlichen, sozialen, ökonomischen, politischen, schulischen und kulturellen Bedingungen zu einer Behinderung der an Poliomyelitis erkrankten Personen führten oder wie eine kulturell vermittelte Differenz dazu führte, dass Poliomyelitis als Behinderung wahrgenommen wurde.

Aufgrund der breiten Ausrichtung des Projektes und dessen Komplexität lässt es sich auch nicht in eines der von Schmuhl (2013) beschriebenen Themenkomplexe einordnen. Eine solche Einschränkung auf einen einzelnen interessierenden Aspekt ist bei Poliomyelitis kaum möglich, wie an folgendem Zitat aufgezeigt werden kann:

Die Aufstellung des individuellen Behandlungsplanes hat aber noch zwei sehr wichtige Momente zu berücksichtigen: die Schulungsmöglichkeit bei Kindern und die berufliche Zukunft. So sieht sich der Arzt vor die schöne Doppelaufgabe gestellt, nicht nur mit seinem medizinischen Wissen und Können die Folgen der Lähmung zu bekämpfen oder in schweren Fällen aus dem Häuflein körperlichen Elends, das die Kinderlähmung hinterlassen, durch langdauernde vielgestaltige Behandlung wieder einen aufrechten, gehfähigen und (wenn auch vielleicht nur reduziert) arbeits- und berufsfähigen Menschen zu machen, sondern auch dessen individuelle und berufliche Zukunftsmöglichkeiten von medizinischen Gesichtspunkten aus abzuklären, um gemeinsam mit den Eltern oder mit beruflichen Fürsorgeinstanzen die Gestaltung des Lebensschicksals seiner Patienten lenken zu helfen. (Scherb, 1949, S. 129–130)

Bereits in diesem kurzen Absatz wird klar, wie stark verwoben die verschiedenen Bereiche Medizin, Bildung, Arbeit und Fürsorge waren. Die verfügbaren Wahlmöglichkeiten bezüglich Bildung und Beruf waren stark von den gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen abhängig und letztere wiederum stark von den verfügbaren Versicherungsleistungen oder der finanziellen Unterstützung durch Dritte (Fürsorge, Wohltätigkeit, Stiftungen etc.). Eine historische Betrachtung der Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz muss daher weitaus breiter angelegt werden und kann sich nicht alleine auf die Bildungs-, Medizin- oder Sozialgeschichte fokussieren, sondern muss die verschiedenen Aspekte miteinander vereinen.

Da es sich bei den Poliomyelitis-Epidemien der Schweiz um ein noch weitgehend unerforschtes Thema handelt, wurde ein sehr offener Zugang gewählt. Dazu wurde zunächst in älteren Monografien, medizinischen Dissertationen, Biografien sowie Staatsarchiven ermittelt, welche öffentlichen und privaten Einrichtungen involviert waren. Die Monografien, medizinischen Dissertationen und Bio-

grafien wurden durchgelesen und die involvierten Fachgebiete notiert. Die übergreifende Archivdatenbank www.archivportal.ch ermöglichte die gleichzeitige Suche in 17 Staatsarchiven⁵. Einbezogen wurden auch weitere Staatsarchive mit einer Online-Suchfunktion (Schwyz, Obwalden, Freiburg, Tessin, Jura), die dem Archivportal nicht angeschlossen sind. Die Staatsarchive Uri, Glarus, Solothurn und Appenzell Innerrhoden verfügen über keine solche Suchfunktion. Es wurde nach den Stichworten Polio, Poliomyelitis, Kinderlähmung (auch Kinderlahmung, da bei der Volltextsuche das ‚ä‘ nicht immer erkannt wurde), *poliomyélite*, *paralysie infantile* und *poliomielite* sowie *paralisi infantile* gesucht. Die Recherche ergab folgende involvierte Bereiche: Gesundheitswesen (Gesundheitsbehörden und Kliniken), Erziehungswesen, Fürsorgewesen (Fürsorgeorganisationen und -institutionen), Versicherungswesen, Militärwesen. Die in der Fragestellung formulierten Themenbereiche haben sich damit weitgehend bestätigen lassen.

Eine Ausnahme bildete das Militärwesen. Dieses wurde im vorliegenden Projekt nur am Rande berücksichtigt, da es sich bei den gefundenen Akten und Artikeln hauptsächlich um die Verschiebung von Wiederholungskursen, Sperrungen gewisser Gebiete für Soldaten, Quarantänebestimmungen sowie Akten der Militärversicherung handelte. Für die meisten an Poliomyelitis erkrankten Personen waren diese Weisungen und Entscheide nur am Rande von Bedeutung. Es handelt sich um ein Themengebiet, das – anders als die anderen Bereiche – nur einen gewissen Teil der Bevölkerung betraf.

Eine weitere Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes wurde vorgenommen, indem der Fokus auf Kinder und Jugendliche mit Poliomyelitis gelegt wurde. Erwachsene werden nur in ausgewählten Kapiteln speziell erwähnt.

Aufgrund der bisher fehlenden historischen Aufarbeitung der Geschichte der Poliomyelitis in der Schweiz musste vornehmlich auf Zeitdokumente zurückgegriffen werden. Neben der klassischen Analyse von Zeitdokumenten wurden quantitative Methoden im Sinne von deskriptiver Statistik sowie Biografien verwendet.

Die klassisch-historische Methode beinhaltet die Trias Heuristik – Kritik – Interpretation. Im ersten Schritt wird dabei nach einem ausführlichen Einlesen in den Forschungsstand die Fragestellung präzisiert und die zu untersuchenden Quellen gewählt (Budde & Freist, 2008). Welche Quellen als wichtig erachtet werden, hängt vom Ziel der Forschung und der Quellenlage ab. Sind die Quellen spärlich,

⁵ Staatsarchiv der Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Nidwalden, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau, Waadt, Wallis, Zug, Zürich.

so sollte jeder noch so kleine Hinweis, und sei es nur eine Einkaufsnotiz, für die Rekonstruktion herangezogen werden (Seiffert, 2006).

Unter ‚Kritik‘ versteht man die systematische Untersuchung der Quellen. Einerseits soll die Echtheit und Vollständigkeit der Quelle geprüft werden (äussere Quellenkritik). Andererseits muss die Informationsqualität der Quelle (Wer ist die Autorin bzw. der Autor? Wann und wo entstand die Quelle? Was für eine Art von Quelle ist es? Wer ist die Adressatin bzw. der Adressat? In welchem historischen Kontext ist die Quelle entstanden? etc.) kritisch beurteilt werden (innere Quellenkritik). Im letzten Schritt, der Interpretation, werden die Befunde geordnet und systematisiert und in Bezug zur Fragestellung gebracht. Die Quelleninterpretation ist das Kernstück der historischen Erkenntnisbildung (Budde & Freist, 2008). Johann Gustav Droysen schlägt vier Arten von Interpretationen vor. Bei der ersten Form, der pragmatischen Interpretation, geht es um die Rekonstruktion des Sachverhaltes, indem Kausalzusammenhänge hergestellt werden. Zweitens müssen die räumlichen, zeitlichen sowie materiellen und moralischen Wirkungsfaktoren, also die Rahmenbedingungen, die zu jener Zeit herrschten, herangezogen werden, um den Sachverhalt zu erfassen (Interpretation der Bedingungen). Drittens soll versucht werden, die Geschehnisse psychologisch zu interpretieren. Damit ist gemeint, die individuellen Intentionen der handelnden Personen zu verstehen. Schliesslich braucht es für das Verstehen noch die Interpretation der Ideen. Dazu soll der Historiker die Ereignisse und Handlungen vor dem Hintergrund langfristiger Prozesse interpretieren (Droysen & Leyh, 1977). Diese vier Formen der Interpretation sind dabei nicht als zeitlich nacheinander auszuführende Schritte gedacht, sondern zeigen lediglich verschiedene Aspekte des historischen Arbeitens auf (Jordan, 2016).

Die statistischen (deskriptiven) Methoden wurden herangezogen, um beispielsweise aufzeigen zu können, wie sich die Meldezahlen über die Jahrzehnte verändert haben oder um die Betroffenheit einzelner Kantone und Gemeinden in Bezug auf die Bevölkerungsgrösse darzulegen. Es wurden dementsprechend Häufigkeiten und Vergleiche in absoluten Zahlen sowie Prozenten dargestellt. Erinnerungen von Betroffenen in Form von Biografien und Dokumentarfilmen wurden verwendet, um eine weitere Perspektive in die Analyse einzubeziehen. Dies ermöglichte es, Lücken in den historischen Quellen zu füllen und gefundene Ergebnisse zu illustrieren.

2.2 Zeitliche Eingrenzung

Der untersuchte Zeitrahmen beginnt mit der Einführung der Meldepflicht 1914. Ab diesem Zeitpunkt stehen erstmals Zahlen zur Verfügung, die das Ausmass der Betroffenheit der Schweiz ansatzweise aufzuzeigen vermögen. Über die Zeit vor 1900 gibt es nur sehr vereinzelte Hinweise auf Krankheitsfälle. Poliomyelitis war zu dieser Zeit auch in der restlichen westlichen Welt kaum ein Thema. Bereits 1901 wurden letale Poliomyelitis-Fälle in die Sterbestatistik der Schweiz aufgenommen. Aus diesen Zahlen wäre es theoretisch möglich, Rückschlüsse auf die gesamte Betroffenheit zu ziehen. Diese Hochrechnung wäre noch stärker verzerrt, als es die Zahlen nach der Einführung der Meldepflicht sind (zur Kritik der Meldezahlen vgl. Kap. 2.4). Es ist anzunehmen, dass Poliomyelitis vor 1914 noch eine eher seltene Krankheit war. Die ersten belegten grösseren Epidemien trafen die Schweiz erst in den 1920er Jahren. Mit der Einführung der Meldepflicht 1914 geriet Poliomyelitis aber bereits vorher in den Fokus der Politik sowie der Gesetzgebung. Dieser Zeitpunkt stellt daher einen geeigneten Ausgangspunkt für die Studie dar, da so die Diskussionen und die Situation vor der ersten Epidemie aufgezeigt werden können.

Der Zeitrahmen endet mit dem Jahr 1965. Dies aufgrund von zwei Überlegungen: Einerseits wurden in diesem Jahr erstmals seit der Einführung der Meldepflicht keine neuen Fälle mehr gemeldet und die letzte grosse Epidemie war bereits über zehn Jahre her. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass die meisten der zum Zeitpunkt der letzten grossen Epidemie Erkrankten wieder in die Schule bzw. in die Arbeitswelt integriert worden waren, sofern dies das Ausmass der körperlichen Beeinträchtigung erlaubte und die Rehabilitationsphase abgeschlossen war. Zwar traten bis 1982 (bzw. 1989 letzter Fall einer Impf-Poliomyelitis) vereinzelt immer wieder Polio-Erkrankungen auf, jedoch bewegten sich diese zwischen null und zwei Fällen pro Jahr (insgesamt zwölf Fälle von 1965 bis 1982). Diese Meldungen stehen in keinem Verhältnis zu den Fallzahlen vor 1965. Natürlich waren die Betroffenen auch nach diesem Zeitpunkt mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert und das Gesundheits-, Versicherungs-, Fürsorge- und Erziehungswesen sowie weitere mehr mussten und müssen sich noch heute mit Poliomyelitis und ihren Folgen auseinandersetzen. Diese Nach-Epidemie-Zeiten sowie die Folgeerkrankungen (u. a. Post-Polio-Syndrom) sollen aber nicht Gegenstand dieses Projektes sein.

2.3 Bemerkungen zu Begrifflichkeiten

In dieser Arbeit wird bevorzugt der Begriff Poliomyelitis oder Polio verwendet. Die Bezeichnungen Kinderlähmung und Heine-Medin'sche Krankheit werden nur benutzt, falls aus Quellen direkt zitiert wird oder um die Begriffsgeschichte darzulegen. Dies vor allem aus dem Grund, da der Begriff ‚Kinderlähmung‘ impliziert, dass die Krankheit ein Problem der Kindheit darstellt. Dies hat sich nachweislich als falsch herausgestellt, da die Viren auch erwachsene Personen befallen können. Der Begriff ‚Heine-Medin'sche Krankheit‘ ist heute nicht mehr gebräuchlich und wird auch in den Quellen nur sehr selten verwendet.

Eine Erkrankung an Poliomyelitis kann zu bleibenden Lähmungen führen, die je nach Lokalisation Auswirkungen auf die Bildung, Erziehung und selbstständige Lebensführung haben können. Daher wird Polio dem Tätigkeitsfeld der Heilpädagogik, insbesondere der Körperbehindertenpädagogik zugeschrieben. Nach Hedderich beschäftigt sich die Körperbehindertenpädagogik „in Theorie und Praxis mit Erziehung, Bildung und professioneller Lebensbegleitung von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Menschen im Alter mit Körperbehinderung“ (Hedderich, 2006, S. 47). Es handelt sich dabei um einen spezialisierten Bereich der Heilpädagogik⁶.

Diese Fachdisziplin, die sich mit Menschen mit Beeinträchtigungen beschäftigt, ist noch relativ jung. Dennoch kam es bereits mehrfach zu neuen Bezeichnungen. Alle bisherigen Begriffe – ob Heil-, Sonder-, Behinderten-, Rehabilitations-, Integrations- oder Inklusionspädagogik – haben ihre Kritiker. Schlussendlich bezeichnen sie mehr oder weniger das gleiche Themenfeld, jedoch mit unterschiedlichem implizitem und explizitem Fokus. In dieser Dissertation wird der Begriff der Heilpädagogik verwendet, da er aus historischen Gründen passender erscheint als der in der Schweiz für Profession und Wissenschaft heute häufiger verwendete Begriff der Sonderpädagogik.

Der Begriff Heilpädagogik wurde im 19. Jahrhundert von Jan Daniel Georgens (1823–1886) und Heinrich Marianus Deinhardt (1821–1880) eingeführt, um „alle

⁶ Die Heilpädagogik bearbeitet mittlerweile sehr viele Themengebiete. Dies lässt sich anhand der veröffentlichten Literatur zu heilpädagogischen Themen erkennen. Ein aktuelles Beispiel dafür ist das 2016 erschienene ‚Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik‘ (Hedderich, Biewer, Hollenweger & Markowetz, 2016) sowie die Symposien der Internationalen Heil- und Sonderpädagogik (z. B. Bürli, Strasser & Stein, 2009; Erdélyi, Schmidtke & Sehrbrock, 2012; Sehrbrock, Erdélyi & Gand, 2013; Leonhardt, Müller & Truckenbrodt, 2015; Hedderich, 2016, etc.).

bisherigen Ansätze fürsorglicher, pädagogischer und medizinischer Behindertenhilfe zu einem Begriff zusammenzubringen“ (Hedderich, 2006, S. 45). Die Anfang des 20. Jahrhunderts in der Schweiz entstandenen Institute zur Ausbildung von Fachkräften trugen vorerst ebenfalls den Begriff ‚Heilpädagogik‘ in ihren Titeln (u. a. Heilpädagogisches Seminar, Zürich, 1924; Heilpädagogisches Institut, Luzern, 1930; erste (ausserordentliche) Professur für Heilpädagogik, Zürich, 1931; Professur für Heilpädagogik, Fribourg, 1935) (Wolfisberg, 2002, 2005). Der Begriff ‚Heilpädagogik‘ wurde zwar bereits von Heinrich Hanselmann kritisiert, da es nicht um Heilung gehe, sondern um die „Zusicherung helfender Massnahmen für die Verwirklichung des Erziehungsprozesses, d[ie] aufgrund einer bestehenden Entwicklungshemmung oder Entwicklungsstörung nötig schein[en]“ (Hoyningen-Süess, 1992, S.172). Dennoch blieb er in der Schweiz lange der vorherrschende Begriff (Wolfisberg, 2002). Unter Heilpädagogik verstehe ich in Anlehnung an Wolfisberg (2002) alle Aktivitäten zur Bildung, Erziehung und Fürsorge von Menschen mit einer Beeinträchtigung.

Das Phänomen, das mit dem Begriff der Behinderung zu fassen versucht wird, befindet sich in einem stetigen Wandel. Bis heute gibt es keine allgemein anerkannte Definition. Gemeinsamkeit besteht lediglich in der Betonung der Relativität des Begriffes (Hedderich, 2016). In der weit verbreiteten und vielzitierten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird Behinderung als eine Beeinträchtigung der Teilhabe verstanden, die durch eine negative Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren entsteht (DIMDI, 2005). Das Modell der WHO behält zwar den Gesundheitsfaktor bei, rückt aber die Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren ins Zentrum (Hedderich, 2016). Ein vollständiger Verzicht auf den Begriff der Behinderung ist aktuell noch nicht möglich (Schriber, 2016). Sobald es darum geht, Rechtsansprüche (Nachteilsausgleich, Sozialversicherungs-Leistungen etc.) geltend zu machen, braucht es eine begriffliche Fassung des Phänomens, die in diesem Kontext aber meistens defizitorientiert und negativ konnotiert ist (Hansen, 2008; Hedderich, 2016).

Der Begriff ‚Körperbehinderung‘ machte ebenfalls einen Wandel durch. Er löste in den 1920er Jahren den negativ besetzten Terminus des Krüppeltums ab. Nachdem verschiedene alternative Begriffe (wie Gebrechliche, orthopädisch Kranke, Gelähmte) abgewiesen wurden, kamen mit dem Ende des Ersten Weltkriegs und der damit verbundenen Demokratisierung Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung vermehrt selbst zu Wort. Diese befürworteten den Begriff ‚Körperbehinderung‘, der sich aber erst nach dem Zweiten Weltkrieg durchsetzen konnte (Wilken, 1983). Gegenwärtig sind vor allem drei sprachliche Variationen

in Gebrauch. Der Begriff ‚die Körperbehinderten‘ setzt die Behinderung mit der Person gleich und sollte daher vermieden werden. Die Adjektiv-Form, ‚der körperbehinderte Mensch‘, verweist darauf, dass die Behinderung ein wesentlicher Teil der Identität der Person darstellt und sollte daher ebenfalls nicht verwendet werden. Die Bezeichnung ‚Mensch mit Körperbehinderung‘ erscheint sprachlich zwar etwas schwerfällig, gilt heute aber als politisch korrekte, wenn auch nicht unumstrittene Version (Schriber, 2016).

Eine weitere sprachliche Differenzierung wird zwischen Beeinträchtigung und Behinderung vorgenommen. Wird von Behinderung gesprochen, sind im Sinne der ICF die negativen Wechselwirkungen zwischen einem Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren gemeint. Der Begriff der Beeinträchtigung umfasst dagegen nur Teilaspekte der ICF (Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder der Aktivität bzw. Partizipation), klingt im allgemeinen Sprachgebrauch aber möglicherweise verharmlosend (Schriber, 2016). Häufig werden die Begriffe auch als Synonyme gebraucht.

Die Begriffe scheinen in der Heilpädagogik eine kurze Halbwertszeit zu haben und unterliegen einer beständigen Anpassung, die jeweils mit ausgedehnten Diskussionen verbunden ist. Schriber (2016) betont, dass die Änderung des Begriffs nicht entscheidend ist. Dieser „wird ohne Veränderung der Bewusstseins-ebene, der Einstellungen, mit zunehmendem Gebrauch wiederum negativ konnotiert und irgendwann wieder auf den Inhalt übertragen“ (S. 17). Schriber plädiert dagegen für einen entspannteren und dennoch sorgfältigen Umgang mit den Begrifflichkeiten, damit eine „situations- und kontextspezifisch variantenreiche Arbeit mit den Sprachversionen“ (S. 20) ermöglicht wird. Die immer wiederkehrenden Diskussionen um den richtigen Begriff verweisen auf die „brüchigen Einstellungen“ gegenüber als anders wahrgenommenen Personengruppen und damit auf eine Diskrepanz zwischen „sozial erwünschten und realen Einstellungen“ (Schriber, 2016, S. 21).

In dieser Dissertation wird der Differenzierung von Behinderung und Beeinträchtigung im Sinne der ICF gefolgt. Von Behinderung wird gesprochen, falls die körperliche Beeinträchtigung bzw. Schädigung aufgrund von Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren die Teilhabe beeinträchtigt. Ausserdem wird auf die sprachliche Version ‚mit‘ Behinderung bzw. Beeinträchtigung zurückgegriffen. Dies soll unterstreichen, dass die Beeinträchtigung nicht mit der Person gleichzusetzen ist, sondern lediglich einen Aspekt ihres Lebens darstellt.

2.4 Quellen und Archive

Die Quellenlage für die Analyse war sehr unterschiedlich. Die Quellenproduktion hat mit Einführung der Meldepflicht für Poliomyelitis-Erkrankungen, spätestens aber mit dem Auftreten der ersten grossen Epidemien in den 1930er Jahren zugenommen.

Der Bereich des Gesundheitswesens (Gesundheitsbehörden und Kliniken) ist wesentlich besser dokumentiert als das Erziehungs-, Fürsorge- und Versicherungswesen. Doch selbst im Gesundheitswesen ist die Quellenlage höchst verschieden: So sind die Unterlagen der eidgenössischen Gesundheitsbehörden und anderer politischer Instanzen sehr gut erschlossen. Hingegen verfügen Kliniken kaum mehr über Unterlagen aus den entsprechenden Jahren. Da sie teilweise mehrfach umgezogen sind, umgebaut wurden und die Leitungspersonen bzw. -organe gewechselt haben, kam es – ob gewollt oder ungewollt – zum Verlust vieler Akten. Auch zwang die riesige Menge der über die lange Geschichte des Bestehens der Kliniken angesammelten Dokumente zu einer Reduktion. So wurden zum Beispiel die Patientenakten des Kinderspitals Zürich an das Staatsarchiv Zürich abgegeben. Dieses konnte aufgrund der grossen Menge und der Platzprobleme nur einen kleinen Teil davon archivieren (Legel, Antje, persönliche Mitteilung 05.04.2016). Ähnliches gilt für das Erziehungswesen: Verschiedene Institutionen haben durch Standort-, Leistungs- oder Trägerwechsel eine bewegte Zeit hinter sich. Akten und Protokolle der Erziehungsbehörden sind dagegen meistens erhalten.

Für die Darstellung des Verlaufs der Epidemien weltweit wurde auf Monografien und Zeitschriftenartikel zurückgegriffen. Bertenius (1947) hat sich in seiner Monografie ‚On the problem of poliomyelitis. An epidemiologicalstatistical study‘ bereits relativ früh mit der weltweiten Ausbreitung der Poliomyelitis beschäftigt. Fast 60 Jahre später veröffentlichten Smallman-Raynor und Cliff (2006) ihr Werk ‚Poliomyelitis: A World Geography: Emergence to Eradication‘, das weitere detaillierte Angaben über die globale Verbreitung liefert. Neben diesen beiden Büchern fand sich auch in verschiedenen medizinischen Dissertationen, die sich mit einzelnen Epidemien in der Schweiz oder dem Krankheitsbild der Poliomyelitis befassten, ein geschichtlicher Rückblick mit Berücksichtigung anderer Länder. Auf die verwendeten Quellen wird im entsprechenden Kapitel verwiesen.

Um die Betroffenheit der Schweiz darzulegen, wurde neben den Daten des Bundesamtes für Gesundheit auf Monografien, medizinische Dissertationen, Zeitschriften- und Zeitungsartikel sowie vereinzelte Archivakten zurückgegriffen.

Im Publikationsorgan⁷ des Bundesamtes für Gesundheit wurde in den Jahren 1914–1965 wöchentlich die gemeldete Zahl an Neuerkrankungen veröffentlicht. Daraus kann die Betroffenheit der einzelnen Kantone und Gemeinden abgeleitet werden. Die Daten aus dem jährlich erscheinenden Statistischen Jahrbuch der Schweiz wurden verwendet, um die Angaben des Gesundheitsamtes in Bezug zur Bevölkerungsgrösse der Gemeinde oder des Kantons setzen zu können. Das Bundesamt für Statistik verfügt ausserdem über historische, tabellarische Zusammenstellungen der Krankheits- und Todesfälle für verschiedene Infektionskrankheiten (Bundesamt für Statistik, n.d.-a, n.d.-b). Diese ermöglichten einen Vergleich der Poliomyelitis mit anderen übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose, Diphtherie und Typhus. Guido Fanconi verfasste 1945 das Buch ‚Die Poliomyelitis und ihre Grenzgebiete‘, in dem er neben der Epidemiologie auch das Krankheitsbild und die Behandlung beschrieb. Verschiedene medizinische Dissertationen widmeten sich einzelnen, lokalen Epidemien in der Schweiz und wiesen, wie bereits erwähnt, auf die Ausbreitung der Krankheit. Daneben fanden sich Zeitschriften- und Zeitungsartikel zu einzelnen Aspekten der Epidemien. Insbesondere in der Schweizerischen medizinischen Wochenschrift⁸ wurden zu diesem Thema einige aufschlussreiche Artikel veröffentlicht. Vereinzelt wurden auch Dokumente aus Archiven hinzugezogen, in denen die Epidemien thematisiert wurden. Diese Zeitdokumente enthalten nicht nur statistische Angaben, sondern geben auch einen vertieften Einblick in die damaligen Geschehnisse. Auf die entsprechenden Archive wird im betreffenden Kapitel verwiesen. Bezüglich der verwendeten statistischen Daten gibt es einige wichtige Punkte zu bemerken. Für die Aufarbeitung der Epidemien in der Schweiz standen lediglich die offiziellen Meldezahlen des Bundes zur Verfügung. Diese dürfen nicht unkritisch übernommen werden. Einerseits entwickelte sich die Kenntnis über das Krankheitsbild der Poliomyelitis und die verschiedenen Verlaufsformen mit der Zeit weiter. Dies führte zu einer Zunahme der gemeldeten Fälle, ohne dass es zu einer tatsächlichen Steigerung der Neuerkrankungen gekommen wäre. Andererseits kam es, wie im Abschnitt über den Forschungsstand erwähnt, auch zu Fehl-diagnosen. Sofern keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde,

⁷ Aktueller und frühere Titel: Bulletin (seit 1996), Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen (1979–1995), Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes (1920–1979), Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsamtes (1917–1919), Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz (1894–1916).

⁸ Neuere und frühere Titel: Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte erscheint seit 1871, ab 1920 unter dem Namen Schweizerische medizinische Wochenschrift und ab 2001 als Swiss Medical Weekly.

wurden Krankheitsfälle teilweise auch gar nicht oder zu einem viel späteren Zeitpunkt gemeldet. Aus den Akten geht auch hervor, dass der Meldepflicht nicht immer nachgekommen wurde. Die vom Bund gesammelten Anzeigen stellen somit nicht die tatsächliche Betroffenheit der Schweiz dar, sondern geben lediglich einen Anhaltspunkt. Mangels anderer Daten wurde dennoch auf diese zurückgegriffen, aber vor dem Hintergrund der beschriebenen Kritik interpretiert.

Für die Rekonstruktion der Reaktionen der Gesundheitsbehörden kann auf verschiedene Publikationen sowie Protokolle und Archive zurückgegriffen werden. Das Amtliche (stenographische) Bulletin der Bundesversammlung ist eine seit 1891 herauskommende Veröffentlichung des Bundes. Darin wurden zunächst eine Auswahl, ab 1971 alle Debatten des National- und Ständerates sowie der vereinigten Bundesversammlung der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die Protokolle der National- und Ständeratssitzungen liefern wichtige Einblicke in die politischen Diskussionen zum Thema Poliomyelitis. Das Bundesblatt erschien zwischen 1849 und 2008. Es handelt sich um eine chronologische Sammlung von Erlassen und amtlichen Dokumenten der Bundesverwaltung. Dazu gehören Botschaften des Bundesrates an die Bundesversammlung, vom Parlament verabschiedete Beschlüsse und Gesetze, Bundesbeschlüsse etc. Alle diese Quellen (Protokolle der Bundesversammlung ab 1921) sind für den untersuchten Zeitraum unter www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch digital verfügbar und können mittels Stichworten nach Themen durchsucht werden. Wie erwähnt (vgl. Kap. 2.1) wurde nach bestimmten Schlagwörtern gesucht und die entsprechenden Dokumente nach einer ersten Überprüfung in den Quellenkorpus aufgenommen. Erlasse auf Bundesebene können zusätzlich in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts⁹ nachgelesen werden. Weitere Grundlage für die Recherche bildete auch hier das Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit. Darin enthalten sind unter anderem eidgenössische und kantonale Kreisschreiben, Fachbeiträge und Gesetzestexte zum Thema Poliomyelitis. Besonders bei der Interpretation der Erlasse muss berücksichtigt werden, dass diese nicht unbedingt so realisiert wurden, wie vorgeschrieben (Manz, 2008). Daher wurden für die Darlegung der praktischen Umsetzung der Gesetze, Erlasse und Beschlüsse überlieferte Akten aus dem Bundesarchiv, dem Staatsarchiv Zürich und dem Stadtarchiv Schaffhausen verwendet.

⁹ Frühere Titel: Sammlung der eidgenössischen Gesetze: amtliche Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen (1948–1987), Eidgenössische Gesetzssammlung: amtliche Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen (1927–1947).

Für die Aufarbeitung des Umgangs der Kinderkliniken und orthopädischen Anstalten mit den Poliomyelitis-Epidemien geben beispielhaft die Jahresberichte der Kinderkliniken von Zürich und Bern sowie der orthopädischen Kliniken in Zürich (Balgrist) und Lausanne (Hospice orthopédique) einen Einblick in die Tätigkeiten der jeweiligen Institutionen. Darin enthalten sind Bemerkungen, wie mit der grossen Zahl der Patienten während der Epidemie-Jahre umgegangen wurde und was dies für die Entwicklung der Kliniken bedeutet hat. In den Jahresberichten der orthopädischen Anstalten sind jährlich die Patientenzahlen und Diagnosen aufgeführt. Damit lässt sich aufzeigen, welche Bedeutung Poliomyelitis für diese Fachdisziplin hatte. Die Schwierigkeit bei der Analyse der Jahresberichte ist, dass die darin enthaltenen Angaben den Kliniken für Spendenaufrufe dienen. Es ist davon auszugehen, dass daher gewisse Themen stärker in den Vordergrund gerückt wurden, als es nötig gewesen wäre. Zudem stellten diese Publikationen eine Möglichkeit zur Werbung dar, sodass die Kliniken sich vermutlich in einem möglichst positiven Licht zeigen wollten. Die Jahresberichte des Kinderspitals Zürich und der Anstalt Balgrist sind für den untersuchten Zeitraum vollständig im Staatsarchiv Zürich verfügbar. Die Berichte des Jenner-Kinderspitals in Bern sind in der Burgerbibliothek Bern für die Jahre 1932/1934–1938, 1940/1941, 1946–1962 greifbar. Die Jahresberichte des Hospice Orthopédique de la Suisse romande sind vollständig (für das Jahr 1927 erschien wegen des Umbaus der Klinik kein Jahresbericht). Sie befinden sich momentan im Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique der Universität Lausanne und werden später wahrscheinlich an das Staatsarchiv des Kantons Waadt übergeben. Als Ergänzungen wurden Jubiläumsschriften (Kinderspital Zürich, Basel, orthopädische Klinik Lausanne) miteinbezogen, die ebenfalls nur unter Vorbehalt verwendet werden können. Auch hier ist davon auszugehen, dass sich die Klinik möglichst gut darstellen wollte. Daneben geben medizinische Publikationen einen Einblick in den Umgang mit den Poliomyelitis-Erkrankungen. Da es sich um ein Thema handelt, das auch die Schulmedizin beschäftigt haben sollte, wurde auch das Publikationsorgan der Schweizer Schulärzte¹⁰ zwischen 1914 und 1965 untersucht. Mit den zahlreichen Namensänderungen der

¹⁰ Aktueller und frühere Titel: *International journal of public health* (seit 2007), *Sozial- und Präventivmedizin* (1974–2006), *Präventivmedizin* (1969–1973), *Zeitschrift für Präventivmedizin* (1956–1968), *Gesundheit und Wohlfahrt* (1934–1955), *Schweizerische Zeitschrift für Hygiene (und Archiv für Wohlfahrtspflege)* (1929–1933), *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege und Archiv für Sozialfürsorge* (1927–1928), *Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege* (1921–1926), *Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege* (1900–1920).

Zeitschrift ging auch ein Wandel der herausgebenden Gesellschaft sowie deren Ausrichtung einher, sodass die Schulmedizin nur noch einen kleinen Teil ausmachte. Die Themen waren immer weniger auf die Schulkinder konzentriert und die Poliomyelitis wurde selten thematisiert. Um die Geschichte der Behandlung der Poliomyelitis und der Entstehung der Beatmungs- und Intensivmedizin darzulegen, konnte auf bestehende Veröffentlichungen zurückgegriffen werden.

Patientenakten konnten aus verschiedenen Gründen nicht berücksichtigt werden. So wurden, wie bereits erwähnt, viele Akten der Kinderkliniken aufgrund ihres Alters entsorgt oder sie sind nicht nach Krankheitsbild geordnet. Für eine medizinische Dissertation wären gerade diese Akten besonders wertvoll. Auch für eine heilpädagogische Sicht auf die Poliomyelitis hätten die Akten einen wertvollen Hinweis auf die damalige Behandlungs-, Fürsorge- und Entscheidungspraxis geben können.

Die Thematisierung der Poliomyelitis im Erziehungswesen wurde anhand verschiedener Fachzeitschriften sowie beispielhaft an Akten der Erziehungsdirektion aus dem Staatsarchiv Zürich aus den Jahren 1936/1937 untersucht. Die Schweizerische Lehrerzeitung, ihr katholisches Pendant Schweizer Schule sowie die Zeitschrift L'Éducateur geben Einblick in die damalige Schulpraxis¹¹. Akten der Schulgemeinden wurden nur stichprobenartig konsultiert. In vier Epidemie-Jahren wurden die Akten der am stärksten betroffenen Schulgemeinden angesehen: 1923 war dies die Gemeinde Sattel, 1936 die Gemeinde Pfyn, 1937 eine

¹¹ Die Schweizerische Lehrerzeitung erschien ab 1856 unter dem Namen ‚Pädagogische Monatsschrift für die Schweiz‘, im Auftrag des Schweizerischen Lehrervereins. Der Bezug war für alle Mitglieder des Vereins obligatorisch (Zemp, 2006). Die Schweizerische Lehrerzeitung erschien im untersuchten Zeitraum von 1914 bis 1965 regelmässig und enthielt von 1931 bis 1940 alle zwei bis drei Monate eine Heilpädagogische Beilage. Die Schweizerische Lehrerzeitung war unter anderem das Mitteilungsorgan des Schweizerischen Lehrervereins, bot die Möglichkeit zur Diskussion bestimmter Themen, informierte über schul- und bildungspolitische Themen im In- und Ausland und vermittelte praktische Hinweise und Materialien für den Unterricht.

Die Schweizer Schule erschien 1893 das erste Mal unter dem Namen ‚Pädagogische Monatsschrift‘ und von 1894 bis 1914 als ‚Pädagogische Blätter‘. Urheber war der Verein katholischer Lehrer und Schulmänner der Schweiz (ab 1919 Katholischer Lehrerverein der Schweiz). Wie die Schweizerische Lehrerzeitung war die Schweizer Schule Vereinsorgan, sah sich aber auch als Fachzeitschrift für Lehrpersonen und ein breiteres Publikum.

L'Éducateur erscheint seit 1865 und ist das offizielle Organ des Syndicat des enseignants romands. Wie die Schweizerische Lehrerzeitung und die Schweizer Schule soll L'Éducateur das Kommunikationsorgan für die französischsprachigen Lehrerinnen und Lehrer sein sowie Theorie und Praxis der Pädagogik vermitteln.

Schulgemeinde der Stadt Zürich (Kreisschulpflege Limmattal) und 1954 die Schulgemeinde Root. Letztere verfügt nach eigenen Angaben über keine Akten mehr aus jener Zeit (Hodel, Andrea, persönliche Mitteilung 05.10.2016). Die Protokolle der Schulpflege wurden ausgehend vom betreffenden Jahr über zwei weitere Jahre geprüft. Es ist davon auszugehen, dass, falls die Schulgemeinden auf Erkrankungen von Poliomyelitis reagiert haben, sich dies insbesondere in Epidemie-Jahren oder kurz danach zeigen sollte. Verordnungen über ansteckende Krankheiten, welche die Schule betrafen, wurden dem Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsamtes entnommen.

Bezüglich des Fürsorgewesens entwickelte sich Pro Infirmis (früher: Schweizerische Vereinigung für Anormale) als erste Dachorganisation, die sich der Fürsorge von Menschen mit einer Beeinträchtigung widmete, schnell zu einer wichtigen Akteurin. Sie war über den gesamten Zeitraum in der Beratung und Unterstützung von Menschen mit Poliomyelitis eine bedeutende Organisation. Von Pro Infirmis konnten die Jahresberichte (ab 1921), ab 1942 die Zeitschrift Pro Infirmis sowie die Protokolle der Ausschuss-, Büro- und Vorstandssitzungen, der Haupt- und Delegiertenversammlungen eingesehen werden. Der Zugang zum restlichen Archiv des Hauptsitzes in Zürich wurde trotz mehrmaliger Nachfrage nicht gewährt. Dennoch geben die Dokumente einen Einblick, welchen Stellenwert die Poliomyelitis für Pro Infirmis gehabt hat und wie sie in die Fürsorge und andere Aktivitäten in Bezug auf Poliomyelitis involviert war. Es gelten auch hier die gleichen Vorbehalte wie bei den verwendeten Jahresberichten der Kliniken.

Schliesslich bildet die auflagestarke und insbesondere in der deutschsprachigen Schweiz weit verbreitete Neue Zürcher Zeitung (NZZ) eine wichtige Quelle für die gesellschaftliche Komponente der untersuchten Zeitspanne¹². Die NZZ fokussiert insbesondere die Entwicklungen im Kanton Zürich, aber auch die Vorgänge in der gesamten Schweiz sowie der Welt. Die Zeitung hatte und hat noch heute eine bürgerliche Haltung (Meyer, 2005) und bietet einen Online-Zugang zu ihrem Archiv. Dieses ermöglicht es, über eine Stichwortsuche Artikel zu gewünschten Themen zu finden. Es wurde auch hier nach den Stichworten Poliomyelitis, Polio, Kinderlähmung (Kinderlahmung) gesucht. Aufgrund fehlender Angaben konnten nicht mehr alle Autorenkürzel einer Person oder Presseagen-

¹² Die Auflagezahl entwickelte sich von etwas über 40'000 im Jahr 1914 auf etwa 80'000 im Jahr 1965. Sie erschien im untersuchten Zeitraum siebenmal pro Woche dreimal täglich.

tur zugeordnet werden. In diesen Fällen wurden die vorhandenen Kürzel übernommen. Eine Analyse der Zeitschrift ‚Beobachter‘¹³ – einer schweizerischen Zeitschrift, die unter anderem bekannt dafür ist, Missstände aufzudecken und die Gesellschaft über rechtliche und sozialpolitische Belange aufzuklären – führte zu keinen massgebenden Ergebnissen. Es fand sich lediglich ein ausführlicher Beitrag im Jahr 1930.

Um über Lebensbereiche berichten zu können, die in den Zeitdokumenten entweder gar nicht oder nur marginal thematisiert wurden, wurde auf Autobiografien zurückgegriffen. Diese Quellengattung wird von verschiedenen Autoren kritisch betrachtet, bildet aber für lebensweltliche Aspekte und bestimmte Lebensbereiche die einzige Informationsquelle. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um Erinnerungen handelt und diese von Zeitdokumenten zu unterscheiden sind. Erinnerungen können sich im Laufe eines Lebens durch verschiedene Einflüsse verändern. Autobiografien sind immer Erzählungen über Begebenheiten, die mit einigen Jahren bis Jahrzehnten Abstand erinnert werden (Seiffert, 2006). Dennoch sehe ich, entgegen der Ansicht von Seiffert, in Autobiografien eine wichtige Quelle, da sie trotz aller Kritik (z. B. Einseitigkeit, mangelnde Kontrollierbarkeit der Daten, mangelnde Repräsentativität) Informationen bereithalten, die auf anderen Wegen nicht erhältlich wären. So schreibt Stephan (2004), dass autobiografische Zeugnisse die einzige Quelle für bestimmte Sachinformationen sein können, auch wenn die Datierung oder die Chronologie der erzählten Ereignisse aufgrund verschiedener Einflüsse auf die Erinnerung stets überprüft werden muss. Werner Fuchs-Heinritz (2005) fordert, wenn Autobiografien als Quelle über historische Vorgänge herangezogen werden, einen korrigierenden Abgleich mit anderen Quellen. Auch wenn damit noch nicht sichergestellt ist, dass man so die sogenannte Wirklichkeit abbildet, so stellt dieser mehrperspektivische Zugang dennoch eine gewisse Absicherung der Daten dar. Dieser Abgleich ist nicht immer möglich, da die Zeitdokumente gewisse Themen aussparen. Autobiografische Quellen, gleich welcher Provenienz, sind manchmal die einzige Möglichkeit, Aussagen über gewisse Lebensbereiche und Erfahrungen zu machen. Der Einbezug lebensweltlicher Perspektiven lässt „anschaulich werden, was generalisierende Analysen von Lebensbedingungen nur in weitgehend

¹³ Der ‚Beobachter‘ wurde 1927 erstmalig an über 660'000 Haushalte in der deutschsprachigen Schweiz verteilt und erreichte bis Ende 1929 eine Auflagezahl von 700'000. Ab 1930 erschien die Zeitschrift vierzehntägig und wurde nur noch bezahlenden Haushalten zugestellt. Dies führte zu einem Rückgang der Auflagen auf etwa 300'000. Dieser Zyklus wurde bis heute beibehalten. Der Beobachter ist zwar eine politische, aber parteiunabhängige Zeitschrift (Häsler, 1982).

abstrakter Weise darzulegen vermögen“ (Ellger-Rüttgardt, 2016, S. 53). Eine ähnliche Quelle stellen Dokumentarfilme dar. ‚VERGISSMEINNICHT‘ (2008) ist ein Film über verschiedene Personen, die über ihre Erkrankung an Poliomyelitis sowie das Post-Polio-Syndrom berichten. ‚Seiltänzer‘ (2006) ist eine Auseinandersetzung mit Behinderung aus der Perspektive von Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen und ihren Angehörigen. In beiden Filmen sprechen Personen, die an Poliomyelitis erkrankt sind, über ihre Erlebnisse.

Schliesslich konnte ich für meine Fragestellung auf weitere Publikationen aus verschiedenen Kontexten zurückgreifen, die das Thema der Poliomyelitis ausführlich oder am Rande thematisierten. Sie geben einen zusätzlichen Einblick in die überlieferten Geschehnisse rund um die Poliomyelitis-Epidemien. Auf diese Publikationen wird in den jeweiligen Kapiteln direkt verwiesen. Die verwendeten Quellen wurden zudem, falls sie wertvolle Hinweise enthielten, auch in anderen Kapiteln verwendet. Auch darauf wird jeweils hingewiesen.

KONTEXT

3 Geschichte der Körperbeeinträchtigung: Fürsorge und Bildung

Körperliche Beeinträchtigungen, ob angeboren oder erworben, begleiten die Menschheit von Beginn an. So weisen Skelettfunde und bildliche Darstellungen aus vergangener Zeit auf verschiedenste Formen von Körperbeeinträchtigungen hin (Wilken, 1983). Dabei erschwert die über einen grossen Zeitraum fehlende oder unterschiedliche Benennung und Definition von Beeinträchtigung bzw. Behinderung das Schreiben der Geschichte der Fürsorge für und Bildung von Menschen mit einer Beeinträchtigung. Eine Differenzierung in verschiedene Formen von Beeinträchtigung (kognitive Beeinträchtigung, Sinnesbeeinträchtigung, körperliche Beeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung etc.) ist teilweise kaum möglich, da die Unterscheidungen nicht in dieser Form vorgenommen wurden. Will man sich auf die Schweiz fokussieren, fehlen bisher breitere Übersichtsarbeiten, wie sie in Deutschland vorhanden sind (z. B. Möckel, 2007; Ellger-Rüttgardt, 2008), insbesondere für den Bereich der Körperbeeinträchtigung.

Eine Geschichte der Fürsorge für und Bildung von Menschen mit einer (körperlichen) Beeinträchtigung zu schreiben kann sich über viele Jahrhunderte nur darauf beschränken darzulegen, welche Einstellung gegenüber den Menschen, die später in den Fokus der Heilpädagogik kamen, eingenommen wurde (Bopp, 1930). Dabei ist es nicht gerechtfertigt zu meinen, dass eine vermehrte Hinwendung zu Menschen mit einer Beeinträchtigung im Laufe der Geschichte nur mit einer Zunahme des Fürsorgewillens verknüpft war bzw. mit einem Sozialerwerden des Menschen. Auch die ökonomischen Voraussetzungen beeinflussten, ob es einem Volk oder in einem gewissen Zeitalter möglich war, Menschen, die sich nicht am Produktionsprozess beteiligen konnten, zu ernähren und zu pflegen. Erst wenn es in einer Gesellschaft gelingt, genügend Lebensmittel zu produzieren, kann in Betracht gezogen werden, als unproduktiv eingestufte Gesellschaftsmitglieder aufzunehmen. Doch auch wenn diese Grundvoraussetzung erfüllt ist, können andere Faktoren wie Normen, Riten, Bräuche oder magische Vorstellungen die Einstellung gegenüber Menschen mit einer Beeinträchtigung beeinflussen (See, 1973; Jantzen, 1974). Dies beweist eindrücklich die Zeit des Nationalsozialismus mit der gezielten Tötung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die heute verfügbaren Techniken wie die Präimplantations- und Pränataldiagnostik erlauben bereits sehr früh das Erkennen einer vermeintlichen Abweichung von der Norm. Mit dem Aufkommen dieser Methoden wurde die Dis-

kussion entfacht, was dies für die Anerkennung von Menschen mit einer Beeinträchtigung bedeutet. Auf der anderen Seite wird durch die moderne Medizin vielen Menschen das Leben erst ermöglicht (z. B. durch die Behandlung schwerer Erkrankungen oder Verletzungen), selbst wenn dadurch Beeinträchtigungen entstehen. Eine umfassende Debatte über die Folgen dieser neueren medizinischen Möglichkeiten würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Dasselbe gilt für das aktuelle Thema der Integration oder Inklusion von Menschen mit einer Beeinträchtigung.

Das folgende Kapitel soll sich darauf beschränken, einen Überblick über die Geschichte der Bildung und Fürsorge von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung vom Altertum bis in die 1960er Jahre zu geben. Das Ziel ist darzulegen, auf welche Voraussetzungen die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz trafen.

3.1 Altertum und Mittelalter: Erste Ansätze der Fürsorge

Das Altertum und Mittelalter umfassen eine grosse Zeitspanne von mehreren tausend Jahren und die Quellen vermitteln ein ambivalentes Bild von der gesellschaftlichen Stellung und Akzeptanz von Menschen mit einer Beeinträchtigung. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund von Krankheiten, Kriegen, Armut, Mangelernährung und fehlender medizinischer Betreuung (Braddock & Parish, 2001) sowie aufgrund körperlicher Strafen Beeinträchtigungen viel häufiger vorgekommen sind als heute. Wichtig für die Wahrnehmung von Menschen mit einer Beeinträchtigung war insbesondere die zugeschriebene Ursache der wahrgenommenen Differenz (Metzler, 2013) sowie ob es den Betroffenen möglich war, ihre soziale Rolle weiterhin auszuüben (Waldschmidt, 2006).

Im antiken Rom, Sparta und Athen waren Neugeborene zunächst vollkommen rechtlos. Missgestaltete Kinder konnten straflos ausgesetzt oder getötet werden; teilweise war es sogar staatlich geboten (Schumann, 1940; Perl, 1993, Nachdruck von 1926). Viele Beeinträchtigungsformen, die wir heute am ehesten als kognitive Beeinträchtigungen, Seh- und Hörbeeinträchtigung oder körperliche Beeinträchtigungen bezeichnen würden, waren und sind aber nicht bereits kurz nach der Geburt erkennbar, sondern werden erst nach Wochen, Monaten oder sogar Jahren ersichtlich. Es ist daher davon auszugehen, dass viele Kinder mit Beeinträchtigungen am Leben geblieben sind (Braddock & Parish, 2001; Metzler, 2006). Vereinzelte Überlieferungen lassen annehmen, dass Kindern absichtlich eine körperliche Schädigung zugefügt wurde, damit sie beim Betteln mehr Erbarmen

erwirkten und somit mehr Geld erhielten (Bopp, 1930). Ob und in welchem Ausmass dies tatsächlich geschehen ist, lässt sich heute nicht mehr beurteilen (Wolfisberg, 1995; Metzler, 2013). Auch wenn die Heilkunde im antiken Griechenland und in Rom grosse Fortschritte machte, blieb eine medizinische Behandlung meistens auf die herrschende Klasse beschränkt (See, 1973; Jantzen, 1974).

Im Römischen Reich wurde die Kindsaussetzung unter Kaiser Konstantin (ca. 280–337) verboten und verlor damit ihren legalen Charakter (Schumann, 1940). Sobald ein Kind christlich getauft war, durfte es weder ausgesetzt noch getötet werden. Dennoch weisen Quellen darauf hin, dass am Ende des Frühmittelalters noch offiziell Kindstötungen beschlossen wurden (Platz, 1876 nach Schumann, 1940). Die Aussetzung und Tötung kranker, gebrechlicher oder körperbeeinträchtigter Menschen verlor mit dem aufkommenden Christentum zwar ihren öffentlich-rechtlichen Charakter, wurde aber dennoch weiter praktiziert (Perl, 1993, Nachdruck von 1926).

Nach Bopp (1930) gab es im christlichen Altertum schon zur Zeit des römischen Kaisers Justinian (482–565) ein differenziertes Anstaltswesen. So sollen Fremdenhospize, Krankenhäuser, Witwenhäuser, Waisenhäuser, Krippen-, Säuglings- und Findlingsanstalten, Altersheime, Wöchnerinnenhäuser und ein „Hospiz für Krüppelhafte“ (S. 40) bestanden haben. Ebenfalls ist überliefert, dass man sich auch solcher Beeinträchtigungsarten annahm, die wir heute vielleicht unter den Begriffen Sinnesbeeinträchtigung, kognitive Beeinträchtigung und psychische Erkrankung fassen würden. Da es sich um Einzelfallbeschreibungen handelt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass dies eine verbreitete Art der Behandlung und Fürsorge war. Verbürgt ist lediglich, dass es Fälle gab, in denen sich Menschen in Hospitälern und Klöstern Personen mit Beeinträchtigungen zugewendet haben (Bopp, 1930). Häufiger war dagegen wahrscheinlich die Betreuung durch Familienmitglieder, vielleicht auch mit der Unterstützung der Nachbarschaft (Wolfisberg, 1995).

Im Mittelalter wurde die Gabe von Almosen bzw. Wohltätigkeit als christliche Pflicht angesehen. Die direkte Almosengabe wurde mit der Zeit abgelöst durch Spenden an Institutionen, die diese dann verteilten. Mit der Ausbreitung des Christentums entstanden daher auch immer mehr Institutionen zu wohltätigen Zwecken (Metzler, 2013).

Im Mittelalter nahmen sich zum einen verschiedene Klöster der Hilfsbedürftigen an. Zum anderen gab es spezialisierte Anstalten für bestimmte Hilfsbedürftige (Findlinge, Aussätzige, Blindenheime, Anstalten für Irre) oder spezialisierte Or-

densgenossenschaften, die sich Sonderzweigen der Caritas verschrieben (Spitalorden, Orden zu Gunsten von Gefangenen etc.) (Bopp, 1930). Menschen mit einer Beeinträchtigung, die weder arbeiten noch um Almosen bitten oder betteln gehen konnten, wurden teilweise von diesen Klöstern, Hospitälern oder Stiften mit dem Nötigsten versorgt (Wilken, 1983).

Ziel der mittelalterlichen Tätigkeiten für Menschen mit einer Beeinträchtigung war es nicht, die Bildung oder Ausbildung zu fördern, um ein produktives Mitglied der Gesellschaft zu schaffen. Die Betroffenen dienten vielmehr als Empfänger von Almosen, wodurch sich die Gebenden in christlicher Barmherzigkeit üben konnten (Perl, 1993, Nachdruck von 1926). Menschen mit Beeinträchtigungen, die nicht arbeiten konnten, wurden zum Betteln erzogen und reisten mit anderen auf Almosen angewiesenen Armen durch das Land (Ziem, 1956).

Ein grosses Problem für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen war, dass im Mittelalter in unterschiedlichem Ausmass Vergehen, wie zum Beispiel Diebstahl, Ehebruch und Raub, mit körperlichen Strafen geahndet wurden. Selbst bei verhältnismässig kleinen Delikten wurden Hände, Füsse, Ohren und Nasen abgeschnitten oder sonstige Verstümmelungen vorgenommen (Entfernung oder Spaltung der Zunge, Aufschlitzen der Nase etc.). Dies führte dazu, dass nicht immer klar erkennbar war, ob eine Person unverschuldet oder durch eine Strafe körperlich beeinträchtigt war, was zu viel Misstrauen führte. Daher war es möglich, eine schriftliche Bestätigung zu erhalten, die den Grund der Beeinträchtigung belegen sollte. Die vermutete Ursache für die Beeinträchtigung war für die Akzeptanz der Betroffenen ausschlaggebend (Metzler, 2013).

Im frühen Mittelalter wurde die Ursache von Krankheit und Beeinträchtigung nur teilweise in einer Sünde der Betroffenen oder deren Eltern gesehen. Daher wurden neben Methoden zur spirituellen Heilung oft auch solche angewendet, die der körperlichen Genesung dienen sollten. Andere Gründe für angeborene körperliche Schädigungen sahen die mittelalterlichen Mediziner in spezifischen Konstellationen (Ungleichgewicht der Körpersäfte, Sternkonstellationen etc.) oder in einem Fehlverhalten beim Akt der Zeugung (Empfängnis während der Menstruation, andere Stellung als die Missionarstellung etc.). Aber auch die Gedanken der Mutter während der Empfängnis sowie ihre Ernährung in der Schwangerschaft (z. B. Fleisch von männlichen Tieren) konnten, so wurde vermutet, einen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben. Bekannt war natürlich auch, dass Krankheiten, Unfälle, Verletzungen durch Kämpfe oder ein höheres Alter zu Beeinträchtigungen führen konnten (Metzler, 2006).

Da körperliche Beeinträchtigungen, wenn sie einmal aufgetreten waren, meistens als unheilbar galten, fanden sie in der mittelalterlichen Medizin nur wenig

Beachtung. Die Mediziner wollten weder Zeit darauf verwenden noch ihren Ruhm aufs Spiel setzen, da die Behandlung auch hätte misslingen können. Der Fokus lag daher stärker auf der Beschreibung möglicher Ursachen von Schädigungen und damit verbunden deren Prävention. Bei Letzterem ging es darum, Verletzungen so zu behandeln, dass möglichst keine Beeinträchtigung daraus folgen sollte. Dazu gehörte neben der Schienung von Brüchen unter anderem auch die Wundbehandlung (Metzler, 2006).

Bereits aus prähistorischer Zeit weisen archäologische oder literarische Funde sowie verschiedene Bibelstellen auf die Verwendung von Hilfsmitteln hin (Braddock & Parish, 2001). Im Mittelalter geben Berichte über Wunderheilungen Hinweise auf die damals verfügbaren Hilfsmittel. Insbesondere Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung standen verschiedene Behelfe zur Verfügung, um sich fortzubewegen. Neben verschiedenartigen Krücken oder Prothesen konnten sie sich bei stärkerer körperlicher Einschränkung auch mit Hilfe von Dritten fortbewegen (gestützt, getragen, im Wagen gefahren). Es wurde auch über Hunde berichtet, die Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung geführt haben sollen (Metzler, 2006).

Eine körperliche Beeinträchtigung war eine wichtige Ursache für Armut. Konnten sich die Betroffenen ihren Lebensunterhalt nicht durch eine Arbeitstätigkeit verdienen, waren sie auf das Betteln und Almosen angewiesen, vor allem bei schweren Beeinträchtigungen oder wenn keine Unterstützung durch die Familie oder dem sozialen Umfeld vorhanden war (Braddock & Parish, 2001; Metzler, 2006). Tatsächlich konnten wahrscheinlich viele Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung einer Arbeit nachgehen. Körbe flechten, Weben oder Spinnen war auch mit stärkerer körperlicher Einschränkung möglich, wenn auch nicht immer in derselben Geschwindigkeit, wie es Menschen ohne körperliche Beeinträchtigung möglich war. Es gab keine Tätigkeit, die Menschen mit einer körperlichen Schädigung bevorzugt ausübten. Die Rolle als Hofnarr oder Attraktion bei öffentlichen Veranstaltungen scheint zwar vorgekommen zu sein, war aber nicht die Regel (Metzler, 2013).

Um zu verhindern, dass nach einem Unfall oder Krankheit infolge von Arbeitsunfähigkeit die Armut drohte, setzten bereits im Mittelalter einige Arbeitgebende und Arbeitnehmende Verträge auf, die den Arbeitnehmenden im Falle von Krankheit oder Unfall eine Rente sichern sollten. Auch schlossen sich verschiedene Berufsgruppen zu Verbänden zusammen, die ihre Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit finanziell unterstützten. Diese beiden Vorsorgemöglichkeiten funktionierten somit ähnlich wie heutige Versicherungssysteme (Metzler, 2013).

Eine pädagogische Förderung von Kindern mit einer Körperbeeinträchtigung und anderen Beeinträchtigungen fand im Mittelalter praktisch nicht statt. Natürlich gab es zu jeder Zeit Ausnahmen. Diese waren meistens auf Nachkommen adliger oder wohlhabender Familien beschränkt, wie etwa die Biografie des Mönchs Hermanus Contractus (1013–1054) zeigt (Wilken, 1983). Dieser entstammte einem reichen, oberschwäbischen Adelsgeschlecht und konnte sich aufgrund einer Körperbeeinträchtigung nicht selbstständig fortbewegen. Hansjakob (1875) beschreibt Herimann folgendermassen:

Er konnte sich nie im Leben ohne Hilfe von der Stelle bewegen, sich allein nicht einmal nach der anderen Seite legen oder wenden. Gekrümmt saß er in seinem Tragsessel und konnte nur gebrochen und kaum verständlich reden, mit seinen gleichfalls gekrümmten Händen jedoch mit Noth schreiben. (Hansjakob, 1875, S. 12)

Herimann trat bereits mit sieben Jahren in das Kloster Reichenau ein, in dem auch sein Onkel lebte und wo er die Schule besuchen konnte (Hansjakob, 1875). Laut seiner Biografie, die von seinem Schüler Berthold von der Reichenau geschrieben wurde, erlangte er in kurzer Zeit grosses Wissen in weltlichen und geistlichen Wissenschaften und wurde zu einem angesehenen Lehrer (von der Reichenau, 2005).

Dienten Menschen mit einer Beeinträchtigung im Hochmittelalter als Mittel, sich in christlicher Barmherzigkeit zu üben und ewige Seligkeit zu erlangen, so wandelte sich deren Stellung im Spätmittelalter (Schumann, 1940). Die Zahl der Bettelnden wuchs stark und auch die Gründe, die Menschen zum Betteln brachten, wurden vielfältiger. Die ursprüngliche Gruppe der Witwen, Waisen, alten Menschen und Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung (inkl. Sehbeeinträchtigungen) wurde durch eine Vielzahl anderer Bettelnden ergänzt, wie zum Beispiel vom Grundherrn geflohene Bauern, Knechte und Mägde, Prostituierte und verwundete Veteranen. Gleichzeitig nahm die Spendenfreudigkeit ab. Die massive Zunahme der Armut und der bettelnden Bevölkerung veränderte die Haltung gegenüber dieser Personengruppe (Metzler, 2013). Die soziale Ächtung und der Widerstand wurden stärker (Perl, 1993, Nachdruck von 1926) und „Teufelsglaube, Hexenwahn und abstruser Aberglaube“ (Wilken, 1983, S. 231) beeinflusste den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen (Wilken, 1983). Falls sie nicht des Landes verwiesen wurden, wurden sie teilweise in Klöstern, Spitälern, Siechen- und Elendhäusern verwahrt (Schumann, 1940).

Aufgrund des zunehmenden Bettelproblems entstanden Ende des 14. Jahrhunderts an verschiedenen Orten Bettelordnungen, die als erste Ansätze einer Regelung der Beziehung zwischen Arm und Reich angesehen werden können (Ziem,

1956). So wurde unter anderem in der Nürnberger Bettel-Ordnung von 1390 festgelegt, dass nur in den Kirchen gebettelt werden durfte, ausser man war im Besitz einer Bettelmarke. Diese bekamen nur Personen, die ihre Bedürftigkeit nachweisen konnten, und sie hatte lediglich eine Gültigkeit von sechs Monaten. Menschen, die als arbeitsfähig eingestuft wurden, bekamen keine Marke. Fremde Bettelnde durften lediglich drei Tage bleiben und mussten die Stadt danach für ein Jahr verlassen. Die Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung wurden in den meisten dieser Bettelordnungen als zugelassene Bettelnde angesehen (Metzler, 2013).

Bereits nach kurzer Zeit änderte sich der Inhalt der Bettelordnungen. „Die wirtschaftlichen Veränderungen, aber auch die neuen geistigen Strömungen führ[t]en zu einer höheren Bewertung der Arbeit und zur schärferen Betonung der Arbeitspflicht“ (Scherpner, 1966, S. 27–28). Der Arme sollte, wenn möglich, zur Arbeit erzogen werden (Scherpner, 1966). Trotz dieser Massnahmen wurde das Problem des Bettelns nicht gelöst (Metzler, 2013).

Vor allem im Spätmittelalter nahmen sich nun auch nichtkirchliche Einrichtungen Kindern und Jugendlichen, die aus welchen Gründen auch immer in Not geraten waren, in sogenannten Rettungshäusern und Waisenanstalten an. Als der Gedanke der Fürsorge das Motiv der Isolierung und Verwahrung zu verdrängen begann, wurden für verschiedene Formen von Beeinträchtigungen vermehrt spezialisierte Anstalten errichtet und Kinder von Erwachsenen getrennt (Seidler, 1988).

3.2 Neuzeit: Ausbau der Fürsorge und beginnende Bildung

Was sich bereits im Spätmittelalter angekündigt hatte, wurde langsam vermehrt umgesetzt. Mit der Reformation gerieten neben dem Adel auch Angehörige tieferer sozialer Schichten (städtisches Bürgertum, bäuerliche Gesellschaft) in den Fokus der erzieherischen Bildungsbemühungen (Wilken, 1983). Auch Kinder mit einer (körperlichen) Beeinträchtigung sollten nicht mehr nur so lange betreut werden, bis sie selbst betteln gehen konnten, sondern gelehrt werden, wie man mit Arbeit Geld verdienen kann (Scherpner, 1966).

Trotz der stärkeren Hinwendung zu Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und der teilweise neutraleren, fast wissenschaftlichen Betrachtung dieser Personengruppe durch weltliche Gelehrte wie Paracelsus (1493–1541) oder Erasmus (1466–1536) blieben in der Gesellschaft und unter vielen Gelehrten weiterhin negative Vorstellungen verhaftet. Als Beispiel dazu dient die berühmte Tischrede von Martin Luther (1483–1546) über die Wechselbälger. Dieser

Begriff wurde für Kinder mit Beeinträchtigungen verwendet, die den Eltern durch den Teufel an Stelle des eigenen, gesunden Kindes untergeschoben worden seien. Luther riet, solche Geschöpfe zu töten oder so schlecht zu behandeln, dass der Teufel diese wieder gegen das gesunde Kind zurücktauschen würde (Josef, 1967).

Insgesamt mehrten sich die Bestrebungen bezüglich Fürsorge und Bildung. Einerseits wurden in der Stadt Zürich im 16. Jahrhundert wie bisher Menschen, die als unheilbar krank angesehen wurden, gegen eine Entschädigung im Spittel¹⁴ aufgenommen, während weniger schwere Fälle mit Almosen bedacht wurden (Rohrer, 1944). Andererseits wirkten die Ideen der Aufklärung in die Richtung, auch einen Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung „unter gewissenhafter Ausnutzung der ihm verbliebenen Fähigkeiten ein nützliches, bürgerlich geachtetes Leben führen zu lassen“ (Wilken, 1983, S. 233). Diese Fokussierung auf die Arbeitsfähigkeit war eine Folge des entstehenden Kapitalismus und warf die Frage auf, was mit jenen zu geschehen habe, die mit dieser Entwicklung nicht mithalten konnten (Waldschmidt, 2006).

Der Dreissigjährige Krieg verzögerte die Bestrebungen. Die kriegsbedingt Verarmten und körperlich Verwundeten wurden weiter in Armen- und Krüppelhäusern, abgeschirmt von der übrigen Bevölkerung, untergebracht (Bergeest, Boenisch & Daut, 2015). Erst in der Folgezeit wurde erneut unterstrichen, dass einige persönliche und soziale Verhältnisse auch veränderbar sind (Seidler, 1988). Bereits Johann Amos Comenius (1592–1670) betonte dabei das Recht von Menschen mit einer Beeinträchtigung auf Erziehung und Unterricht. Es dauerte jedoch noch über hundert Jahre, bis seine Überlegungen tatsächlich umgesetzt wurden (Ellger-Rüttgardt, 2008).

3.2.1 19. Jahrhundert: Institutionalisierung

Erst mit der Forderung ‚Bildung für alle‘, die mit der europäischen Aufklärung aufkam, wurden auch Menschen mit einer Beeinträchtigung beachtet. Körperliche Beeinträchtigungen im weitesten Sinne wurden als eine wichtige Ursache für Armut erkannt. Zunächst gerieten vor allem Seh- und Hörbeeinträchtigungen in den Mittelpunkt des Interesses. Wenn schon nicht die Ursache behandelt werden konnte, so sollten zumindest die Auswirkungen der Beeinträchtigung verändert

¹⁴ Beim Spittel (Hospital) handelte es sich um eine Einrichtung, die neben Kranken auch Arme, Waisen, Witwen, Sträflinge und Menschen mit einer Beeinträchtigung aufnahm und versorgte (Jenzer, 2014).

werden. Die Bildungs- und Berufsfähigkeit dieser ersten Gruppe geriet in den Fokus (Schmeichel, 1983). Nachdem zuerst Menschen mit einer Hör- oder Sehbeeinträchtigung einem Unterricht zugeführt wurden, wurde die Zielgruppe etwas später auch auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgeweitet (Ellger-Rüttgardt, 2008). Im 19. Jahrhundert nahm die Zahl der Anstalten in ganz Europa rasant zu (Braddock & Parish, 2001) und das Sonderschulsystem begann sich auszudifferenzieren (Wolfisberg, 2002).

Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen wurden zunächst weiterhin in anderen Anstalten wie Armen- und Kretinenschulen untergebracht. Diese erschienen den Vertretern der sich neu entwickelnden Orthopädie jedoch als ungeeignet (Schmeichel, 1983). Auf die Bedeutung der Orthopädie für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung soll kurz weiter eingegangen werden.

3.2.2 Orthopädische Institute

Die Orthopädie, die sich im 19. Jahrhundert allmählich als eigene Disziplin von der Chirurgie löste und durch Nicolaus Andry ihren Namen bekam, war die erste Wissenschaft, welche die Behandlung körperlicher Schädigungen zum alleinigen Inhalt ihres Faches machte (Wilken, 1983). Sie entwickelte sich aufgrund der zahlreichen Verwundeten aus den Feldzügen des 18. und beginnenden 19. Jahrhunderts (Schmeichel, 1983). Diese sowie die Auswirkungen der Industrialisierung führten zu Veränderungen im Sozialgefüge. Die Frauen- und Kinderarbeit wurde, noch stärker und für breitere Schichten als früher, überlebenswichtig. Die Arbeitsbelastung schränkte die zeitlichen Ressourcen für einen Schulbesuch der Kinder ein und hatte Auswirkungen auf deren Gesundheit (Ellger-Rüttgardt, 2008). Die Industrialisierung führte mit der damit verbundenen Ausbeutung der Angestellten zu einer Zunahme von körperlichen Beeinträchtigungen (Merkens, 1974).

Neben verschiedenen Fortschritten in der medizinischen Versorgung von körperlichen Gebrechen wurde erkannt, dass eine frühe Behandlung die Erfolgsaussichten erhöht. Diese Erkenntnis führte dazu, dass die Kinder in den Fokus der Orthopädie kamen (Schmeichel, 1983). Zunächst wurden die körperlichen Beeinträchtigungen nicht operativ behandelt. Mittels verschiedener Vorrichtungen und Hilfsmittel wurde versucht, Verkrümmungen mechanisch zurechtzubiegen bzw. -strecken. Erst mit zunehmender Kenntnis über die Fehlstellungen des Skeletts kamen auch Operationen in Betracht (Wolfisberg & Roffler, 2015).

Die ersten Bemühungen um Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen gehen auf den Schweizer Arzt Jean-André Venel (1740–1791) zurück (Rohrer, 1944). Im

weltweit ersten orthopädischen Institut, das er 1780 in Orbe (Kanton Waadt, Schweiz) gründete, war neben der Behandlung der körperlichen Beeinträchtigung auch Unterricht für die Kinder Teil des Klinikalltages (Hedderich, 2006). Viele weitere orthopädische Institute in England, Frankreich und Deutschland folgten, einige boten wie das Institut von Venel Unterricht an (Schmeichel, 1983). Der grösste Teil dieser Institute wurden von Privatpersonen, das heisst ausserhalb der Universität und ohne staatliche Unterstützung, gegründet und geführt. Daher hatten sie oft mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen und konnten nur selten mittellose Patienten aufnehmen. Die meisten wurden mit dem Tod des Gründers oder kurz danach wieder geschlossen (Seidler, 1988).

Die orthopädischen Institute verhalfen der Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen mit einer körperlichen Beeinträchtigung nicht zum Durchbruch. Das vornehmliche Ziel war, die Kinder und Jugendlichen zu heilen. Der Unterricht wurde nur durchgeführt, da die Behandlung Monate bis Jahre dauern konnte (Möckel, 2007). Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung, die keiner Behandlung bedurften oder deren Eltern die notwendigen finanziellen Mittel nicht aufbringen konnten, wurden von den orthopädischen Instituten meistens nicht aufgenommen. Sofern diese Kinder die Regelschule nicht besuchen konnten, blieben sie ohne Schulbildung zu Hause oder wurden in anderen Einrichtungen untergebracht (Wehrli, 1968).

Dennoch veränderte sich mit den Fortschritten der chirurgischen Orthopädie und dem wachsenden Interesse der Ärzte an dieser Personengruppe die Stellung und Wahrnehmung der Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung. Dadurch, dass immer mehr Schädigungsformen behandelt oder sogar verhindert werden konnten, wurden sie von vielen Vorurteilen befreit. Durch die Poliomyelitis-Epidemien zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es zu einer schnellen Weiterentwicklung der chirurgischen und konservativen Behandlungsmethoden (Merkens, 1981). Ausgenommen vom verstärkten Interesse der Medizin blieben die Menschen mit Körperschädigungen, die als nicht behandelbar galten (Büttner, 1890, zit. nach Merkens, 1981).

Der Berliner Orthopäde Konrad Biesalski (1868–1930) betonte im Gegensatz zu vielen seiner Mitstreitenden, die der Medizin eine Sonderstellung zuwiesen, die Wichtigkeit des Ineinandergreifens von medizinischer Behandlung, Erziehung, Unterricht, Berufsberatung und Berufsausbildung. Er begründete dies vor allem mit der grossen Bandbreite von Körperbeeinträchtigungen, die abhängig vom Einzelfall unterschiedlich stark der Unterstützung der verschiedenen Fachgebiete bedürfen (Seidler, 1988). Biesalski gründete 1906 in Berlin-Dahlem das Oscar-Helene-Heim, eine orthopädische Privatanstalt für Kinder und Jugendliche

mit einer Körperbeeinträchtigung, und stiess im selben Jahr die erste ‚Krüppelzählung‘ Deutschlands an. Diese hatte zum Ziel, alle armen Kinder und Jugendlichen mit einer Körperbeeinträchtigung im Alter von 0 bis 15 Jahren zu erfassen. Biesalski konnte so nachweisen, dass es sich bei Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung nicht um eine vernachlässigbare Minderheit handelte, sondern ein Massenproblem darstellte, das die anderen Beeinträchtigungsarten weit übertraf. Die ‚Krüppelzählung‘ führte in Deutschland zu einem schnellen Zuwachs vor allem der offenen Fürsorgeeinrichtungen (Seidler, 1988). Die Schulpflicht für ‚bildungsfähige‘ Kinder und Jugendliche mit einer Körperbeeinträchtigung wurde in Deutschland 1938 reichsweit einheitlich eingeführt (Wilken, 1983).

Es gab auch Versuche, sich der Körperbeeinträchtigung aus pädagogischer Sicht zu nähern. Hans Würtz (1875–1958), Erziehungsdirektor und Mitarbeiter Biesalskis (Wilken, 1983) betonte in seinem Werk ‚Das Seelenleben des Krüppels‘ die Wichtigkeit einer besonderen ‚Krüppelpädagogik‘ und einer guten Schulbildung (Würtz, 1921). Er war der Überzeugung, dass eine körperliche Beeinträchtigung ganz spezifische Auswirkungen auf die Psyche des Betroffenen haben (‚Krüppelseele‘) und daraus negative Persönlichkeitszüge folgen würden. Bereits zu Lebzeiten erfuhr er für seine nicht wissenschaftlich untersuchten Behauptungen viel Kritik. Er befürwortete die Bildung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung in Heimen und stand dem Verbleib der Kinder in den Familien und dem gemeinsamen Unterricht mit Kindern ohne Beeinträchtigung kritisch gegenüber. Trotz dieser aus heutiger Sicht überholten Behauptungen und Ansichten führte seine Tätigkeit zu einer Horizonterweiterung der bisher rein medizinisch-orthopädischen Sichtweise der körperlichen Beeinträchtigung um pädagogische und psychologische Aspekte (Musenberg, 2003).

3.2.3 Erste Bildungseinrichtungen

Obwohl in der Schweiz seit spätestens dem Mittelalter Kinder und Jugendliche aus verschiedenen Gründen fremdplatziert werden konnten (Asyle, Anstalten, Pflegefamilien), wurde diese Praxis erst 1912 auf eidgenössischer Ebene gesetzlich geregelt. Davor waren die Kantone für die Regelungen zuständig, die sich meist auf knappe Vorgaben bezüglich der Pflegefamilien beschränkten. Für Anstalten gab es dagegen lediglich eine Meldepflicht. Wie es den Kindern und Jugendlichen ging, wurde kaum kontrolliert. Dies führte zu teilweise unhaltbaren Zuständen. Erst im Jahr 1968 formierte sich eine Protestbewegung, welche die breite Öffentlichkeit auf die Situation aufmerksam machte, was Anfang der

1970er Jahre zu grundlegenden Änderungen führte (Wolfisberg & Roffler, 2015). Aufgrund der vielen negativen Berichte über die Zustände in Heimen kann wohl kaum von einer Erfolgsgeschichte gesprochen werden. Wenn im folgenden Kapitel auf die Geschichte der Bildung und Erziehung von Kindern mit einer Körperbeeinträchtigung eingegangen wird, die unter anderem in Heimen stattgefunden hat, soll damit lediglich dargelegt werden, was es für die Betroffenen für Beschulungsmöglichkeiten gab.

Im 19. Jahrhundert steckte die Heilpädagogik noch in den Kinderschuhen. Im Vordergrund standen Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive Beeinträchtigungen sowie Verhaltensauffälligkeiten. Obwohl im 18. Jahrhundert einzelne Pioniere die Idee der Bildbarkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen umzusetzen begannen und spezifische Institutionen gründeten¹⁵, konnte nur eine Minderheit der Kinder und Jugendlichen von einem Bildungsangebot profitieren (Ellger-Rüttgardt, 2008).

Die ersten Bildungseinrichtungen für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten entstanden in der Schweiz Ende des 18. Jahrhunderts¹⁶ (Rohrer, 1944). Wenige Jahrzehnte später folgten Einrichtungen für Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen¹⁷ (Wolfisberg, 2002). Körperbeeinträchtigungen beschäftigten die damalige

¹⁵ Zum Beispiel 1771 Abbé de l'Épée, Pariser Taubstummenanstalt; 1779 Kaiser Joseph II, Kaiserlich-Königliches Taubstummen-Institut; 1785 Valentin Haüy, Pariser Blindenschule; 1778 Kurfürst Friedrich August von Sachsen, Leipziger Taubstummeninstitut (Ellger-Rüttgardt, 2008).

¹⁶ Die ersten Bestrebungen einer Fürsorge für sogenannte ‚verwahrloste‘ oder ‚schwererziehbare‘ Kinder begannen in der Schweiz 1775. Der bekannte Schweizer Pädagoge Johann Heinrich Pestalozzi gründete im Kanton Aargau die erste land- und hauswirtschaftliche Schule für Arme. Seine Bestrebungen wurden von Philippe Emmanuel Fellenberg mit einer landwirtschaftlichen Schule für ‚Arme, Schwererziehbare, jugendliche Verbrecher und Vagabunden‘ fortgesetzt. 1819 entstand die erste kantonale Erziehungsanstalt, die Linthkolonie, im Kanton Glarus (Rohrer, 1944).

¹⁷ Für die Erziehung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gelten die Bemühungen des Mediziners Jean Itard, der durch seine Erziehungsversuche (1801–1807) von Victor, dem Wilden von Aveyron, bekannt wurde, als Wendepunkt (Ellger-Rüttgardt, 2008). In diese Zeit fiel auch die Arbeit von Hans Jakob Guggenbühl (1816–1863), einem Schweizer Arzt. Auf einer Reise zur Erforschung des Alpenstichs (einer infektiösen Lungenkrankheit) begegnete der junge Student 1836 bei Seedorf (Kanton Uri) oberhalb des Vierwaldstättersees einem Mann mit Kretinismus, welcher ihn sehr faszinierte. Nachdem Guggenbühl sein Studium 1837 abgeschlossen hatte, liess er sich in Matt (Kanton Glarus) nieder. Dieses Dorf war, wie viele andere Bergdörfer auch, stark von Kretinismus betroffen. Nach intensiver Beschäftigung mit dem Krankheitsbild gründete

Heilpädagogik nur am Rande. Wie bereits erwähnt fanden betroffene Kinder und Jugendliche, falls sie nicht zu Hause leben und die Regelschule besuchen konnten, Aufnahme in verschiedenen anderen Anstalten wie Armenschulen oder Anstalten für Kretine (Wolfisberg, 2002, S. 16).

Wahrscheinlich den ersten tatsächlichen Anlauf einer Beschulung von Kindern mit Körperbeeinträchtigung in der Schweiz versuchte 1792 Johannes Schulthess. Er forderte eine Armenschule, die sich auch solcher Kinder annehmen sollte (Wehrli, 1968). Aufgrund der wachsenden Bevölkerung und der wirtschaftlichen Veränderungen im 18. Jahrhundert kam es zu einer Zunahme verwahrloster Kinder und Jugendlicher, die sich unbetreut in den Strassen der Städte aufhielten. Dies wurde als eine Gefahr für die anderen Kinder und Jugendlichen angesehen. Daher versuchte die Gesellschaft zur Beförderung des Guten, der auch Heinrich Pestalozzi angehörte, diese Kinder durch die Gründung von Knaben- und Töchtergesellschaften von der Strasse zu holen und sie unter Aufsicht spielen zu lassen. Später schlug der Lateinschullehrer Hans Rudolf Maurer vor, einen Versuch einer kostenlosen Beschulung dieser Kinder zu starten. Maurer war 1792 Pfarrer in Affoltern am Albis, wo Johannes Schulthess Chorherr war. Dieser übernahm die Aufsicht über die Kinderfürsorge. Der Andrang scheint sehr gross gewesen zu sein (Weisz, 1944).

Johannes Schulthess forderte kurze Zeit später den Ausbau der Zürcher Armenschulen. Diese sollten für Kinder geöffnet sein, deren Eltern weder Schulgeld, Schulbücher noch Schreibutensilien bezahlen konnten. Besonders sollte eine Erziehungsstätte geschaffen werden „für solche, die wegen Leibesgebrechen oder

er 1841 auf dem Abendberg (Kanton Bern) eine Einrichtung zur Behandlung und Förderung von betroffenen Kindern. Die Anstalt wurde weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt (Alther, 1923). Seine Interpretation von Heilung sowie seine von vielen als negativ wahrgenommene Art der Selbstinszenierung brachten ihm von Anfang an Kritik ein (Wolfisberg, 2002). Als sich dann die Schweizerische Naturforschende Gesellschaft, die für Guggenbühl wegweisend war, von ihm abwendete, nahmen die kritischen Stimmen in der gesamten Schweiz zu und die finanzielle Lage wurde immer prekärer. 1863 starb Guggenbühl und die Anstalt wurde aufgelöst. Der Mediziner Theodor Kocher erkannte schliesslich 1874 den Zusammenhang zwischen Schilddrüsenhormonen und Kretinismus. Eine medizinische Prophylaxe und Behandlung wurde damit möglich (Alther, 1923). Trotz aller Kritik an Guggenbühl hatten seine Bestrebungen Auswirkungen auf die Schweiz und das Ausland. Es entstanden an verschiedenen Orten Heime für Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen. In der Schweiz wurde das erste 1849 von Barbara Keller in Zürich eröffnet und weitere folgten in kurzen Abständen (Rohrer, 1944).

anderer Naturfehler keine andere Schule regelmäßig besuchen können, aber anderswo mit gehöriger Sorgfalt behandelt werden könnten“ (Zitat unbekannter Quelle, zitiert nach Weisz, 1940, Blatt 5). Diese Schule nahm 1793 im Zürcher Niederdorf ihren Betrieb auf¹⁸. Ob und wie viele Kinder mit einer Körperbeeinträchtigung tatsächlich unterrichtet worden sind, ist nicht überliefert (Wehrli, 1968).

Im 19. Jahrhundert entstanden in verschiedenen Ländern Europas gesonderte Heime, die sich Kindern mit körperlichen Beeinträchtigungen annahmen (Tabelle 1, S. 63). Die Münchner Anstalt von Nepomuk von Kurz war die erste Erziehungs- und Ausbildungsanstalt für Kinder und Jugendliche mit körperlichen Beeinträchtigungen (Schmeichel, 1983). Diese Technische Industrieanstalt für krüppelhafte Kinder wurde kurz später in die Handwerkliche Schule für krüppelhafte Kinder umgewandelt und bereits 1844 verstaatlicht. Das Ziel war von Anfang an die Förderung der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, begleitet von einer ärztlichen Behandlung und Kontrolle (Ziem, 1956). Die aufgenommenen Kinder hatten die Volksschule schon beendet und standen nun am Übergang zum Berufsleben. Sie sollten durch die Schule an eine Arbeitstätigkeit herangeführt werden. Kinder mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen wurden nicht aufgenommen. Die Schule von Johann Nepomuk von Kurz war daher eher eine spezielle Industrieschule (Möckel, 2007). In den folgenden Jahren und Jahrzehnten wurden in Deutschland mehrere weitere Anstalten eröffnet (Ziem, 1956).

In der Schweiz begannen die institutionellen Bemühungen um Kinder mit einer Körperbeeinträchtigung etwas später. Zunächst standen vor allem Heime, später

¹⁸ Das Ziel, die verwahrlosten Kinder und Jugendlichen von der Strasse zu bekommen, wurde aufgrund der wenigen Unterrichtsstunden (zwei bis vier Stunden täglich) nicht erreicht. In der Folge wurde für die grösseren Mädchen eine Arbeitsschule geschaffen, in der sie kostenlos Stricken und Nähen lernen konnten. Die Produkte der begabteren Mädchen wurden verkauft und das Geld für den Erwerb von Kleidungsstücken für das jeweilige Mädchen gespart, falls die Eltern es nicht dringend für andere Anschaffungen brauchten. Für Knaben stand vorerst kein ähnliches Angebot zur Verfügung. Mit der einsetzenden Revolution versiegten die Geldquellen für die Schule. Die Gesellschaft zur Beförderung des Guten, die sich mittlerweile Gesellschaft zur Aufnahme sittlicher und häuslicher Glückseligkeit nannte, löste sich auf und auch die Spenden anderer Geldgeber setzten aus. Zudem bemängelte Schulthess den Willen der Eltern und Kinder, schnell auszulernen und die Schule zu verlassen. Johannes Schulthess gelang es aber dennoch, die 1899 neu gegründete Hilfsgesellschaft, die von Hans Caspar Hirzel präsiert wurde, dazu zu bewegen, die Schule zu übernehmen. Die starke Nachfrage führte schliesslich dazu, dass 1804 die Lehrschule geschlossen und nur noch die Arbeitsschule weitergeführt wurde (Weisz, 1944, Blatt 2).

auch Wocheninternate und Tagesschulen zur Verfügung. Daneben boten einige Kliniken neben der medizinischen Betreuung auch Unterricht in unterschiedlichem Ausmass an.

Tabelle 1: Erste Heime für Kinder mit einer Körperbeeinträchtigung in Europa (nach Seidler, 1988, S. 8)

Land	Jahr	Name der Institution	Stadt
Deutschland	1832	Anstalt von Nepomuk von Kurz	München
	1840	Gustav Werner Stiftung	Reutlingen
England	1851	The Cripples Home and Industrial School for Girls	London
Frankreich	1853	Asile de la Princess Mathilde	Neuilly
	1858	Asile des jeunes garçons infirmes et pauvres	Paris
Schweiz	1864	Mathilde Escher Stiftung	Zürich

Heime: 1864 eröffnete Mathilde Escher¹⁹ in Zürich das St.-Anna-Asyl (später: Mathilde-Escher-Heim). Das Heim war zunächst wahrscheinlich für zwölf Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung beiderlei Geschlechts gedacht. Aufgenommen wurden Kinder, die dem Unterricht folgen konnten und nicht dauernder Pflege bedurften. Die Schule konnte auch von Kindern, die ausserhalb des Asyls wohnten, besucht werden. Zusätzlich war das St.-Anna-Asyl ein Ausbildungsheim für nicht beeinträchtigte Mädchen. Somit hatte das heutige Mathilde-Escher-Heim in zwei Bereichen eine Pionier-Rolle inne. Es war das erste Heim in der Schweiz für Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung sowie das erste Ausbildungsheim für Mädchen. Spätestens ab 1900 wurden nur noch Mädchen

¹⁹ Mathilde Escher (1808–1875) stammte aus einer wohlhabenden, einflussreichen Familie aus der Stadt Zürich. Nach einer weltlich ausgerichteten Bildung während ihrer wohlbehüteten Kindheit wurde sie sich als junge Frau auf verschiedenen Reisen des Elends eines grossen Teils der Bevölkerung bewusst und wandte sich dem christlichen Glauben zu. Durch ihre Begegnung mit Elisabeth Fry, einer englischen Quäkerin, wurde ihr soziales Engagement geweckt und sie setzte sich zunächst vor allem für Gefangene ein. Nach dem Tod ihrer Eltern weitete sie ihre sozialen Tätigkeiten auf weitere Bereiche aus und unterstützte sozial Benachteiligte auf unterschiedliche Weise. Sie erkannte schnell, dass sie für eine effiziente Unterstützung ihre finanziellen Mittel bündeln musste, und konzentrierte sich daher auf ein einzelnes Projekt – das St.-Anna-Asyl (Wolfisberg & Roffler, 2015).

aufgenommen. Die Erziehung und der Unterricht standen im Vordergrund, während der orthopädischen Behandlung der körperlichen Beeinträchtigungen erst Anfang des 20. Jahrhunderts mehr Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Es galten sehr strenge Regeln. Kontakte zwischen den Mädchen und den Eltern waren nur sehr eingeschränkt möglich, die Erziehung musste ganz an die Hauseltern abgetreten werden. Im Alter von 16 Jahren mussten die Kinder aus dem Heim austreten. Was danach mit ihnen geschah, falls sie ihren Lebensunterhalt nicht selbst verdienen konnten, darüber kann nur spekuliert werden. 1910 erwarb die Stiftung ein Stück Land vom Schweizerischen Verein für krüppelhafte Kinder, der in unmittelbarer Nachbarschaft eine Anstalt für krüppelhafte Kinder errichten wollte. Diese geplante räumliche Nähe war nicht zufällig. Eine einige Jahre zuvor in die Wege geleitete Zusammenlegung der beiden Anstalten war aufgrund statutarischer Vorgaben nicht umsetzbar. Durch die Nachbarschaft wurde jedoch eine enge Zusammenarbeit möglich. Der Umzug in den Neubau 1911 war verbunden mit einer Vergrößerung des Heims, dem Bau eines Turnsaals für die Behandlung der körperlichen Beeinträchtigungen und einer Umbenennung in Mathilde-Escher-Heim. Nun war es auch möglich, dass die Mädchen ihren Aufenthalt für eine Berufsausbildung verlängern konnten. Am neuen Standort wurden auch Kinder mit schwereren Beeinträchtigungen aufgenommen und ab 1940 öffnete sich das Heim für Knaben. Nach dem Zweiten Weltkrieg nahm die Anzahl der Kinder mit Folgen einer Poliomyelitis zu, 1960 machten sie den grössten Anteil aus. Die Einführung der Invalidenversicherung (IV) wirkte sich auf die finanziellen Verhältnisse positiv aus und das Heim war in den 1960er Jahren gut ausgelastet²⁰ (Wolfisberg & Roffler, 2015).

Nach der Gründung des ersten Schweizer Heims für Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung dauerte es mehrere Jahrzehnte, bis weitere Anstalten eröffnet wurden. 1917 wurde die Opera di Assistenza di Lugano-Campagna gegründet. Sie organisierte Kuraufenthalte, finanzierte Spitalaufenthalte, verteilte Milch und Medikamente, desinfizierte Häuser und war bei der Suche nach Heimplätzen behilflich. Diese regionale Hilfe wurde bald kantonale ausgeweitet und es entstand die Idee, ein eigenes Heim zu gründen. 1922 konnte in Soregno (Kanton

²⁰ Danach machte sich die Konkurrenz anderer Heime bemerkbar, während gleichzeitig aufgrund des medizinischen Fortschritts die Nachfrage nach Heimplätzen sank. Nachdem sich das Heim ab 1984 einige Jahre auf Kinder und Jugendliche mit Muskeldystrophie Typ Duchenne spezialisiert hatte, öffnete es sich Ende der 1990er Jahre wieder für andere Krankheitsbilder und eröffnete 2011 einen Wohnbereich für Erwachsene (Wolfisberg & Roffler, 2015).

Tessin) das Ospizio bambini eröffnet werden, das hilfsbedürftige Kinder aufnehmen sollte (unterernährte Kinder, Kinder mit kognitiven oder motorischen Beeinträchtigungen, Waisenkinder etc.). Kurze Zeit später spezialisierte es sich auf Tuberkulose-gefährdete Kinder. Dazu gehörten schwächliche Kinder, bei denen durch eine geeignete Ernährung und Pflege eine Chance für eine Verbesserung oder Heilung des Zustandes gesehen wurde. Erst in den 1950er Jahren, als die Tuberkulose-Fälle abnahmen, wurden wieder Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Sehbeeinträchtigungen aufgenommen. Unterricht wurde bereits ab 1922 erteilt, jedoch zunächst sehr reduziert. Erst mit den Jahren wurde die Stundenzahl ausgebaut und 1936 ein eigenes Schulhaus errichtet (Ferrini, 1992). Nach Einführung der Invalidenversicherung wurde 1963 eine Sonderschule für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen sowie ein Physiotherapie-Ambulatorium eingerichtet (Wehrli, 1968).

Für Kinder und Jugendliche, die neben einer körperlichen Beeinträchtigung noch eine Sinnesbeeinträchtigung oder eine andere Beeinträchtigung aufwiesen, bestanden bisher keine Schulungsmöglichkeiten. Daher wurde 1931 in St. Gallen aus privater Initiative das Schulungsheim für mehrfach gebrechliche Kinder (heute Stiftung Kronbühl) eröffnet. Die Hausmutter erteilte selbst Unterricht und wurde teilweise unterstützt von einem der Initiatoren, Ulrich Rothenberger, der von Beruf Lehrer für Kinder mit Taubblindheit und selbst sehbeeinträchtigt war. Kurze Zeit später wurde eine Kindergärtnerin eingestellt. Ende 1932 lebten bereits 20 Kinder im Heim, von denen die meisten nur praktisch geschult wurden. 1934 konnte eine grössere Liegenschaft bezogen werden und die Zahl der Kinder und Jugendlichen stieg dementsprechend an. Es wurde eine zweite Kindergärtnerin eingestellt, 1938 eine heilpädagogisch ausgebildete Lehrerin und 1955 eine weitere Lehrperson. Mit der Einführung der Invalidenversicherung konnte das Heim den Personalbestand vergrössern, das Therapie-Angebot erweitern und die Anfragen für die Schulplätze stiegen an (Kunz, 1981).

Das Anna-Stokar-Heim wurde 1937 in Schaffhausen eröffnet und bot 24 ‚gebrechlichen Mädchen‘ ab dem 15. Lebensjahr ein Zuhause. Bevorzugt aufgenommen wurden Frauen mit leichten Beeinträchtigungen, die ausserhalb des Wohnheims einer Beschäftigung nachgehen konnten. Für Frauen mit stärkeren Beeinträchtigungen wurde durch Heimarbeit eine Einkommensquelle geschaffen. Auch solche, die keiner Arbeit nachgehen konnten, wurden aufgenommen, sofern der Pflegeaufwand nicht ein gewisses Mass überstieg (Prospekt über das Anna-Stokar-Heim Schaffhausen, StadtA SH, CII 10.03.04/03). Von den 75 bis 1951 eingetretenen Mädchen lebten 52 mehrere Jahre im Anna-Stokar-Heim. Die

häufigsten Krankheitsbilder waren die Folge einer Poliomyelitis (20) sowie cerebrale Bewegungsstörungen (7). Die Arbeitsmöglichkeiten umfassten neben der Lehre zur Wäscheschneiderin Maschinenstricken, Lampenschirm-Nähen, Büroarbeiten, Passap-Stricken, Haushaltshilfe und diverse Handarbeiten. Ein kleiner Teil der Bewohnerinnen konnte einer Arbeit ausserhalb des Hauses nachgehen (Anna-Stokar-Heim, 15. Jahresbericht 1951, StadtA SH, D VI 120). 1954 schloss das Heim überraschend. In der Einladung zur Schlussversammlung werden als Grund die allgemeinen Eingliederungsbemühungen genannt, die dazu führten, dass die Bewohnerinnen das Heim verliessen (Kuster, 1955, StadtA SH, D VI 120).

1941 gründeten Nonnen eines französischen Ordens in Sierre (Kanton Wallis) das Heim Notre-Dame de Lourdes, in dem Kinder mit Muskel- und Skeletterkrankungen (und anderen Beeinträchtigungen) aus dem Hospice orthopédique (Lausanne) aufgenommen wurden. Der Fokus lag auf der Pflege und Therapie. Am Vormittag wurden die Kinder von Nonnen und Laienschwestern, am Nachmittag von einer Lehrerin unterrichtet. Eine vollamtliche Lehrperson wurde erst sieben Jahre später eingestellt. Die Situation änderte sich erst, als die Institution Notre-Dame de Lourdes 1955 den Auftrag bekam, sich auf Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen auszurichten. Die Nonnen spezialisierten sich neu auf Sprachstörungen und körperliche Beeinträchtigungen, eröffneten ein Zentrum für ambulante Physiotherapie und auch die Schule wurde aufgrund der neuen Ausrichtung stark vergrössert (Wehrli, 1968).

1960 wurde das Home de réadaptation in Huémoz (Kanton Waadt) für ‚bildungsfähige‘ Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen gegründet. Diese besuchen im Heim eine Schule, erhielten Therapie und wurden bezüglich ihrer Berufsneigung abgeklärt (Wehrli, 1968).

1919 eröffnete die Tuberkulose-Liga St. Gallen in Teufen (Kanton Appenzell) die Kinderheilstätte Bad Sonder für schwächliche und an Tuberkulose erkrankte Kinder. Durch die allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die Abnahme der Tuberkulosefälle in den 1950er Jahren kam es zu einer Umorientierung auf Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen. Mit der Einführung der Invalidenversicherung erhielt die Heilstätte die Anerkennung als Mehrzweck-Sanatorium. Neben der traditionellen Lungenabteilung wurde eine Rehabilitationsabteilung geführt. Diese nahm Kinder für Therapieaufenthalte oder für die Erholung nach chirurgischen und orthopädischen Eingriffen auf. Kindern, die aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigung keine öffentliche Schule besuchen konnten, wurde eine Sonderschule angeboten (Morger, 2000).

Ab den 1960er Jahren gab es somit für Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Kantonen (Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen, Tessin, Waadt, Wallis, Zürich und Schaffhausen (bis 1954)) der Schweiz gesonderte Heime, in denen sie unterrichtet und therapiert wurden. Wocheninternate entstanden zeitlich deutlich später und blieben zunächst auf den Kanton Bern zentriert.

Wocheninternate: 1942 erhielt der Verein für kirchliche Liebestätigkeit in Bern eine Schenkung über 100'000 Franken, um ein Heim für ‚Gebrechliche‘ zu gründen. Zunächst sollte daraus ein Schulheim insbesondere für Kinder mit Poliomyelitis entstehen. Die Gründung zog sich länger hin und Ende der 1950er Jahre gerieten Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen stärker in den Vordergrund. Um die Zeit bis zur Eröffnung des Internates zu überbrücken, wurden vorübergehend am Brunnadernrain in Bern in einem Provisorium ein Kindergarten und später zwei Schulklassen eröffnet. 1962 konnte schliesslich der Umzug in das neu gebaute Schulheim Rossfeld stattfinden, in dem vor allem Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen sowie Kinder mit anderen schweren körperlichen Beeinträchtigungen beschult wurden. Das bisherige Provisorium wurde für ‚praktisch bildungsfähige‘ Kinder mit schweren cerebralen Bewegungsstörungen umgenutzt (Wehrli, 1968).

Drei Jahre später initiierte die Schweizerische Vereinigung zugunsten zerebral gelähmter Kinder ein weiteres Schulheim für Kinder mit einer Körperbeeinträchtigung an der Marienstrasse in Bern. Die beiden Standorte Brunnadernrain und Marienstrasse gehörten dem Verein Aarhus (heute Stiftung Aarhus), während dem Schulheim Rossfeld eine eigene Stiftung zugrunde lag (heute Stiftung Schulungs- und Wohnheime Rossfeld). Damit standen im Kanton Bern drei Institutionen zur Verfügung (Wehrli, 1968), in der restlichen Schweiz jedoch weiterhin nur Heime. Fast gleichzeitig mit der Gründung des ersten Wocheninternats wurden auch die ersten Tagesschulen initiiert.

Tagesschulen: Tagesschulen entstanden vor allem Ende der 1950er Jahre, viele erst mit Einführung der Invalidenversicherung nach 1960. Von den acht bis 1965 bestehenden Tagesschulen wurde sieben durch private Initiativen (Elternvereinigungen, Stiftungen, Privatpersonen) ins Leben gerufen und waren insbesondere für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen gedacht. Nur eine ging aus einer öffentlichen Hilfsklasse hervor. 1965 waren noch viele dieser Klassen im Aufbau und neue Angebote wurden angedacht oder bereits geplant (Wehrli, 1968).

Klinikschulen: Ein wichtiger Bereich gerade in Bezug auf die Poliomyelitis-Epidemien wurde bisher noch nicht angesprochen: die Klinikschulen. Wehrli (1968) untersuchte neben den grossen Kinderkliniken 25 weitere Spitäler. Von diesen boten in den 1960er Jahren elf Unterricht an, jedoch nur für die Dauer des Aufenthaltes. Daneben nahmen die orthopädischen Kliniken für die Beschulung eine bedeutendere Rolle ein.

Das Hospice Orthopédique de la Suisse romande in Lausanne hatte seine Wurzeln im orthopädischen Institut von Venel (Valentin, 1961). Aus den frühen Quellen geht nicht hervor, ob die Kinder auch nach Venels Tod weiter beschult worden sind. Im Jahresbericht 1919 ist schliesslich zu lesen, dass eine Lehrerin eingestellt wurde, um die Kinder der Klinik einige Stunden zu unterrichten (Charrière de Sévery & Cart, 1920).

Mme. Randin, maîtresse d'école émérite, a été chargée, dès le mois d'avril, de donner quelques leçons à nos enfants. De la sorte nos petits malades, en état de les suivre, bénéficient d'un enseignement journalier conforme aux programmes scolaires usuels. (Charrière de Sévery & Cart, 1920, S. 4)

Auch in späteren Jahresberichten wird kurz erwähnt, dass Unterricht erteilt wurde und auch jene Kinder beschäftigt wurden, die aus körperlichen oder kognitiven Gründen keinem geregelten Unterricht folgen konnten (Meylan, 1931). 1956 wurde eine erste Klasse und 1962 eine weitere eingerichtet. Die Aufenthaltsdauer der Kinder lag zwischen 38 Tagen und zwei Jahren (Wehrli, 1968).

Bis zum Umzug 1927 behandelte das Hospice orthopédique fast ausschliesslich Kinder. Danach wurden regelmässig auch Erwachsene aufgenommen. Lag der Anteil der Erwachsenen 1928 noch bei 15.8% (Meylan, 1929), stieg er bis 1965 kontinuierlich an auf 56.4% (o.V., 1966).

Wilhelm Schulthess und August Lünig eröffneten in Zürich 1883 ein orthopädisches Institut zur Behandlung von Kindern und Erwachsenen. Dieses wurde nach anfänglichen Schwierigkeiten schnell vergrössert, was 1896 einen Umzug nötig machte. Das Institut hatte eine Kinderabteilung mit 25–30 Betten und bot je nach Bedarf und Bezahlung Privatunterricht an (o.V., 1908). Nach dem Tod von Wilhelm Schulthess wurde die Klinik 1918 von Claire und Dr. Eugen Haller-Schulthess übernommen und eine Primar- und Sekundarklasse sowie eine Berufsschule für Mädchen mit einer körperlichen Beeinträchtigung eröffnet (Wehrli, 1968). Diese Frauenbildungsschule der Wilhelm-Schulthess-Stiftung bot neben der Ausbildung zur Pflegerin Mädchen mit einer körperlichen Beeinträchtigung die Möglichkeit einer Berufsausbildung (hauswirtschaftliche Ausbildung, Ausbildung zur Müttergehilfin, kaufmännische Ausbildung, Damenschneiderin,

Büglerin, bei Bedarf auch weitere Ausbildungen) mit gleichzeitiger orthopädischer Behandlung. Im Anschluss an die Ausbildung sorgte die Stellenvermittlung der Schule oder die zuweisende Fürsorgestelle für einen Arbeitsplatz (Hallauer-Schulthess, n. d., Archiv für Medizingeschichte, DZ21 Bro H 8). Für Knaben gab es kein ähnliches Angebot zur Berufsbildung. In der klinikeigenen Schule wurden aber Knaben und Mädchen unterrichtet (Wilhelm-Schulthess-Stiftung Zürich, 1948).

1903 begann die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft mit der Planung einer Schweizerischen Anstalt für die Krüppelpflege. Dazu wurde 1909 der Schweizerische Verein für krüppelhafte Kinder gegründet (Wehrli, 1968) und bereits am 28. November 1912 konnte die Anstalt Balgrist eröffnet werden (Kesselring & Tobler-Weber, 1913). Diese sollte medizinische Behandlung, Erziehung, Schulung und Berufsbildung für Kinder und Jugendliche in einer Anstalt vereinen (Schweizerischer Verein für krüppelhafte Kinder, 28.05.1909). Bereits ein paar Jahre bevor der Bau fertiggestellt worden war (um 1909), konnte der Schweizerische Verein für krüppelhafte Kinder im Krankenasyl Neumünster (Klinik von Schulthess und Lüning) in Zürich zwölf Betten übernehmen, die für die medizinische Behandlung und Schulung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung genutzt wurden (Schweizerischer Verein für krüppelhafte Kinder, 17.06.1910, StAZH, S 315.114).

Die Anstalt Balgrist war als Heil- und Erziehungsanstalt für ‚krüppelhafte Kinder‘ gedacht. Ein paar Betten waren auch für erwachsene Frauen geplant. Geleitet wurde die Anstalt von Mit-Initiator Professor Wilhelm Schulthess. Die daran angeschlossene orthopädische Poliklinik behandelte hingegen Kinder und Erwachsene. Es handelte sich also nicht nur um ein Heim, sondern es waren auch Therapien und Operationen möglich. Von Anfang an war neben der ärztlichen und pflegerischen Betreuung auch für Unterricht gesorgt und die Schule von der kantonalen Erziehungsdirektion anerkannt. Die erste Lehrerin war Violette Glauser von Mötschwil (Kanton Bern). Der Schulvorstand der Stadt unterstützte die Anstalt mit der unentgeltlichen Abgabe von Lehrmitteln. Da die Anstalt Kinder und Jugendliche verschiedenen Alters aufnahm, war auch die Schule altersdurchmisch. Der Schulunterricht wurde dem Zustand des Kindes angepasst. So war es möglich, am Tisch sitzend oder im Bett oder Liegestuhl liegend die Schule zu besuchen. Kinder, denen selbst dies nicht möglich war, wurden im Krankenzimmer unterrichtet. Da der Fokus auf den Therapien lag, war die Anzahl der Unterrichtsstunden beschränkt (Kesselring & Tobler-Weber, 1913).

Die Schule wurde in den ersten Monaten von durchschnittlich 20 Kindern besucht (Schulthess & Scherb, 1913). An freien Nachmittagen wurden die Kinder

von einer „Anzahl junger Damen von Zürich“ (Kesselring & Tobler-Weber, 1913, S. 4) beschäftigt. 1918 waren drei Lehrpersonen für 36 Kinder und Jugendliche angestellt. Auch konnten einzelne externe Kinder die Schule der Anstalt Balgrist besuchen, falls keine andere geeignete Schulmöglichkeit vorhanden war (Wehrli, 1968).

Die Anstalt scheint einem grossen Bedürfnis entsprochen zu haben. Kurz nach der Eröffnung am 1. Dezember 1912 waren 31 Kinder eingetreten, und am 1. April 1913 wurde bereits von 77 Kindern und Jugendlichen berichtet. Um die Kosten zu decken, wurde die Anstalt neben der Stadt Zürich vom Kanton sowie dem Kirchenrat des Kantons Zürich unterstützt. Da das Geld bei weitem nicht ausreichte, bat die Anstaltsleitung auch die Eidgenossenschaft und die anderen Kantone sowie Gemeinden, Vereine und andere Geldgeber um Hilfe (Kesselring & Tobler-Weber, 1913).

In den 1950er Jahren waren rund ein Drittel aller Patienten aufgrund von Folgen einer Poliomyelitis-Erkrankung in der Klinik; daneben stieg die Zahl der Personen mit einer Querschnittlähmung stetig an. Erst mit der Eröffnung von Paraplegikerzentren in Genf und Basel wurde die Klinik wieder etwas entlastet. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen nahm über die Jahrzehnte stetig ab und betrug Mitte der 1960er Jahre noch 25% (15–20 Kinder), die weiterhin von Kindergärtnerinnen, zwei Lehrpersonen, einer Arbeitslehrerin und zwei Pfarrern unterrichtet wurden (Wehrli, 1968).

In Luzern wurde 1930 das Regens-Meyer-Heim, eine ‚chirurgisch-orthopädische Kinderheilstätte‘ mit ca. 30 Plätzen eröffnet. Initiiert wurde die Gründung durch eine Fachgruppe der ‚Gebrechlichenfürsorge‘ des Schweizerischen Caritas-Verbandes; das Heim war damit katholisch orientiert. Neben der Pflege und Behandlung der körperlichen Beeinträchtigungen der Kinder wurde zweimal in der Woche auch unterrichtet und in die „Glaubenswahrheiten“ (Suter, 1935, S. 17) eingeführt. In den ersten Jahren betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 113.5 Tage (Suter, 1935).

1945 erwarb das Kinderspital Zürich mit Unterstützung von Stadt und Kanton Zürich die dreistöckige Kuranstalt Sonnenbühl in Affoltern am Albis, um der allgemeinen Raumnot entgegenzuwirken. In dieser Aussenstation sollten Kinder mit Diphtherie oder zur Erholung nach einer Diphtherie-Erkrankung, Kinder mit Keuchhusten oder anderen, nicht mehr ansteckenden Krankheiten aufgenommen werden (Fanconi, 1946). Während noch 1946 eine der Stationen lediglich halbjährlich für Kinder mit anhaltenden Lähmungen nach einer Poliomyelitis-Infektion genutzt wurde, musste ab 1947 eine ganzjährliche Station eingerichtet werden (Fanconi, 1948). In den kommenden Jahren nahm die Anzahl der Kinder

mit Lähmungsfolgen aufgrund einer Poliomyelitis stetig zu, bis praktisch alle zur Verfügung stehenden Betten der Klinik in Affoltern für die Nachbehandlung der Poliomyelitis verwendet werden mussten (o.V., 1955b). Die Keuchhusten-Station wurde daher 1955 ganz aufgehoben (o.V., 1956a). Erst mit der Abnahme der Neuerkrankungen infolge der eingeführten Schutzimpfung sowie der langsam wachsenden Gruppe der Kinder mit schweren Schädel-Hirn-Traumen sowie nach Gehirnoperationen ging die Zahl der Kinder mit Poliomyelitis in der Aussenstation wieder zurück (Prader, 1963). In der Aussenstation Sonnenbühl wurde aufgrund der gestiegenen Verweildauer infolge der Poliomyelitis-Epidemien von 78 Tagen auf mehr als 184 Tage (o.V., 1956a) 1956 eine Beschäftigungstherapeutin eingestellt, um „auch eine anregende Beeinflussung der geistigen und seelischen Kräfte“ zu bieten (Frick, 1957, S. 2). Bis 1958 waren schliesslich eine Kindergärtnerin, eine Lehrerin für die Unterstufe und ein Lehrer für die Oberstufe eingestellt worden (Friderich, 1958). Ein Ausbau des Schulangebots war daher so wichtig, da einige betroffene Kinder und Jugendliche über mehrere Jahre in der Aussenstation Sonnenbühl blieben (o.V., 1961a).

In Genf wurde 1960 das Centre de rééducation pour enfants IMC als ein Teil der Universitätskinderklinik eröffnet. Neben dem Fokus auf der ambulanten Physiotherapie unterstützte der Service médico-pédagogique falls nötig bei der Suche nach einer geeigneten Schulungsmöglichkeit. Einige Kinder mit schweren Beeinträchtigungen wurden auch dauernd in der eigenen Schule unterrichtet (Wehrli, 1968).

Trotz des Angebots der Regelschule und der verschiedenen Arten von Sonderbeschulung bemängelte Gertrud Saxer 1953, dass Menschen mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen häufig selbst die Inhalte der obligatorischen Schulbildung nicht beherrschen. Die Gründe dafür sah sie in den langen Krankheitsabsenzen, den Fortbewegungsschwierigkeiten und dem mangelnden Platzangebot in den Heimen, Internaten und Schulen der orthopädischen Anstalten (Saxer, 1974).

Le Coeur sah als weitere Ursachen für die mangelnde Schulbildung einerseits die Zurückweisung der Beschulung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung aus Angst der Lehrpersonen vor Unfällen dieser Schülerinnen und Schüler, andererseits, dass die Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Behandlung den Vorrang vor der Schulbildung geben würden. Er betonte jedoch, dass solche Behandlungen ohne Probleme verschoben werden können.

Die Schullehrer weisen so weit als möglich die Körperbehinderten ab. Denken Sie doch, welche Verantwortung, wenn er stürzt und sich etwas bricht! Die letztlich Schuldigen sind wir Ärzte selbst, da wir bei der Aufstellung unseres Behandlungsplanes die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Schulausbildung nie genug in Rechnung stellen. 'Die Gesundheit ist das Wichtigste', diese Formel akzeptieren unsere Kranken nur zu leicht. Handelt es sich aber um Gelähmte, so muss Unterricht und Ausbildung an erster Stelle stehen! Eine Operation um acht oder neun Monate zu verschieben, bedeutet keinen bleibenden Nachteil, während ein verlorenes Schuljahr unersetzlich ist. (Le Coeur, 1953, S.186)

Das Sonderschulwesen der 1950er und 1960er Jahre bestand aus einer verwirrenden Vielfalt an Angeboten. Dies kann auf die lange Tradition der privaten Gründung von Institutionen aufgrund der sprachlichen Vielfalt, konfessionellen Aufteilung sowie der politischen Struktur der Schweiz zurückgeführt werden. 1968 gab es insgesamt 302 Sonderschulen (175 Internate, 127 Externate), dabei nicht miteingerechnet sind die öffentlichen Hilfs- und Spezialklassen sowie privatwirtschaftlich geführte Schulen. Von diesen 302 Sonderschulen waren 23 explizit für Kinder mit einer Körperbeeinträchtigung (13 Internate, 10 Externate), sieben davon für Kinder mit einer zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigung. Diese 23 Institutionen boten Platz für 660 Kinder. Daneben gab es Wanderlehrpersonen, und einige der sechs Spital- und Rehabilitationsschulen nahmen externe Kinder auf, sofern diese neben dem Unterricht einer intensiven Therapie bedurften. Für Kinder mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen gab es noch sehr wenige Schulungsmöglichkeiten. Die Entwicklung ging in den 60er Jahren immer stärker in die Richtung, die Heime für Kinder in Wocheninternate umzugestalten oder regionale Externate zu gründen (Zangger, 1968). Bis Mitte der 1950er Jahre standen für Kinder und Jugendliche mit einer schwereren körperlichen Beeinträchtigung, sofern ein Besuch der Regelschule nicht möglich war, lediglich Heime und einige grössere Klinikschulen zur Verfügung (Wehrli, 1968). Bei stärkeren Beeinträchtigungen konnten sie von der Schulpflicht entbunden werden (Maerki, 1947).

3.2.4 Die Schulpflicht für Kinder mit einer (körperlichen) Beeinträchtigung

In der Schweiz war die Schulpflicht schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts umgesetzt, auch wenn die Durchsetzung noch Schwierigkeiten bereitete (Criblez & Huber, 2008). So wurde zum Beispiel 1831 durch die Annahme der neuen Staatsverfassung im Kanton Zürich der Bildungszwang gesetzlich verankert, für dessen Umsetzung die Staatsschule gegründet sowie alle Schulen des Kantons in einen organisatorischen Zusammenhang gebracht und einer zentralen Leitung

unterstellt. Für die Überprüfung der Einhaltung der sechsjährigen Schulpflicht wurden den politischen Gemeinden die Schulgemeinden als Kontrollinstanz hinzugefügt (Hartmann, 1939).

Mit der Aufnahme der allgemeinen Schulpflicht in die Bundesverfassung 1874 fanden in verschiedenen Kantonen der Schweiz Reformen des Volksschulwesens statt und es kam zu einer Ausdifferenzierung des Sonderschulwesens. Die entstehenden Institutionen wurden wie bisher meistens auf privater Basis gegründet und geführt (Wolfisberg, 2008). Die Heilpädagogik konnte nun unter Rückgriff auf das Schulobligatorium erstmals Forderungen nach staatlichen Mitteln stellen, indem sie die optimale Förderung ‚Schwachbegabter‘ in Hilfsklassen sowie die Entlastung der Regelklassen betonte (Wolfisberg, 2005).

Kinder mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen, die dem Unterricht nicht zu folgen vermochten, konnten von der Schule ausgeschlossen und einer besonderen Fürsorge zugeführt werden (z. B. Kanton Zürich, Volksschulgesetz 1899, zit. nach Desiderato, Lengwiler & Rothenbühler, 2008). Für alle Kinder im schulpflichtigen Alter gab es um die Jahrhundertwende staatlich getragene oder zumindest bewilligte Angebote, die sich in einem Punkt zentral unterschieden: Kinder mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen wurden nicht nur ausserhalb des Volksschulsystems beschult, sondern lebten oft auch ausserhalb ihrer Familie in Institutionen. Dies wurde aus pädagogischer Sicht zu jenem Zeitpunkt nicht als Mangel gesehen, sondern im Hinblick auf die Entwicklung der betreffenden Kinder als Vorteil – eine Sicht, die von den betroffenen Kindern und Eltern nicht immer geteilt wurde (Wolfisberg, 2002; Huonker, 2003; Wolfisberg, 2008).

1903 wurde die Schulpflicht auf eidgenössischer Ebene auf ‚bildungsfähige anormale‘ Kinder erweitert. „Spezialklassen und weitere besondere Fördermassnahmen wurden durch dieses Gesetz ausdrücklich Teil des öffentlichen Primarschulunterrichts“ (Schriber, 1994, S. 27). Damit konnten die Kantone ab diesem Zeitpunkt für die Beschulung „schwachsinniger Kinder“ (Bundesgesetz betreffend die Unterstützung der öffentlichen Primarschule vom 25. Juni 1903, , Art. 2, Ziff. 9) Bundessubventionen verlangen und es kam zu einem „Aufschwung der Spezialklassen und Nachhilfeabteilungen“ (Noll, 1985, S. 149). Ab 1907 wurden mit dem Artikel 275 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches auch die Eltern in die Pflicht genommen, indem ihnen vorgeschrieben wurde, sich insbesondere um die Bildung von Kindern mit körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigung zu sorgen (Wolfisberg & Roffler, 2015).

Die Einführung der Schulpflicht für bildungsfähige Kinder mit Beeinträchtigungen führte zur Einrichtung von Sonderklassen und Sonderschulen, die nicht wie

bisher als Internate angelegt, sondern an die öffentliche Schule angebunden waren. Im Laufe dieser Entwicklung wurde auch der Ruf nach einer Spezialausbildung für die jeweiligen Lehrpersonen laut. Hier spielte vor allem die 1889 gegründete ‚Idiotenkonferenz‘ eine entscheidende Rolle (Schriber, 1994).

Da die Ausgestaltung der Schulpflicht im Rahmen des Primarschulunterrichts in den Händen der Kantone lag, fanden sich auch sehr unterschiedliche Formen hinsichtlich Organisation, Dauer und Lehrplan. ‚Mindersinnige und Gebrechliche‘ konnten noch lange vom Obligatorium ausgenommen werden (Stampfli, 1951). So schrieb Maerki (1947):

Es ist einleuchtend, dass der Unterricht in einer öffentlichen Primarschule nur normalen Kindern erteilt werden kann und die Kantone nach Bundesrecht nicht verpflichtet, ja eventuell nicht berechtigt sind, geistig schwache oder körperlich sehr gebrechliche Kinder dort aufzunehmen, weil deren Anwesenheit die Erteilung eines genügenden Unterrichts verhindern würde. (Maerki, 1947, S. 54)

Noch im Jahr 1959 war die Lage bezüglich der Schulpflicht sehr unübersichtlich. Es galten die beiden Artikel 26 und 27 der Bundesverfassung. Ersterer verpflichtet die Kantone, für genügend Primarschulunterricht zu sorgen, und Letzterer regelt die Bundesbeiträge. Gertrud Saxer schrieb dazu in einem Artikel in der Schweizerischen Lehrerzeitung aus dem Jahr 1959:

Organisation, Leitung und Beaufsichtigung des Primarschulwesens bleiben aber Sache der Kantone. In keinem der beiden Artikel [Art. 26 und 27] wird die Schulung gebrechlicher Kinder erwähnt. Die Kantone werden deshalb durch die BV [Bundesverfassung] nicht verpflichtet, den unentgeltlichen Primarschulunterricht auch für gebrechliche Kinder zur Verfügung zu stellen. Es bleibt ihnen überlassen vorzuschreiben, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Kind den Primarschulunterricht statt in der öffentlichen Schule zu Hause oder in einer Privatschule erhalten kann. (Saxer, 1959, S. 345–346)

Es war von Kanton zu Kanton verschieden, ob, wie und wo ein Kind mit einer Beeinträchtigung beschult wurde. Während die Volksschule kostenlos war, mussten Eltern für den Internatsbesuch ihres Kindes einen Teil der Kosten übernehmen. Dies sollte sich erst mit der Einführung der Invalidenversicherung ändern (Saxer, 1959). Mit diesem Schritt bekam jedes ‚bildungsfähige‘ Kind mit einer Beeinträchtigung das Recht auf eine (Sonder-)Beschulung. Eltern von ‚bildungsunfähigen‘ Kindern konnten einen Beitrag zu den Pflegekosten einfordern. Die Einführung dieser neuen Versicherungslösung führte zu einer stark steigenden Nachfrage nach Schulungs- und Pflegeplätzen, zu einer Erweiterung und einem Ausbau des Angebotes (Wehrli, 1968) sowie zu einer Ausweitung der Beiträge auf die gesamte Volksschulzeit, nicht nur auf die Primarschule (Saxer, 1959). Diese Entwicklung kann durchaus kritisch betrachtet werden. Für die

Gründe, warum es zu einem Ausbau der Sonderschule gekommen ist und nicht der Weg der integrativen Beschulung verfolgt wurde, muss auf weiterführende Literatur verwiesen werden. Ob es für Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung überhaupt eine Sonderschule brauchen würde, wurde bereits einige Jahre vor der Einführung der Invalidenversicherung kontrovers diskutiert.

3.2.5 Regel- oder Sonderschule?

Anders als bei Sinnesbeeinträchtigungen und kognitiven Beeinträchtigungen wurde bei Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung immer wieder empfohlen, diese in der Familie zu belassen und trotz der vielen Fehlzeiten aufgrund von Therapien und medizinischen Behandlungen in der Volksschule (Regelklasse oder Spezialklasse) zu beschulen (z. B. Mäder, 1945). Dieses Thema nahm erst in den 1950er Jahren einen wichtigeren Stellenwert in der Diskussion ein. Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung wurden, sofern es als möglich angesehen wurde, in der Volksschule beschult. Um das Bedürfnis nach einer Sonderschule zu klären, führte Adelheid Däniker in der Stadt Zürich um das Jahr 1950 eine Umfrage durch. Diese zeigte, dass zu dieser Zeit 114 Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung (54 Poliomyelitis, 14 cerebrale Bewegungsstörung, 21 angeborene Beeinträchtigungen, 25 weitere Beeinträchtigungen) die Volksschule besuchten. Es wurde betont, dass nicht in erster Linie die Beeinträchtigung an sich den Schulbesuch erschweren würde, sondern die Therapien und Behandlungen. Sind ausgedehnte, intensive Behandlungen nötig, lasse sich dies nach Ansicht der Eltern nicht mit einem Besuch der Volksschule vereinen. Zudem könne der Schweregrad der Beeinträchtigung den Schulweg, das Treppensteigen im Schulhaus sowie das lange Sitzen erschweren. Der Besuch der Volksschule sollte aufgrund der Sozialkontakte dem Privatunterricht vorgezogen werden. Für das Kind wurden auch gewisse Schwierigkeiten gesehen, falls es die Volksschule besucht. So wurde argumentiert, dass es sich dadurch der eigenen Grenzen und der Abhängigkeit von der Hilfe der anderen Kinder bewusst werde. Die Kinder sollten auf keinen Fall zu stark geschont werden, sondern eine „Trotzdem-Einstellung“ (Däniker, 1951, S. 279) entwickeln. Eine Sonderschulung, möglichst in Form einer Tagesschule, wurde dort als nötig erachtet, wo die Schwere der Beeinträchtigung oder die Intensität der Behandlung einen Besuch der Volksschule verunmöglichen würden (Däniker, 1951).

In der französischsprachigen Schweiz wurde in Anlehnung an die Studie von Däniker eine ähnliche Umfrage gestartet. Dazu wurden 40 Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung aus dem Kanton Genf und 60 aus dem Kanton Waadt

untersucht. Bei 46% war die Ursache der Beeinträchtigung eine Poliomyelitis, bei 23% eine cerebrale Bewegungsstörung oder Halbseitenlähmung und bei 31% verschiedene Ursachen. Von diesen 100 Kindern besuchten 87% die Volksschule, 13% waren dispensiert. Von dieser letzteren Gruppe bekamen neun Kinder Privatunterricht, vier erhielten gar keine Beschulung. Viele dieser Kinder waren aufgrund häufiger Absenzen mit dem Schulstoff im Rückstand oder erhielten keinen genügenden Unterricht (Margot, 1952).

Sonderschulen im Sinne von Tagesschulen für Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung gab es 1951 noch kaum (vgl. Kap. 3.2.3). Kinder mit schwereren körperlichen Beeinträchtigungen wurden, sofern sie nicht privat unterrichtet wurden, in Heimen für Kinder mit anderen Beeinträchtigungen (kognitive Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten) untergebracht. Da dies als schwierig erachtet wurde, wurde die Forderung nach einem eigenen Schulheim gestellt, aber auch die Möglichkeit von Fernunterricht wurde andiskutiert (Meili, 1951). Liest man in der Schweizerischen Lehrerzeitung oder der Schweizer Schule die Artikel zum Thema Integration von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung in die Regelschule, scheint auf den ersten Blick die integrative Beschulung klar bevorzugt worden zu sein. Die Texte haben auch den Charakter von Werbetexten. Sie betonen die vielen Vorteile und versuchen diese Art der Beschulung den Lehrpersonen schmackhaft zu machen (z. B. Mäder, 1945; Däniker, 1951; Zehnder, 1957). Wie Lehrpersonen tatsächlich dazu standen, kann daraus nicht abgeleitet werden.

Betont wurde, dass es eine individuelle Entscheidung sein sollte, bei der die Art und Schwere der Beeinträchtigung, die Behandlungsbedürftigkeit und die Möglichkeiten der Bewältigung des Schulweges beurteilt werden müssten. Der Grundtenor war, Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen (und ohne kognitive Beeinträchtigungen) in der Volksschule zu belassen, da die schulischen Leistungen nicht beeinträchtigt seien. Als ein (lösbares) Problem bei der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit einer körperlichen Beeinträchtigung in der Volksschule wird die Planung des Turnunterrichts sowie von Exkursionen und Schulreisen angesprochen (Zehnder, 1957).

Eng verbunden mit der Frage nach der Art der Beschulung ist auch die Frage der Fürsorge für Menschen mit einer Beeinträchtigung. Fürsorgeorganisationen boten materielle und finanzielle Unterstützung und Beratung. Viele Institutionen waren zudem von lokal agierenden Fürsorgeorganisationen gegründet worden. Diese Fürsorgeorganisationen waren daher, aufgrund der noch mangelhaften staatlichen Unterstützung, für Menschen mit einer Beeinträchtigung von elementarer Bedeutung.

3.2.6 Fürsorgeorganisationen und -einrichtungen

Die humanitäre Bewegung, die sich seit dem Ende des 18. Jahrhunderts von Frankreich ausgehend auf ganz Europa ausbreitete, sowie die Einführung der ersten Bundesverfassung in der Schweiz 1848, in der die Menschen- und Individualrechte festgelegt wurden, verhalfen den Fürsorgebestrebungen zu mehr Schlagkraft. Bisherige Initiativen kamen nur vereinzelt durch private, kirchliche oder zum Teil öffentlich-karitative Beweggründe zustande und blieben meist lokal beschränkt. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden die Bestrebungen regional erweitert. Aus wirtschaftlichen Überlegungen hatten sie das Ziel, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erreichen. In diese Zeit fallen daher auch die Neuschaffung von Ausbildungsstätten für Lehrpersonen für Menschen mit einer Beeinträchtigung sowie die Gründung von lokalen und regionalen Selbsthilfe- und Fürsorgeorganisationen (Rohrer, 1944).

Tabelle 2: Entwicklung der schweizerischen Fürsorgevereine

Gründungsjahr	Name des Verbandes
1889	Schweizerische Hilfsgesellschaft für Geistesschwache
1903	Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen
1911	Schweizerischer Verband für Taubstummenhilfe
1920	Bund Schweizerischer Schwerhörigenvereine
1923	Schweizerischer Hilfsverband für Schwererziehbare
1929	Schweizerischer Verband für Krüppelfürsorge
1931	Schweizerischer Hilfsverband für Epileptische
1934	Schweizerische Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide

Ende des 19. und mit Beginn des 20. Jahrhunderts schlossen sich die regionalen zu gesamt-schweizerischen Verbänden zusammen und die Ausbildung von Lehrkräften für Kinder mit Beeinträchtigungen wurde vorangetrieben (Tabelle 2). So entstand 1889 als erste überregionale Hilfsgesellschaft die Schweizerische Hilfsgesellschaft für Geistesschwache. Mit diesem Schritt kam es zu einer schnellen Zunahme an Anstalten sowie Spezialklassen in öffentlichen Schulen. Die Hilfsgesellschaften der Blindenfürsorge blieben zwar weiterhin ihrem regionalen Charakter verhaftet, es kam jedoch auch hier zu einer Zunahme von Hei-

men für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung. Erst 1903 wurde der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen gegründet. Auch die Zahl der Institutionen für ‚Taubstumme und Epileptische‘ nahm an der Wende zum 20. Jahrhundert stark zu. Der Schweizerische Verband für Taubstummenhilfe wurde 1911 gegründet und 1920 schlossen sich fünf bestehende Schwerhörigenvereine zum Bund Schweizerischer Schwerhörigenvereine zusammen. 1923 wurde der Schweizerische Hilfsverband für Schwererziehbare und 1931 der Schweizerische Hilfsverband für Epileptische gegründet. 1929 wurde mit dem Schweizerischen Verband für Krüppelfürsorge die erste Hilfsgesellschaft für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung geschaffen. 1934 kam schliesslich noch die Schweizerische Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide dazu (Rohrer, 1944).

Die Gründung der gesamtschweizerischen Fürsorgevereinigung bedeutete für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung eine starke Zunahme der Unterstützungsleistungen und Hilfsangebote. So schrieb Rohrer 1944:

Von 1931 bis 1933 wurde in einzelnen Kantonen die Privatheimpflege für erwachsene Verkrüppelte und Invalide ausgebaut. Unter der Aegide der ‚Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft‘ wurde 1934 als Erweiterung des 1929 gegründeten ‚Schweizer. Verbandes für Krüppelfürsorge‘ die ‚Schweizerische Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide‘ gebildet. Daraus gingen später viele kantonale Organisationen hervor. Durch die Schaffung einer Zentralstelle wurde 1940 die Möglichkeit einer Vermittlung von Fahrstühlen und Fortbewegungsapparaten geschaffen. Ebenso arbeitet diese Fürsorgekommission in der Kriegsfürsorge, Sektion Invalidenhilfe, mit. Es besteht daneben ein ‚Schweizerischer Orthopädiefonds‘ zur materiellen Unterstützung der Krüppelhaften und Invaliden.

Mit Gründungsjahr 1930 bildet sich ein ‚Schweizerischer Verband von Werkstätten für Teilerwerbsfähige‘ in Brugg, der vor allem die Berufsberatung und Ausbildung der Teilerwerbsfähigen organisierte. (Rohrer, 1944, S. 51)

Die Schweizerische Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide war zudem Pro Infirmis angeschlossen, die wiederum weitere Fürsorgestellen zur Unterstützung von Menschen mit verschiedensten Beeinträchtigungen unterhielt (Rohrer, 1944).

Dachorganisationen: Nach dem Ersten Weltkrieg gerieten viele der meistens privat geführten Heime in finanzielle Schwierigkeiten. Diesen wurde mit einem Zusammenschluss versucht entgegenzuwirken, was 1919 zur Gründung der Schweizerischen Vereinigung für Anormale führte. Pro Infirmis, wie sich die Vereinigung später nannte, bestimmte in den folgenden Jahrzehnten federfüh-

rend die weiteren Entwicklungen im Behindertenbereich. Erst mit der Einführung der Invalidenversicherung (1960) kam ein weiterer wichtiger Einflussfaktor dazu (Saxer, 1974).

Mit der Dachorganisation Pro Infirmis wurde versucht, die Unterstützungsangebote der im 19. Jahrhundert entstandenen, spezialisierten Vereinigungen für Menschen mit einer Beeinträchtigung besser zu organisieren. Die Vereinigung unterhielt ab 1935 eigene Beratungs- und Fürsorgestellen. Zunächst nur durch private Spenden finanziert, bekam Pro Infirmis ab 1923 Bundessubventionen, die sie zu einem grossen Teil an die Institutionen weiterverteilte (Bütler & Gentinetta, 2007). Pro Infirmis war intern über die verschiedenen Fachverbände strukturiert, an welche die jeweiligen Institutionen angegliedert waren. Die Fachverbände widmeten sich unter anderem der Aus- und Weiterbildung der Professionellen, boten Kurse für Betroffenen und Angehörige an und verfassten Fachliteratur. Neben den Bundessubventionen wurde ab 1935 mit einer jährlichen Kartenspende²¹ die Bevölkerung um Geld gebeten sowie ab 1950 die Möglichkeit zu Patenschaften²² eingerichtet (Saxer, 1974).

Neben Pro Infirmis bekamen seit 1920 auch verschiedene private Heime einen Anteil aus dem jährlich vom Bund gesprochenen Gebrechlichenkredit. Dieser Kredit blieb neben einzelnen Massnahmen im Bereich der Schul- und Berufsbildung die einzige Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen durch den Bund (Germann, 2008). Der grösste Teil der von Pro Infirmis bis 1956 ausgeschütteten Beiträge ging an private Institutionen und Fachverbände. Die Behindertenselbsthilfe erhielt dagegen keine Unterstützung. Verantwortlich dafür waren nach Germann (2010) „die Dominanz des Anstaltssektors, die Fragmentierung der Zuständigkeiten und institutionellen Trägerschaften sowie die sozialpolitische Blockade und die 1932 einsetzende Wirtschaftskrise“ (S. 156).

1951 kamen zwei weitere Dachverbände dazu: die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter (SAEB, später Integration Handicap, heute Inclusion Handicap) sowie die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe (ASKIO, heute AGILE) (Bütler & Gentinetta, 2007). Die SAEB war die Dachorganisation für die berufliche Eingliederung von Menschen mit einer Beeinträchtigung. Ihr gehörten verschiedene Amtsstellen,

²¹ Es wurden Briefumschläge mit mehreren Ansichtskarten und beiliegendem Einzahlungsschein an alle Schweizer Haushalte gesendet mit der Bitte um eine Spende (Saxer, 1974).

²² Personen konnten sich verpflichten, jährlich 120 bis 240 Schweizer Franken an die Hilfsmassnahmen für eine ihnen namentlich und teilweise auch persönlich bekannte Person zu spenden (Saxer, 1974).

Fürsorgeorganisationen, Selbsthilfevereinigungen, Eingliederungsstätten, Erziehungs- und Ausbildungsinstitutionen, Berufsorganisationen und gemeinnützige Organisationen an. Sie koordinierte die Tätigkeiten ihrer Mitglieder und befasste sich mit der Förderung der beruflichen Eingliederung (Ulmann, 1967). 1951 schlossen sich der Schweizerische Invalidenverband, der Schweizerische Blindenverband, die Vereinigung Das Band und die Band-Genossenschaften, der Bund Schweizerischer Militärpatienten, die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten (Association Suisse des Paralysés, ASPr-SVG) und andere regionale Invalidenvereinigungen zur Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe (ASKIO) zusammen. Die ASKIO hatte die Förderung des Selbsthilfgedankens im Fokus und setzte sich für die Rechte und die Unabhängigkeit von Menschen mit einer Beeinträchtigung ein (Ulmann, 1967).

Die drei Dachorganisationen (SAEB, ASKIO, Pro Infirmis) spezialisierten sich auf verschiedene Bereiche der Behindertenhilfe und deckten so viele Bedürfnisse ab. Es bestand jedoch kein Rechtsanspruch auf diese Unterstützung. Dieser wurde erst mit der Einführung der Invalidenversicherung gewährleistet (Bütler & Gentinetta, 2007).

Angebotsentwicklung der Fürsorgeinstitutionen: Wie bereits beschrieben unterhielten Fürsorgeorganisationen neben dem Angebot der Beratung sowie materieller und finanzieller Unterstützung auch Institutionen, in denen Menschen mit einer Beeinträchtigung wohnen konnten. Diese waren insbesondere für jene Personengruppe gedacht, die aus verschiedenen Gründen nicht im eigenen Haushalt leben konnten. Für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung standen 1938 acht Heime²³ (für Kinder, Jugendliche und Erwachsene) mit Platz für 400 Personen zur Verfügung (Rohrer, 1944). Vier der acht Heime waren Kliniken (Hospice orthopédique, Anstalt Balgrist, Regens-Meyer-Heim, Wilhelm-Schulthess-Stiftung) mit dem Ziel, die Betroffenen nach der Behandlung wieder nach Hause zu entlassen. Sie waren damit nicht als Dauerlösung gedacht (Bersot, 1942). Die meisten dieser Institutionen waren nur auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet. Für Erwachsene gab es kaum spezialisierte Angebote. Das erste Heim für Erwachsene mit einer körperlichen Beeinträchtigung wurde 1951 von

²³ Mathilde Escher Heim, Zürich; Hospice orthopédique, Lausanne; Anstalt Balgrist, Zürich; Gebrechlichenheim Kronbühl, St. Gallen; Regens-Meyer-Heim, Luzern; Wilhelm-Schulthess-Stiftung, Zürich; Anna-Stokar-Heim, Schaffhausen; Heim St. Antonius, Hurd (Bersot, 1942).

der Schweizerischen Vereinigung der Gelähmten (Association Suisse des Paralyés, ASPr-SVG) in Vevey durch Betroffene selbst eröffnet. Weitere Heime folgten mit einigen Jahren Abstand (vgl. Kap. 6.4.2) (Francillon, 1965).

Damit soll nicht der Eindruck entstehen, dass die Gründung von Heimen ein Fortschritt in die richtige Richtung gewesen ist. Gegenüber den damals zur Verfügung stehenden Alternativen (z. B. das Armenhaus) boten diese Heime ein spezifischeres Angebot, insbesondere jene, die von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung selbst gegründet wurden. Andere Unterstützungsmöglichkeiten wie die persönliche Assistenz waren damals noch nicht in der Diskussion. Mit der Gründung von Heimen wurde ein Problem – jenes der Wohnmöglichkeit – angegangen. Eine weitere Schwierigkeit war die Suche nach einer Arbeitsstelle.

Mitte der 1950er Jahre übernahmen die Fürsorgeorganisationen immer stärker die Aufgabe, dort einzuspringen, wo die Sozialversicherungen (Alters- und Hinterlassenenversicherung, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Militärversicherung, Pensionskassen, Krankenkassen) nicht genügten. Dennoch blieb die Lage für die Betroffenen oft unbefriedigend (Ochsner, 1954). Fast gleichzeitig verstärkte sich die Diskussion um die Eingliederung von Menschen mit einer Beeinträchtigung in die Wirtschaft.

3.2.7 Die Eingliederung von Menschen mit einer Beeinträchtigung

Für Erwachsene mit einer Beeinträchtigung bestanden die Möglichkeiten, sich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, den Lebensunterhalt mit Heimarbeit zu verdienen oder in Werkstätten bzw. Arbeitsheimen zu arbeiten (Sandmeier, 1960).

Werkstätten und Eingliederungswerkstätten entstanden bereits 1917 und 1934, waren aber vor allem auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgerichtet. Eine starke Zunahme der Ausbildungsmöglichkeiten für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung ergab sich erst 1951 mit dem Zusammenschluss der verschiedener Selbsthilfeorganisationen zur SAEB (Wehrli, 1968). 1956 eröffnete die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft, die Stiftung Brunau. Diese hatte das Ziel, Menschen mit einer Beeinträchtigung auf Lochkarten²⁴- und Bürofachmaschinen auszubilden oder umzuschulen, um ihnen einen Platz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen (Schenkel, 1958).

²⁴ Lochkarten waren aus Spezialpapier gefertigte Karten, um Daten zu speichern.

Laut Sandmeier (1960) blieb die Zahl der zur Verfügung stehenden Arbeitsplätze beschränkt. Der Verband der Werkstätten für Teilerwerbsfähige bot etwas über 400 Arbeitsplätze an; maximal 400 weitere Plätze standen zudem in privaten Arbeitsheimen zur Verfügung. Obwohl die Nachfrage grösser gewesen war, wollte der Verband der Werkstätten für Teilerwerbsfähig keine neuen Betriebe eröffnen. Daher blieben die Betroffenen auf private Initiativen angewiesen. Sandmeier betonte, dass sich insbesondere die Selbsthilfevereinigungen dieses Problems annehmen sollten. Die Führung solcher Arbeitsheime könne nämlich gleich gut oder sogar noch besser von Betroffenen selbst übernommen werden. Auch nahm er die Selbsthilfeorganisationen bezüglich der Bereitstellung von Freizeitangeboten für Menschen mit einer Beeinträchtigung in die Pflicht.

In der Schweiz begannen die Bemühungen um die Ausbildung und berufliche Eingliederung von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen später als im angrenzenden Ausland. Durch die nicht vorhandenen Kriegsinvaliden war sie nicht in gleichem Masse wie andere Länder unter Druck, etwas für die Integration von Menschen mit einer Beeinträchtigung zu unternehmen. Ein Wandel zeichnete sich 1947 mit der durch Pro Infirmis ausgerichteten Bundesfeierspende ab, die der Eingliederung ‚Gebrechlicher‘ gewidmet war (Germann, 2008).

Das Ziel der Spendensammlung durch Pro Infirmis war nicht, das bestehende Angebot an Ausbildungsstätten und Werkstätten zu verbessern oder auszubauen, sondern eine Beobachtungs- und Trainingsstätte zu schaffen, in der die Fähigkeiten der betroffenen Personen abgeklärt und hinsichtlich eines Berufseinstiegs gefördert werden sollten (Schweingruber, 1948). Es ging um die Schaffung von Eingliederungsmöglichkeiten für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung im weiteren Sinn.

Seit Jahren liegen gutdurchdachte Pläne vor, um im Welschland und in der deutschen Schweiz für normalbegabte Mindersinnige, Körperbehinderte und Verunfallte *Stätten zur beruflichen Eingliederung* . . . zu schaffen, wo die beruflichen Fähigkeiten Infirmen innert kurzer Zeit systematisch und eingehend geprüft werden können, Stätten, die mit Trainingswerkstätten und Stellenvermittlung verbunden werden sollen. Die notwendigen Mittel sind aber erst zur Hälfte beisammen. So liegen wertvolle Kräfte Behinderter brach, die nach zweckmässiger Vorbereitung für Industrie, Gewerbe und Handel nutzbar gemacht werden könnten. Die bestehenden Heime für Teilerwerbsfähige dienen in erster Linie Geistesschwachen und werden immer mehr zu Dauerheimen für Gebrechliche, die im offenen Erwerbsleben nicht untergebracht werden können. (Briner & Meyer, 1950, S. 318)

In den folgenden Jahren wurde auf verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen die Eingliederung von Menschen mit einer Beeinträchtigung diskutiert. 1956

fand der Eingliederungsboom mit der Eröffnung der Eingliederungsstätte Milchsuppe in Basel seinen vorläufigen Höhepunkt (Germann, 2008). Die Arbeitsgemeinschaft Milchsuppe wurde zwar schon 1935 als Abteilung des Bürgerspitals Basel gegründet, um Patientinnen und Patienten nach ihrem Spitalaufenthalt wieder auf die Arbeitstätigkeit vorzubereiten oder ihnen auf Dauer eine Arbeits- und Wohnmöglichkeit zu bieten. 1956 wurde diese zu einem Eingliederungszentrum ausgebaut, indem ein Wohnheim für die berufliche Abklärung von ‚Schwerstkörperbehinderten‘ angegliedert wurde (Ulmann, 1967).

Germann (2008) vermutet den Grund der Fokussierung auf die Eingliederung analog zu Deutschland in dem sich seit Ende der 1940er Jahre abzeichnenden Arbeitskräftemangel infolge der boomenden Wirtschaft. Neben dieser Nutzbarmachung von Arbeitskräften für die Wirtschaft wurde in der Schweiz auch die Eingliederung in die Gesellschaft bzw. die Sozialisierung der Menschen mit Beeinträchtigung betont, die durch Arbeit vorangetrieben würde. Der Wandel in der Wahrnehmung von Menschen mit einer Beeinträchtigung als brach liegende Arbeitskräfte gab der Einführung der Invalidenversicherung neue Sprungkraft (Germann, 2008).

Die Einigkeit, mit der Bundesrat und Parlament Massnahmen zur Eingliederung Behinderter im IVG von 1959 verankerten, wird historisch nachvollziehbar vor dem Hintergrund eines veränderten Sprechens über Behinderung, das vermehrt Potenzial behinderter Menschen in den Vordergrund stellte, und eines seit 1950 wachsenden gesellschaftlichen Engagements zur wirtschaftlichen Integration von ‚Invaliden‘. (Germann, 2008, S. 195–196)

Ein anderer Autor, dessen Identität leider nicht mehr eruiert werden konnte, behauptete in einem Artikel in der NZZ, dass in der Schweiz erst durch die Folgen der Poliomyelitis-Epidemien Bestrebungen angelaufen seien, die der Wiedereingliederung von Menschen mit einer Beeinträchtigung dienten (wvs, 1956). Die Beweggründe der Befürworter der Eingliederung können im einzelnen Fall kaum mehr eruiert werden, zumal die ausgesprochenen Gründe nicht unbedingt den tatsächlichen Motiven entsprochen haben müssen. Wahrscheinlich wurde dieser Wandel durch ein Zusammenkommen verschiedenster Faktoren ausgelöst.

Schon damals war klar, dass eine gelingende Eingliederung in den Arbeitsmarkt nicht nur von den Möglichkeiten des Menschen mit Beeinträchtigung abhängt, sondern insbesondere von äusseren Faktoren wie dem Willen der Arbeitgebenden, der Zugänglichkeit und Ausgestaltung des Arbeitsplatzes beschränkt wird. Trotzdem trennte später der Invaliditätsbegriff des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) dies wieder klar und berief sich lediglich auf die in

der Person des Menschen mit Beeinträchtigung liegenden Möglichkeiten und ignoriert bis heute die Rolle des Arbeitsmarktes (Germann, 2008).

Die Einführung der Invalidenversicherung 1960 hatte grosse Auswirkungen auf die Angebotsentwicklung im Behindertenbereich. Die finanzielle und materielle Unterstützung durch Renten und Hilfsmittel bedeutete für die Betroffenen eine grosse Entlastung. Vor 1960 standen zwar auch Versicherungslösungen zur Verfügung, oft aber nicht auf obligatorischer Basis oder nicht für die gesamte Bevölkerung.

3.2.8 Sozialversicherungen

Bis ins 19. Jahrhundert wurde die Unterstützung für Menschen mit einer Beeinträchtigung oder Krankheit sowie bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund fortgeschrittenen Alters vor allem durch die Familie oder die Kirchen geleistet. Vor der Einführung und dem Ausbau der Sozialversicherungen in der Schweiz gab es auch verschiedene Möglichkeiten, sich gegen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit zu versichern. So boten unter anderem Hilfsgesellschaften, Pensionskassen, Lebensversicherungsgesellschaften und Krankenkassen finanzielle Unterstützungen an, Jahre bevor der Staat sich dieser Thematik annahm. Von diesen Leistungen konnten aber viele nicht profitieren. So hatten nicht alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber eine Pensionskasse eingerichtet (Bütler & Gentinetta, 2007) und sich daher lange nicht alle berufstätigen Personen einer Pensionskasse angeschlossen. Vor allem in den unteren sozialen Schichten war dies eher eine Seltenheit (Ochsner, 1954).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begann der Staat diesen Aufgabenbereich mit abzudecken. In den Gemeinden wurden Armen- und Gesundheitsbehörden eingeführt. Die Bedingungen für den Erhalt dieser Armenunterstützung waren erniedrigend und aufgrund der föderalistischen Struktur der Schweiz sehr unterschiedlich (Degen, 2006; Bütler & Gentinetta, 2007).

Der Ursprung der Sozialversicherungen in der Schweiz liegt in der ersten Bundesverfassung (1848), als erstmalig eine zentralstaatliche Struktur geschaffen und einer Bundesverwaltung bestimmte Kompetenzen übertragen wurden. Als Staatsziel wurde unter anderem die Beförderung der gemeinsamen Wohlfahrt festgelegt. Der Ausbau der Sozialversicherungen in der Schweiz dauert nunmehr schon über 100 Jahre. Nachdem das 1877 erlassene eidgenössische Fabrikgesetz grosse Mängel aufwies, wurde der Bund vom Volk 1890 beauftragt, eine Kranken- und Unfallversicherung zu schaffen. Die Erfüllung dieses Auftrags dauerte

jedoch mehrere Jahre. In der Zwischenzeit wurde 1902 als erste Sozialversicherung der Schweiz das Militärversicherungsgesetz erlassen. Für Personen, die aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters nicht mehr arbeiten konnten, gab es zunächst noch keine staatlich geregelte finanzielle Absicherung. Dieser Mangel wurde vor allem mit Beginn des 20. Jahrhunderts und den Folgen des Ersten Weltkriegs für die Bevölkerung spürbar und erste Vorbereitungen in die Wege geleitet (Portwich, 2011). 1925 wurde im Rahmen einer Volksabstimmung der Bund schliesslich beauftragt, eine Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie im Anschluss eine Invalidenversicherung (IV) einzuführen. Die erste Gesetzesvorlage scheiterte 1931, sodass einige Kantone selbst eine Altersversicherung einrichteten (Degen, 2006). Die Einführung der AHV liess danach zwei Jahrzehnte auf sich warten; die Invalidenversicherung blieb 35 Jahre pendent (Reinhardt, 2014). Die Wirtschaftskrise zu Beginn der 1970er Jahre zeigte zudem das Fehlen einer Versicherung gegen Arbeitslosigkeit auf. Die vielen Personen, die ihre Arbeit verloren, standen zu einem grossen Teil ohne finanzielle Absicherung da. Dieses Problem führte 1976 zur Einführung der obligatorischen Arbeitslosenversicherung (Portwich, 2011). Bereits im Rahmen des eidgenössischen Fabrikgesetzes wurde ein Arbeitsverbot für Mütter für die Zeit von sechs bis acht Wochen nach der Geburt festgelegt, ohne die Lohnfortzahlung zu regeln. Nachdem erste Vorstösse ohne Erfolg blieben, gelang es 1945, als Folge des Arbeitskräftemangels und im Zuge der Familienschutzinitiative die Verfassungsgrundlage für eine Mutterschaftsversicherung zu verankern. Die Umsetzung dauerte mehrere Jahrzehnte. Erst 2004 trat die Mutterschaftsversicherung in Kraft. Auch die in der Familienschutzinitiative geforderte Familienzulage stockte in der Umsetzung. Zunächst wurden solche nur an landwirtschaftliche Angestellte und Bergbauern, später an alle Kleinbauern ausbezahlt. Es führten zwar alle Kantone der Schweiz Familienzulagen ein; diese mussten aber von den Arbeitgeberinnen und -gebern bezahlt werden. Die Beträge waren sehr unterschiedlich. Eine einheitliche Regelung kam erst 2006 zustande. Die Erwerbsausfallentschädigung für den Militär-, Zivil- und Zivildienst sowie die Mutterschaft wird heute über die Erwerbsersatzordnung geregelt (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2013b).

Das schweizerische Sozialversicherungssystem ist über mehrere Jahrzehnte langsam gewachsen. Im Folgenden wird kurz auf jene Sozialversicherungen eingegangen, die für Menschen mit einer Erkrankung oder Beeinträchtigung von Bedeutung sind. Es handelt sich dabei vor allem um die Unfall- und Krankenversicherung, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung.

Unfall- und Krankenversicherung: 1877 nahm das Volk das Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken an. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass Fabrikbetreiberinnen und Fabrikbetreiber bei Unfällen ihrer Arbeitskräfte haftbar gemacht werden konnten. Ab 1881 wurde diese Haftung auch auf Berufskrankheiten ausgedehnt. Dieses Recht musste jedoch über eine zivilgesetzliche Klage eingefordert werden, was die praktische Umsetzung einschränkte. Zudem waren gerade kleine Betriebe durch solche Forderungen schnell in ihrer Existenz bedroht. Diese Probleme führten dazu, dass im Parlament über eine obligatorische Kranken- und Unfallversicherung diskutiert wurde (Degen, 2006).

1890 stimmte das Volk dem Verfassungsartikel zu, der dem Bund die Kompetenz erteilte, eine obligatorische Unfall- und Krankenversicherung einzurichten. 1899 wurde das Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) vom Parlament verabschiedet. Darin enthalten waren die Schaffung einer eidgenössischen Unfallversicherungsgesellschaft, Regelungen betreffend öffentliche und private Krankenkassen, ein Obligatorium für einen Grossteil der Bevölkerung, die Übernahme von Heilungskosten und die Entrichtung von Erwerbsersatz. Nachdem diese erste Fassung des KUVGs 1900 von den Stimmberechtigten abgelehnt wurde, wurde 1912 eine abgespeckte Version angenommen. Diese umfasste lediglich die Schaffung einer Unfallversicherungsgesellschaft und eine Subventions- und Aufsichtsregelung bezüglich der Krankenkassen. Da auf privater Basis bereits Krankenkassen existierten, konnte dieser Teil des Gesetzes schon 1914 umgesetzt werden. 1918 war auch die Unfallversicherungsgesellschaft (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, SUVA) aufgebaut. Das 1913 eingerichtete Bundesamt für Sozialversicherungen übernahm zudem die Planung weiterer Versicherungszweige (Degen, 2006).

Die Unfallversicherung hatte nur eine beschränkte Wirkung. Es waren nicht alle Betriebe verpflichtet, die obligatorische Unfallversicherung für ihre Angestellten abzuschliessen (Ochsner, 1954). Zudem kam sie nur für Personen auf, die erwerbstätig waren. Hausfrauen, Kinder oder Menschen, deren Beeinträchtigung seit der Geburt bestand, waren weiterhin auf die private Invalidenfürsorge angewiesen (Bütler & Gentinetta, 2007).

Bereits vor 1910 gab es in einigen Kantonen Gesetze, die für bestimmte Personengruppen (z. B. Aufenthaltler, bestimmte Berufsgruppen) ein Krankenkassen-Obligatorium festgelegt hatten. Es gab öffentliche (von öffentlicher Hand geführt, z. B. von Gemeinden) und private Versicherungsgesellschaften (Biedermann, 1955). Die Kassen zahlten damals vornehmlich Krankengeld (Lohnausfall) und nicht die Kosten für die ärztliche Behandlung. Mit der Einführung des KUVGs wurden die verschiedenen Versicherungsarten (Lohnausfall,

Krankenpflege oder beides) aber unterschiedlich subventioniert. Kassen, die ihren Versicherten Krankengeld und die Behandlungskosten ausbezahlten, bekamen am meisten Subventionen, jene, die nur Krankengeld bezahlten, am wenigsten (Rickenbach, 1930). Dies hatte zur Folge, dass sich die Angebotspalette der Krankenkassen mit der Einführung des KUVGs änderte. Bereits 1950 übernahm ein Grossteil der Kassen (85%) die Krankenpflege oder Krankenpflege und Krankengeld, nur noch 15% waren reine Krankengeld-Kassen (Biedermann, 1955). Die Zahl der Menschen, die Mitglied einer Krankenkasse waren, stieg im Laufe des 20. Jahrhunderts massiv an. Während 1919 erst 25% der Bevölkerung krankenversichert war, waren es 1930 schon 40%, 1941 51%, 1950 64%, 1960 81% und 1970 bereits 97% (Abb. 1). Waren in den Anfängen aus historischen Gründen vor allem Männer versichert, wurden mit der Einführung des KUVG immer mehr Frauen und vor allem Kinder in die Krankenversicherung miteingeschlossen (Bundesamt für Statistik, 1915–1996).

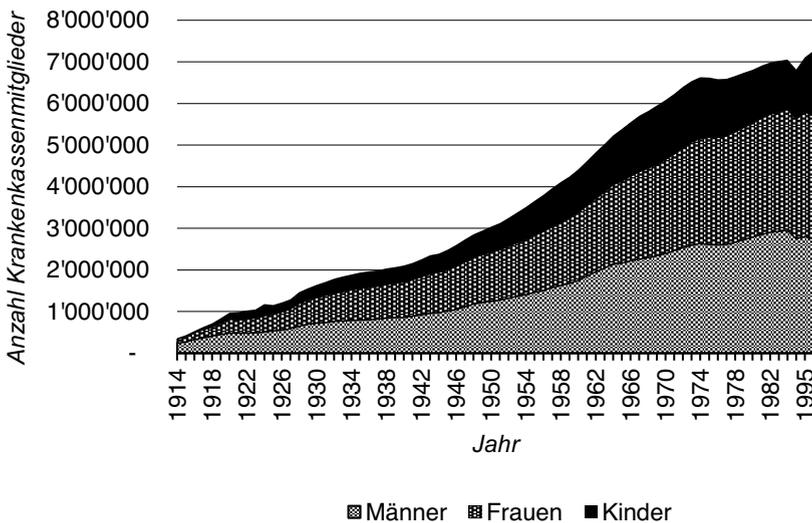


Abb. 1: Versichertenzahlen 1914 bis 1989 (Bundesamt für Statistik, 1915–1996)

Da seit der Mitte des 19. Jahrhunderts die Niederlassungsfreiheit bestand, waren die Wohngemeinden auch für die zugewanderten Einwohner zuständig, falls diese auf finanzielle Hilfen angewiesen waren. Sie waren daher sehr an einem Versicherungsobligatorium interessiert, um die Ausgaben des Armenwesens im

Rahmen zu halten. Die Versicherungspflicht wurde dabei nur den Geringverdienern auferlegt, da bei diesen das Risiko am höchsten war, bei einem Krankheitsfall in die Armut abzurutschen. Das Krankenkassen-Obligatorium für die gesamte Bevölkerung wurde in der Schweiz erst 1996 eingeführt (Lengwiler & Rothenbühler, 2004).

Obwohl das Obligatorium nicht eidgenössisch vorgeschrieben war, besaßen 1950 lediglich sechs Kantone (Aargau, Basellandschaft, Glarus, Obwalden, Nidwalden, Neuenburg) noch keine Gesetzgebung bezüglich einer obligatorischen Krankenversicherung. Andere Kantone hatten das Obligatorium auf bestimmte Gruppen beschränkt oder die Einführung oder Ausweitung einer Versicherungspflicht den Gemeinden überlassen (Biedermann, 1955). 1981 hatten 14 Kantone das Versicherungsobligatorium für bestimmte Bevölkerungsgruppen eingeführt, sechs Kantone hatten die Befugnis an ihre Gemeinden übertragen und vier Kantone kannten weder auf kantonaler noch Gemeindeebene eine Versicherungspflicht. Zwei Kantone hatten bereits ein allgemeines Krankenkassen-Obligatorium eingeführt oder die Möglichkeit eines Obligatoriums für die gesamte Bevölkerung im Gesetz verankert (Bundesrat, 1981). 1991 hatten bereits vier Kantone (Freiburg, Neuenburg, Tessin, Basel-Stadt) die Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung eingeführt, in den anderen Kantonen galt das Obligatorium nur für bestimmte Personengruppen. Dennoch waren 1991 99% der Wohnbevölkerung der Schweiz krankenversichert (Bundesrat, 1992).

Militärversicherung: Nach einigen vorgängigen Regelungen während der Zeit der Helvetischen Republik (1798–1803) und Restauration (1813–1830/31) wurde in den Bundesverfassungen von 1848 und 1874 das Recht auf Entschädigungen für Armeeangehörige geregelt. Die Unterstützungsleistungen wurden zunächst von der tatsächlichen Bedürftigkeit des Betroffenen abhängig gemacht. Ab 1874 übernahm der Bund schliesslich die Kosten für die Behandlung und Verpflegung für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit. Um die Leistungen erhöhen zu können, wurde in der Zeit zwischen 1887 und 1895 ein Vertrag mit der Zürich-Versicherungsgesellschaft abgeschlossen, mit dem ein Teil der Armeeangehörigen gegen Unfall versichert und der Erwerbsersatz geregelt wurde. Danach verwaltete die Versicherung wieder der Bund. Die Leistungen wurden nur ausbezahlt, falls die Erkrankung oder der Unfall tatsächlich während des Militärdienstes stattgefunden hatte. Zudem unterschieden sich die Leistungen je nach Personengruppe und Aktivität. Mit den Totalrevisionen (1949 und 1992) wurden alle Armeeangehörigen einander gleichgestellt und Genugtuungszahlungen eingeführt. In den folgenden Jahrzehnten wurden die Leistungen auf weitere Personengruppen,

wie Zivilschutzangehörige, Zivildienstleistende, Katastrophenhilfekorps usw. ausgeweitet. Seit 2005 verwaltet die SUVA die Militärversicherung (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2013a).

Invalidenversicherung: Das Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) wurde 1947 angenommen und 1948 die ersten Renten ausbezahlt. Damit war die Grundbedingung für die Einführung der Invalidenversicherung geschaffen und Mitte der 1950er Jahre wurde ernsthaft mit der Vorbereitung für deren Einführung begonnen. Am 1. Januar 1960 nahm die Invalidenversicherung schliesslich ihren Dienst auf (Degen, 2006).

Die späte Einführung der Invalidenversicherung in der Schweiz ist nicht gleichbedeutend mit einem totalen Fehlen von Unterstützungs- und Versicherungsarten. Neben der schweizerischen Sozialversicherung, die das Armutrisiko zu decken versuchte, gab es im Kanton Glarus schon seit Januar 1918 für die gesamte Bevölkerung (ab dem 17. Lebensjahr) eine unter bestimmten Voraussetzungen obligatorische Alters- und Invalidenversicherung. Der ausbezahlte Betrag war relativ gering, sodass der zusätzliche Bedarf bei Invalidität sowie der Verdienstaufschlag nicht gedeckt waren (Ochsner, 1954). Die Kantone Solothurn (1955), Basel-Stadt (1956) und Genf (1956) führten ähnliche kantonale Invalidenhilfen ein und auch in der Stadt Zürich wurde 1956 eine städtische Invalidenhilfe vorbereitet. Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen war an verschiedene Bedingungen geknüpft und die Ausformung der Hilfe von Kanton zu Kanton verschieden (Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung, 1956).

Nur drei Monate nachdem das Volk die definitive Einführung der AHV beschlossen hatte, reichte Nationalrat Ernst Jakob 1947 ein Postulat zur Einführung der Invalidenversicherung ein. Der Bundesrat akzeptierte das Postulat zwar, sah aber keine ausgesprochene Dringlichkeit, diese neue Versicherung schnell einzuführen. Auch eine Nachfrage Anfang 1950 wies der Bundesrat zurück, da zunächst die Revision des Bundesgesetzes betreffend die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) und die Einführung der Mutterschaftsversicherung auf der Agenda standen. Ein nächstes Postulat kam von Nationalrat Friedrich Schneider mit dem Vorschlag, die Invalidenversicherung in die Krankenversicherung zu integrieren. Kaum drei Wochen später schlug Nationalrat Urs Dietschi dagegen vor, die Invalidenversicherung als eine Erweiterung der AHV anzulegen und sie langsam einzuführen, indem das Alter für den Bezug der AHV für Menschen mit einer Beeinträchtigung schrittweise gesenkt würde. Wiederum nur wenige Wochen später, im Mai 1951, plante der Schweizerische Invalidenverband eine

Volksinitiative zur Einführung der Invalidenversicherung und gründete die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter. Die Idee war eine Verbindung von Eingliederungsmassnahmen und Rente. Aufgrund fehlender Rückendeckung setzte die Arbeitsgemeinschaft die Idee der Initiative nicht um. Das Postulat von Friedrich Schneider wurde schliesslich abgelehnt, das Postulat von Urs Dietschi angenommen. Die Einführung einer Invalidenversicherung wurde von Bundesrat Rodolphe Rubattel (Volkswirtschaftsdepartement) und Arnold Saxer (Direktor des Bundesamts für Sozialversicherung) weiterhin als zweitrangig bezeichnet, und auch Pro Infirmis, vertreten durch Ernst Kull, sah die praktischen Eingliederungsbestrebungen als wichtiger an, als eine neue Versicherung zu schaffen (Fracheboud, 2015).

Nachdem eine weitere Anfrage im Februar 1954 erneut abgelehnt wurde, änderte sich einiges. Verschiedene Befürworter einer Invalidenversicherung wurden aktiv. Am 18. März 1954 reichte Nationalrat Walter Stünzi ein Postulat ein, das von 33 weiteren linksorientierten Parlamentariern unterschrieben wurde. Der Bundesrat wurde damit aufgefordert, die Einführung der Invalidenversicherung in die Hand zu nehmen. Auch die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe (ASKIO) wurde aktiv und lud am 10. Juni 1954 verschiedene Vertreter der Politik, Wirtschaft und diverser Vereinigungen ein, an einer Veranstaltung teilzunehmen. Am 12. September 1954 startete die Arbeiterpartei eine Volksinitiative, welche die Einführung der Invalidenversicherung im Jahr 1958 verlangte. Trotz all dieser Vorstösse verwies der Bundesrat, vertreten durch Rodolphe Rubattel, am 29. September 1954 bei der Diskussion des Postulat Stünzis erneut auf die leeren Staatskassen. Darauf startete die sozialdemokratische Partei am 31. Oktober 1954 ebenfalls eine Volksinitiative zur Einführung der Invalidenversicherung und Nationalrat Urs Dietschi reichte am 22. Dezember 1954 eine Motion zur Einführung eines Gesetzes über die Invalidenhilfe ein. Es ist nicht ganz klar, warum der Bundesrat schliesslich seine Meinung änderte und im Sommer 1955 eine Expertenkommission zur Einführung der Invalidenversicherung einberief (Fracheboud, 2015). Eine Versicherungslösung, die Eingliederungsmassnahmen und Rente kombinieren sollte, trat immer stärker in den Fokus der Diskussionen (Fracheboud, 2015). Bereits am 1. Januar 1960 nahm die Invalidenversicherung ihre Tätigkeit auf (Bütler & Gentinetta, 2007).

Mit der Einführung der Invalidenversicherung in der Schweiz wurde der Fokus noch stärker auf die Wiedereingliederung gesetzt, die aus privater oder öffentlich-rechtlicher Initiative entstandenen Rehabilitationsangebote durch finanzielle Beiträge unterstützt sowie die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen

finanziell gefördert. Auch die Sonderschulung geriet unter den Einfluss der Invalidenversicherung, indem sich die neu geschaffene Versicherung neben den Kantonen und Gemeinden an den Kosten der Beschulung beteiligte. Viele der Kinder, die besondere Schulungsmassnahmen benötigten, wurden bisher von den meisten Kantonen von der Schulpflicht dispensiert. Dies hatte zur Folge, dass die vorhandenen Sonderschulen oft nicht durch eine öffentliche Behörde beaufsichtigt wurden. Mit der Einführung der Invalidenversicherung wurden jedoch Mindestanforderungen erlassen, welche Schulen erfüllen mussten, um anerkannt und unterstützt zu werden, und die Kantone mussten ein Sonderschulinspektorat einrichten. Diese Aussicht, bezüglich der Schulkosten ihrer Kinder finanziell unterstützt zu werden, führte dazu, dass sich Elternvereinigungen für die Gründung von Tagesschulen einsetzten. Die Zahl an Sonderschulen stieg innerhalb von 15 Jahren rasant von 3'000 auf 17'000 an (Lüthy, 1990).

Es zeigt sich, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung über viele Jahrhunderte in prekären Verhältnissen lebten. Dabei gab es grosse Unterschiede bezüglich der Art der Beeinträchtigung und der sozialen Herkunft. Im 19. Jahrhundert entstanden schliesslich erste Anstalten für Menschen mit einer Sinnesbeeinträchtigung oder chronischen Krankheiten, Erziehungsanstalten, später auch Hilfsklassen. Da es bis weit ins 20. Jahrhundert hinein nur für einen Teil der Bevölkerung eine finanzielle Absicherung (Unfallversicherung, Militärversicherung, private Pensionskassen, in bestimmten Fällen Krankenversicherung) gab, lebten viele in Armut und wurden von der Armenbehörde unterstützt. Die Zuständigkeit für Menschen mit einer Beeinträchtigung war kantonal oder kommunal geregelt und Menschen mit einer Beeinträchtigung zu einem grossen Teil von Fürsorgeorganisationen und Wohltätigkeit abhängig. Der Bund unterstützte lediglich mit einem kleineren Beitrag, dem Anormalen- und Gebrechlichenkredit, ausgewählte Fürsorgevereinigungen. Erst mit der Einführung der Invalidenversicherung wurde eine Lösung geschaffen, die Menschen mit einer Beeinträchtigung, zumindest in einem gewissen Mass, unabhängiger von ihrem Umfeld machte. Auch wenn das Ziel der Gleichberechtigung und des selbstbestimmten Lebens noch heute nicht erreicht ist, so war die Einführung dieser Versicherungslösung ein wichtiger Schritt für alle Menschen mit einer Beeinträchtigung.

4 Poliovirus und Krankheitsbild

Die Poliomyelitis ist ein in der westlichen Welt heute kaum noch gekanntes Krankheitsbild. Genau wie vor der Ausbreitung dieser Infektionskrankheit im 20. Jahrhundert verfügen weder die Bevölkerung noch viele medizinische Fachpersonen über ein Wissen über die Erscheinungsformen oder Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten. Im Gegensatz zu früher ist dieses Wissen zu einem grossen Teil vorhanden, wird aber aufgrund des Ausbleibens von Neuerkrankungen nicht mehr so dringend benötigt. Als sich die Epidemien im beginnenden 20. Jahrhundert national und international auszubreiten begannen, war weder das Wissen über die Ursache der Krankheit noch die verschiedenen Verlaufsformen vorhanden. Dies führte dazu, dass Massnahmen ergriffen wurden, von denen man nur hoffen konnte, dass sie helfen würden. Erst durch intensive Forschung, die sich manchmal jahrzehntelang auf Irrwegen befand, konnte das verursachende Virus identifiziert und sichtbar gemacht sowie die Übertragungswege aufgedeckt werden. Die Schwierigkeit für die Wissenschaft lag unter anderem darin, dass Viren eine noch relativ neue Entdeckung waren und damit für die Erforschung von deren Bekämpfung neue Wege beschritten werden mussten. Um die relativ erfolglosen Präventionsmassnahmen des Gesundheitswesens zu verstehen, ist daher ein kurzer Überblick über die Geschichte der Entdeckung des Poliovirus hilfreich.

In der Schweiz sind seit nunmehr beinahe 30 Jahren keine neuen Poliomyelitis-Infektionen mehr gemeldet worden. Das Krankheitsbild ist durch die Einführung der Impfung bereits davor schon so selten geworden, dass sich wohl nur noch die ältere Generation oder Personen mit Betroffenen im Verwandten- oder Bekanntenkreis etwas darunter vorstellen können. Das Wissen über die akute Erkrankung sowie die möglichen Folgeerscheinungen ist für das Verständnis der weiteren Arbeit wichtig.

4.1 Virusgeschichte

Damit die sich im untersuchten Zeitraum stellenden Probleme besser verstanden werden können, wird in diesem Kapitel eine Übersicht über die Entdeckung der Viren allgemein sowie des Poliovirus im Besonderen gegeben. Dies soll verdeutlichen, wie jung der Wissenschaftszweig der Virologie zum Zeitpunkt der beginnenden Epidemien war und weshalb dies zu vielen Problemen in der Prävention, Diagnostik und Behandlung führte.

4.1.1 Die Entdeckung der Viren

Schon sehr früh findet man Schriftstücke, welche Krankheiten beschreiben, die heutigen Infektionskrankheiten ähneln. Mit Sicherheit lässt sich kaum eine dieser Beschreibungen einer heute bekannten Erkrankung zuordnen. Auch sind die in diesen Schriftstücken beschriebenen Ursachen und Verhütungsmethoden aus heutiger Sicht nur schwer zu deuten (Grossgebauer, 1997). Im Allgemeinen war es bis etwa 1870 praktisch nicht möglich, Krankheitseinheiten genau zu unterscheiden, geschweige denn, eine Erkrankung einem bestimmten Erreger zuzuordnen. Letzteres wurde erst mit der Bakteriologie und den damit verbundenen Namen Louis Pasteur und Robert Koch möglich (Grossgebauer, 1997).

Der Begriff Virus wurde zwar schon von Celsus²⁵ im ersten Jahrhundert nach Christus verwendet, seine Bedeutung als Überträger einer Krankheit erlangte er aber viel später.

For centuries after Celsus, the term ‚virus‘ was used casually as a synonym for poison or venom, until with the growing awareness of transmission of disease in the eighteenth and nineteenth centuries it eventually acquired the meaning of an infectious agent. (Waterson & Wilkinson, 1978, S. 3)

Die Pocken waren die erste Erkrankung, die man aktiv zu verhindern versuchte. So kam im Jahre 1721 die Methode der Variolation nach Europa und erfreute sich vor allem in gehobeneren Kreisen grosser Beliebtheit, bis 1798 Edward Jenner²⁶ die erste Impfung entwickelte. Jenner wurde inspiriert von der Masse an Literatur, die aufgrund der schweren Epidemien sowie des Diskurses über die Variolation erschienen war. Es wurde immer klarer, dass etwas von Person zu Person übertragen werden musste, was die Krankheit auslöste, und dieses Etwas wurde ‚Virus‘ genannt. Unter dem Wort Virus wurde damals alles verstanden, was eine Krankheit von einer Person auf die andere übertragen kann. Der Wandel der Bedeutung des Wortes Virus wurde demnach durch die grossen Pockenepidemien und die damit verbundene Erkenntnis der Übertragbarkeit von Krankheiten eingeleitet (Waterson & Wilkinson, 1978).

Mitte des 18. Jahrhunderts gelang es Louis Pasteur aus Paris und Robert Koch aus Berlin erstmals nachzuweisen, dass Krankheiten durch spezifische Mikroben

²⁵ Aulus Cornelius Celsus: genaue Lebensdaten unbekannt, wahrscheinlich etwa zur Zeit von Kaiser Tiberius (42 v. Chr. – 37 n. Chr.), erster grosser Enzyklopädist, gesammeltes Werk: ‚De Artibus‘ mit Beiträgen zu Landwirtschaft, Militärwesen, Rhetorik, Philosophie, Rechtslehre und Medizin (Rosenthal, 1961).

²⁶ Edward Jenner (1749–1823), englischer Arzt (Dworetzky, Cohen & Mullin, 2003).

verursacht werden. Das Anthrax-Bakterium war 1876 das erste Bakterium, das von Koch isoliert werden konnte (Smith Hughes, 1977; Artenstein & Artenstein, 2010). In der Zeit vor der Jahrhundertwende postulierte Koch drei Voraussetzungen für den Beweis einer infektiösen Ätiologie: Erstens muss der spezifische Erreger in allen Krankheitsfällen nachweisbar sein, zweitens muss er isolier- und kultivierbar sein und drittens müssen die so kultivierten Erreger in Tierversuchen wiederum die spezifische Krankheit auslösen (Smith Hughes, 1977). Obwohl viel Zeit in die Forschung investiert wurde, konnten bei einigen Krankheiten die verursachenden Erreger nicht gefunden werden. Weder war der Erreger mit dem Lichtmikroskop erkennbar noch durch die herkömmlichen Bakterienfilter filtrierbar. Damit konnten sie auch nicht in der normalen Nährlösung herangezüchtet und auf andere Tiere übertragen werden (Smith Hughes, 1977; Crawford, 2000).

Erst die Entdeckung, dass sich bestimmte Erreger mit Bakterienfiltern nicht aus einer infektiösen Flüssigkeit herausfiltern lassen, obwohl sie vorhanden waren, führte zu der Vermutung, dass es noch andere Ursachen für Infektionen als Bakterien geben musste.²⁷ Es wurde jedoch weiterhin angenommen, dass es sich bei diesen Krankheitserregern um Mikroorganismen handelte, die sich lediglich in der Grösse von den bisher bekannten Bakterien unterschieden (Waterson & Wilkinson, 1978).

²⁷ Bei Versuchen, den Erreger der Tabakmosaikkrankheit zu finden, stiessen der russische Botaniker Dmitri Ivanovsky (1892) und der Holländer Martinus Beijerinck (1897) auf das gleiche Phänomen. Es gelang ihnen nicht, den Erreger durch die Bakterienfilter aus der infektiösen Flüssigkeit herauszufiltern. Beijerinck schlussfolgerte daraus, dass es sich um einen neuen Typ von Krankheitserreger handeln musste, der seiner Meinung nach in flüssiger Form existierte und sich vermehren konnte. Er hatte somit das Konzept eines lebenden, sich reproduzierenden, aber nicht-zellularen Erregers entwickelt. Dieser Schritt war sehr gewagt, da damals die Meinung vorherrschte, dass alles Leben aus mindestens einer Zelle bestehe. Auch wenn Beijerincks Interpretation der Resultate nicht genau den heutigen Kenntnissen entspricht, war diese Entdeckung der Anfang der Virologie (Smith Hughes, 1977; Waterson & Wilkinson, 1978; Scott, 1990).

Ebenfalls um die Jahrhundertwende befassten sich Friedrich Loeffler und Paul Frosch mit dem Erreger der Maul- und Klauenseuche, welcher der deutschen Rinderzucht immer wieder massive Verluste zufügte. Auch sie konnten den Erreger nicht herausfiltern oder in einer Nährlösung züchten, dennoch steckte die filtrierte Flüssigkeit andere Tiere an. In Unkenntnis der Studien von Ivanovsky und Beijerincks kamen sie zu ähnlichen Schlussfolgerungen. Die beiden Forscher vermuteten entweder ein von den Bakterien abgesondertes Toxin als Ursache der infektiösen Flüssigkeit oder einen besonders kleinen Mikroorganismus. Ersteres schlossen sie nach weiteren Versuchen aus (Smith Hughes, 1977; Waterson & Wilkinson, 1978; Koch & Koch, 1985; Scott, 1990).

Die Forscher Ivanovsky, Beijerinck, Loeffler und Frosch beschrieben Kriterien, um diesen neuen Erregertyp zu identifizieren: (a) nicht mit einem Mikroskop nachzuweisen, (b) nicht filtrierbar und (c) nicht in einer Nährlösung, sondern nur in einem lebenden Organismus züchtbar (Waterson & Wilkinson, 1978; Scott, 1990). In den folgenden Jahren wurden die Ursachen einiger Krankheiten diesem neuen Erregertyp zugewiesen. Obwohl immer mehr Krankheitserreger als Viren erkannt wurden, wusste man lange Zeit nichts über deren Aufbau und Aussehen (Scott, 1990). Auch blieb es ein Mysterium, wie die Infektion abläuft und wie sich die Viren reproduzieren (Crawford, 2000). In den 1930er Jahren konnten schliesslich feinere Filter entwickelt werden. William Elford kam 1931 auf die Idee, die infektiöse Flüssigkeit durch immer feinporigere Filter laufen zu lassen, bis die resultierende Flüssigkeit nicht mehr infektiös war. Da die Grösse der Poren der Filter bekannt war, konnte er so auf die Grösse des Erregers schliessen, ohne diesen unter einem Mikroskop selbst gesehen zu haben. Auch wenn die so von ihm ermittelten Erregergrössen nicht in allen Fällen mit den später durch das Elektronenmikroskop ermittelten Grössen übereinstimmt, so war seine Entdeckung dennoch von grosser Bedeutung für die weitere Forschung (Smith Hughes, 1977; Scott, 1990).

Das grösste Problem der Wissenschaftler war, dass die Viren nicht in einer Nährlösung vermehrt werden konnten, sondern dass immer geeignete Zellen infiziert und die Viren danach in bestimmten Verfahren herausgefiltert werden mussten. Dies waren sehr aufwendige, zeit- und kostenintensive Verfahren. Trotzdem gelang es in den 1930er und 40er Jahren, erste Proben reiner Viren zu gewinnen (erstmalig durch Wendell M. Stanley) und diese in ihre Bestandteile zu zerlegen. Mit den Jahren wurden immer bessere Analyseverfahren sowie das Elektronenmikroskop entwickelt und die Grundbausteine der Viren offengelegt. Diese Aufschlüsselung der Zusammensetzung der Viren war ein Meilenstein der Virologie (Scott, 1990).

Die Geschichte der Virologie ist somit noch sehr jung. In der Zeit der ersten Poliomyelitis-Epidemien konnten die Viren noch nicht sichtbar gemacht werden. Dies führte zu Problemen in der Diagnosestellung und Forschung, was wiederum die Entwicklung geeigneter Präventivmassnahmen erschwerte. Das Poliovirus reiht sich in die Geschichte der Virologie ein.

4.1.2 Die Geschichte des Poliovirus

Die steigenden Zahlen an Poliomyelitis-Fällen im ausgehenden 19. Jahrhundert beunruhigten die Vertreterinnen und Vertreter der Epidemiologie und Pädiatrie

zusehends. Daher wurde die Forschung über die Ursache der Poliomyelitis verstärkt. 1908 gelang es Karl Landsteiner und Erwin Popper in Wien, nach mehreren Fehlversuchen erstmals in der Geschichte erfolgreich zwei Altweltaffen mit dem Poliovirus zu infizieren. Dabei spielte der Zufall eine grosse Rolle. Affen waren sehr teure Versuchstiere. Die beiden von den Forschern verwendeten Tiere waren glücklicherweise von einem Syphilis-Experiment übriggeblieben und standen daher ausnahmsweise zur Verfügung (Waterson & Wilkinson, 1978; Eggers, 2002). Die beiden Affen erkrankten an Poliomyelitis und auch die entstandenen Läsionen im Rückenmark entsprachen jenen, die man bei der Autopsie von infizierten, verstorbenen Menschen fand (Landsteiner & Popper, 1909; Koch & Koch, 1985; Eggers, 2002). Landsteiner und Popper vermuteten, dass es sich beim Erreger der Poliomyelitis um ein Virus handeln musste, und bewiesen dies in einem nachfolgenden Experiment. Obwohl Landsteiner und Popper nur zwei der drei Koch-Regeln zur Identifikation eines Erregers beweisen konnten, erfuhren ihre Ergebnisse grosse Beachtung. Diese Entdeckung war damals auch deshalb so sensationell, da bislang nur vier weitere Viren bekannt waren, die bei Menschen oder Tieren Krankheiten auslösten (Pockenvirus, Kuhpocken-Virus, Tollwut-Virus, Maul-und-Klauenseuche-Virus) (Paul, 1971).

Die beiden Forscher Landsteiner und Popper waren sich durchaus bewusst, dass ihre Entdeckung erst ein kleiner Schritt war und es noch viel Arbeit bedeuten würde, die vielen ungelösten Fragen zu klären. Vor allem Landsteiner veröffentlichte in den darauffolgenden Jahren noch Dutzende Studien über das Poliovirus. Mit einem Forscherteam bestehend aus ihm, Levatidi und Pastia versuchte Landsteiner die Eintrittspforte, die Ausbreitung im Körper und die Austrittspforte zu erforschen. Sie konnten nachweisen, dass das Virus neben dem Rückenmark auch in Nasensekret, den Gaumenmandeln, der Rachenschleimhaut, in den Ohr- und Unterkiefer-Speicheldrüsen und den mesenterialen Lymphknoten zu finden war (Paul, 1971). Verschiedene andere Forscher gelangten zu denselben Resultaten: Das Virus war aus Sekreten der Nasen- und Rachenschleimhaut extrahierbar. Sie folgerten daraus, dass dies die Eintrittspforte des Virus darstellen muss. Diese Interpretation der Ergebnisse lenkte die Poliomyelitis-Forschung für die nächsten 25 Jahre in eine falsche Richtung, andere Studienergebnisse wurden praktisch vollkommen ausgeblendet (Eggers, 2002). Kurz nachdem Affen erstmals erfolgreich mit dem Poliovirus infiziert worden waren, konnte bewiesen werden, dass die Tiere, die eine Infektion überlebt hatten, immun gegen weitere Infektionen waren. Dies war neben der Entdeckung des Virus als auslösender Erreger eine weitere wichtige Voraussetzung für den

zukünftig erfolgreichen Einsatz eines Impfstoffes (Beddow Bayly, 1958; Eggers, 2002).

Die Entdeckung des Poliovirus animierte auch andere Forscher aus vermögneren Laboratorien (Wien gehörte nicht dazu), sich dem Thema zu widmen, und so zogen sich Landsteiner und Popper von diesem Forschungsgebiet zurück (Paul, 1971).

Simon Flexner, der seit 1901 Direktor des Rockefeller Instituts in den USA war und seit 1907 einem Komitee zur Erforschung der Polio-Epidemien in New York City angehörte, begann sich immer mehr für das Poliovirus zu interessieren. Sein Institut war mit modernster Technik ausgerüstet und hatte auch die Infrastruktur, um Versuche mit Affen durchzuführen, den einzigen Versuchstieren, bei denen bis dahin eine Infektion möglich war. Kurz nach Landsteiners und Poppers Experiment von 1909 gelang es 1910 Simon Flexner mit Paul A. Lewis am Rockefeller Institut in New York, das Virus von einem Affen auf den nächsten zu übertragen. So konnte auch die letzte Koch-Regel bestätigt werden und die letzten Zweifler verstummten. Die folgenden Jahre waren geprägt von immer neuen Entdeckungen, die praktisch gleichzeitig in Laboratorien in den USA und Europa gemacht wurden. Flexner war davon überzeugt, dass Poliomyelitis bald besiegt werden könnte, und forschte mit grossem Eifer. Unter seiner Führung schlich sich jedoch auch ein Missverständnis ein, das ihn immer weiter von seinem Ziel wegführte (Paul, 1971).

Es wurde intensiv nach Möglichkeiten der aktiven oder passiven Immunisierung gesucht. 1910 entdeckten verschiedene Laboratorien fast gleichzeitig Antikörper im Serum von rekonvaleszenten Affen und dass dieses Serum eine kleine Menge von Polioviren abtöten kann. Kurz darauf wurden die Antikörper auch im menschlichen Serum nachgewiesen (Paul, 1971). Bereits 1911 wurde erfolglos versucht, mit solchem Serum frisch Erkrankte zu therapieren, indem man es ihnen einspritzte (Beddow Bayly, 1958). Den Forschern wurde langsam bewusst, dass das Ziel wohl doch nicht so nah war, wie sie proklamiert hatten. Der Erste Weltkrieg unterbrach zudem die Arbeit in vielen europäischen Laboratorien und hatte auch Einfluss auf jene der USA (Paul, 1971). Nach dem Ersten Weltkrieg wurden von 1917 bis 1932 auch andere Seren getestet – ohne Erfolg (Beddow Bayly, 1958).

Ebenfalls 1911 konnte ein Forscherteam, bestehend aus Carl Kling, Wilhelm Wernstedt und Alfred Pettersson das Virus in abortiven Fällen nachweisen und belegen, dass auch diese immun gegen weitere Infektionen sind. Sie bewiesen ausserdem, dass das Virus nach einer Infektion noch sehr lange im Körper (Wo-

chen bis Monate) verbleiben kann und nicht nur im Sekret der Nasen- und Rachenschleimhaut, sondern auch in den Fäkalien nachweisbar ist (Paul, 1971). Obwohl auch der in der Poliomyelitis-Forschung einflussreiche Flexner die Studien zum Vorkommen des Virus in Fäkalien kannte, erlangten die Ergebnisse erst Ende der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts breite Akzeptanz. Bis dahin wurde die Meinung vertreten, dass sich das Virus vornehmlich im Nasen- und Rachensekret befinde. Die Viren in den Fäkalien erklärten sich die Forscher damit, dass diese heruntergeschluckt worden seien. Den Exkrementen als Überträger des Virus wurde nur wenig Bedeutung zuteil (Eggers, 2002).

Die erste grosse Epidemie in den USA 1916 rückte Poliomyelitis verstärkt ins Blickfeld der Wissenschaftler. Für die Poliomyelitis-Forschung geschah noch etwas anderes Wichtiges: 1921 erkrankte Franklin Delano Roosevelt, der spätere Präsident der USA, an der Poliomyelitis (Diagnose umstritten) und war seither in seiner Mobilität behindert (Koch & Koch, 1985). Er erwarb die warmen Quellen von Warm Springs in Georgia und gründete dort ein Rehabilitationszentrum für Polio-Betroffene. Nach weiteren grossen Epidemien gab er 1937 die Gründung der National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP) bekannt. Diese hatte unter anderem zum Ziel, die Forschung auf dem Gebiet der Poliomyelitis finanziell zu unterstützen. Am 30. Januar, dem Geburtstag von Roosevelt, wurden bereits ab 1934 jeweils an verschiedenen Orten Bälle veranstaltet, um Geld für das Rehabilitationszentrum in Warm Springs zu sammeln. 1938 konnte die neu gegründete NFIP den Radiomoderator und Komiker Eddie Cantor gewinnen, um auf ihre erste Spendenaktion aufmerksam zu machen. Dieser rief das Publikum dazu auf, jeweils einen Dime an den Präsidenten zu senden. Das Weisse Haus wurde in der Folge von Briefen überhäuft, welche die geforderte Münze (oder auch mehr) enthielten. Die Kampagne erhielt daraufhin den Namen ‚March of Dimes‘ und wurde jedes Jahr wiederholt. Mit den Jahren kamen weitere Spendenaktionen dazu, die äusserst erfolgreich waren. Zwischen 1938 und 1959 kamen 622 Millionen Dollar zusammen, die für die Betroffenen, die Forschung und Weiterbildung von Fachpersonen eingesetzt wurden (Smith, 1990).

Bis in die 30er Jahre war man überzeugt, dass das Poliovirus über die Nase eintritt. Simon Flexner, liess sich von dieser Meinung nicht abbringen und steuerte durch seinen grossen Einfluss viele Studien in die falsche Richtung. Dies beeinflusste die prophylaktischen Massnahmen sowie die Behandlungen. Obwohl einige Forscher bereits sehr früh den Gastrointestinaltrakt als wahrscheinlicheren Angriffspunkt der Viren ansahen, wurde dies erst 1937 wieder untersucht und bestätigt (Oldstone, 1998; Eggers, 2002). Die Entdeckung der grossen Virusmengen in den Fäkalien ermöglichte eine viel einfachere Extrahierung als durch die

bisher durchgeführten Nasenspülungen. Es konnte in kürzerer Zeit eine grössere Menge an Viren gewonnen werden. Das massive Viren-aufkommen in den Exkrementen war zudem ein Hinweis darauf, dass sich die Viren wahrscheinlich im Intestinaltrakt vermehren können und daher von diesen Ausscheidungen eine grosse Infektionsgefahr ausgeht. Als Melnick 1945 das Virus in Epidemiezeiten auch im Abwasser nachweisen konnte, wurden Insekten als mögliche weitere Übertragungsmöglichkeit, wie bereits früher einmal, ins Auge gefasst (Abb. 2, S. 100). Einige Studien schienen auch darauf hinzuweisen und es wurde versucht, Fliegen mit grossangelegtem Einsatz des Insektenbekämpfungsmittels DDT (Dichlordiphenyltrichlorethan) zu bekämpfen. Es stellte sich aber heraus, dass dies keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Poliomyelitis-Fälle hatte und daher die Fliegen nur eine untergeordnete Rolle in der Übertragung spielen müssen (Paul, 1971).

Weitere wichtige Entdeckungen waren der Nachweis von Viren in abortiven Fällen sowie dass verschiedene Polio-Stämme unterschiedliche Antigen-Eigenschaften aufwiesen (Paul, 1971; Eggers, 2002). Bisher war man davon ausgegangen, dass die Polioviren aus verschiedenen Quellen identisch sind. Nun wurde klar, dass es mindestens zwei verschiedene Viren-Typen geben musste (wie sich 1951 herausstellte, gibt es drei). Obwohl die Entdeckung nicht sofort von der Fachwelt aufgenommen wurde, war sie äusserst bedeutsam für die Entwicklung von Impfstoffen und serologischen Tests zur Immunitätsabklärung (Eggers, 2002).

Wie bereits beschrieben war schon sehr früh klar, dass eine einmal durchgemachte Erkrankung zu Immunität führt. Dieses Wissen half nicht viel, da der Auslöser bis zur Entdeckung des Virus noch unbekannt war. Bereits 1910 kam es trotzdem zu ersten Immunisierungsversuchen durch verschiedene Forscherteams, die jedoch allesamt misslangen. Erst Anfang der 1930er Jahre konnte Maurice Brodie erste Erfolge in Tierversuchen erzielen und er wagte sich an Versuche mit Menschen. In den Jahren 1935 und 1936 führte Maurice Brodie mit William Park in New York und John A. Kolmer in Philadelphia verschiedene Impfversuche am Menschen durch, die leider fehlschlügen. Es erkrankten mehrere Versuchspersonen. Dieser Rückschlag führte für fast 15 Jahre zu einem Unterbruch von Versuchen am Menschen (Paul, 1971).



**Insekten bringen
Tausenden Krankheiten**

DIESE kleinen Plagegeister sind unserer Gesundheit und unserem Wohlbefinden gefährlicher als eine kriegerische Invasion. Insekten bestehen uns unverschens, bringen Krankheit und Tod in die Familien, sogar den Kleinsten auf dem Arm.

Die Fliege verbreitet Cholera, Typhus, Tuberkulose, Kinderlähmung, die Moskitos alle möglichen Fieber und die Wanze überträgt Krankheitskeime von einer Person zur anderen.

Nach jahrelangen Versuchen hat die weltbekannte Standard Oil Co., (New-Jersey U.S.A.) ein einfaches und sicheres Mittel FLIT erfunden zur Vernichtung all dieser Insekten.

FLIT tötet Haus-Insekten

FLIT reinigt das Haus in ein paar Minuten von krankheitskeimtragenden Fliegen, Moskitos, Wanzen, Schaben, Ameisen und Insekteneiern. Es dringt in alle Risse und Spalten, wo sich Insekten verbergen und brüten. Besprenge die Kleider mit Flit. Flit tötet die Stoff zerrissenden Motten und Larven.

Umfassende Versuche zeigten, dass Flit-Zerstäuber die empfindlichsten Gewebe weder beflecken noch beschädigen.

Erhältlich bei Apotheken, Droguisten, Eisenwaren-Spezereihändler, Kaufhäuser.

Alleinverkauf für die Schweiz :
BARBEZAT & Cie. - Fleurier (Ct Neuchâtel)



FLIT Die gelbe Dose mit schwarzen Streifen

Tötet
Fliegen, Moskitos, Motten, Ameisen, Wanzen, Flöhe, Schaben und andere Hausinsekten und ihre Eier.

Die besten Resultate wurden erzielt mit Flit-Handzerstäuber.

Abb. 2: Werbung eines Insektenvernichtungsmittels (Barbezat & Cie., 1926, Blatt 3)

In einem anderen Bereich konnte Brodie Erfolge aufweisen: 1935 gelang es ihm das erste Mal, speziell behandelte Mäuse mit einem Poliovirus zu infizieren. Das Krankheitsbild war allerdings etwas anders. Die Ergebnisse wurden von der Fachwelt nicht wahrgenommen, wahrscheinlich unter anderem auch, da sein Ruf durch die fehlgeschlagenen Impfungen massiv gelitten hatte. Zwei Jahre später gelang es Charles Armstrong, Baumwollratten mit dem Lansing-Erreger (Poliovirus Typ 2) zu infizieren, und weitere zwei Jahre später, 1939, konnten die Ergebnisse reproduziert und der Erreger sogar von Tier zu Tier übertragen werden (Eggers, 2002).

Dies war eine wichtige Entdeckung, da nun die teuren Affen, die bisher benötigt wurden, durch günstigere Tiere ersetzt werden konnten. Damit war es nun auch wieder Laboratorien mit kleinerem Budget möglich, sich an der Poliomyelitis-Forschung zu beteiligen. Weiter wurde mit der Möglichkeit der Übertragung von Tier zu Tier entdeckt, dass sich das Virus so verändert, dass es noch dieselben Antigen-Eigenschaften aufweist, aber nicht mehr so virulent ist (Viren können durch viele Übertragungen von Tier zu Tier an Virulenz verlieren). Dies eröffnete die Möglichkeit, an die Entwicklung eines Impfstoffes mit abgeschwächten Viren zu denken (Paul, 1971; Eggers, 2002).

Die Entdeckung des Lansing-Erregers bei Mäusen ermöglichte es, schneller und günstiger zu testen, ob eine Person mit dem Poliovirus infiziert oder gegen das Poliovirus immun war (zumindest, was den Lansing-Erreger betraf, d. h. Poliovirus Typ 2). Dies erlaubte nun gross angelegte Studien, um das Verhältnis von Immunen zu Nicht-Immunen zu ermitteln. Es konnte nachgewiesen werden, dass Säuglinge bis zum Alter von etwa acht Monaten durch kurzlebige, passive Antikörper, die sie über die Muttermilch erhielten, geschützt sind. Danach steigt die Rate der aktiven Antikörper (durch eine Infektion erworbene Antikörper) stetig an und kann schliesslich bei 80–100% der 15-Jährigen nachgewiesen werden. In einer weiteren Studie konnte bewiesen werden, dass eine Immunität über Jahre, möglicherweise ein Leben lang erhalten bleibt. Zudem zeigte sich, dass Poliomyelitis tatsächlich auf der ganzen Welt, in allen Klimazonen als endemische Krankheit vorkommt. Sobald die Hygiene verbessert wurde, kam es innert weniger Jahre zu den ersten Epidemien. Die verbesserten Hygienemassnahmen führten zu seltenerem Kontakt mit dem Virus, sodass in der Zeit des passiven Schutzes der Säuglinge keine Immunität aufgebaut werden konnte. Trat nun in so einem Gebiet ein Krankheitsfall auf, konnte sich das Virus schnell ausbreiten (Paul, 1971).

In den 1940er Jahren wurde bemerkt, dass die Vermehrung von Viren zu spezifischen Zellschäden des Nahrungsgewebes führt, die unter dem Lichtmikroskop erkennbar sind, was Ende der 1940er Jahre auch beim Poliovirus gelang. So wurde eine Quantifizierung der Virusmenge in der Zellkultur möglich und es brauchte keine Tiere mehr, um das Vorhandensein des Virus zu überprüfen bzw. zu bestätigen (Paul, 1971; Melnick, 1988; Eggers, 2002). Die nächsten Jahre wurde daran geforscht, wie das Virus *in vitro* gezüchtet werden könnte, was 1949 endlich gelang²⁸ (Koch & Koch, 1985). Die Forscher Enders, Weller und Robbins erhielten für ihre Entdeckung den Nobelpreis (Melnick, 1988; Oshinsky, 2010).

1947 wurden Stimmen laut, die eine Differenzierung der verschiedenen Polio-Typen sowie die Abgrenzung zu anderen, ähnliche Krankheitsbilder produzierenden Viren forderten. 1948 startete eine gross angelegte Studie, an der mehrere Laboratorien beteiligt waren. Das Ziel war es, die Anzahl von Poliovirus-Typen zu ermitteln. Die Resultate zeigten übereinstimmend, dass es drei unterschiedliche Virentypen gibt (Typ 1: Brunhilde, Typ 2: Lansing, Typ 3: Leon). Das im selben Rahmen gegründete International Committee on Nomenclature verkürzte 1955 die bisher geläufige Bezeichnung ‚Poliomyelitis-Virus‘ auf ‚Poliovirus‘ (Melnick, 1988).

Bisher war noch immer völlig unklar, wie sich das Virus im Körper verbreitet. Es wurde vermutet, dass dies über die Nervenbahnen geschehen muss, da das Virus praktisch nicht im Blut nachgewiesen werden konnte (Paul, 1971; Melnick, 1988). Erst 1951 entdeckte Dorothy Horstmann, dass die Blutproben stets zu spät genommen wurden, nämlich als bereits Antikörper im Blut und daher keine Viren mehr nachweisbar waren. Wurden die Proben während der Inkubationszeit entnommen, fanden sich durchaus Viren im Blut (Virämie). Eine Impfung war somit einfacher als gedacht (Melnick, 1988; Eggers, 2002).

Da es noch keine ursächlich wirksame Therapie gegen Poliomyelitis gab, wurde ab Mitte der 1940er Jahre wieder auf das Blut von Menschen zurückgegriffen, die sich von einer Polio-Erkrankung erholt hatten. Nun verwendete man nicht das

²⁸ Mitte der 1930er Jahre (1936) gelang es Sabin und Olitsky endlich, das Poliovirus auf Zellkulturen zum Wachstum zu bringen, jedoch nur auf Nervengewebe. Dies stützte die Annahme, dass das Virus lediglich in Nerven überleben kann. Der für diese Versuche verwendete Erreger-Mix wurde 1914 von Amoss hergestellt und über Jahrzehnte mittels intracerebraler Inokulationen am Leben erhalten. Durch diese intracerebralen Passagen entwickelte sich der Erreger zu einem hoch neurotrophen Virus, was fälschlicherweise zu der Annahme führte, dass das Poliovirus an sich ein rein neurotropes Virus sei. Erst 12 Jahre später gelang es Enders, Weller und Robbins, Polioviren auch auf anderen Gewebearten zu kultivieren (Paul, 1971; Eggers, 2002).

Rekonvaleszentenserum, sondern filterte die Immunglobuline heraus und testete deren präventive Wirkung. Die Angst, dass es so wie bei den misslungenen Impfungen 1935 enden würde, war gross (Paul, 1971). Dennoch wurde 1951 ein Versuch in Utah, Texas und Iowa gestartet. Die Ergebnisse waren durchaus positiv. Es gab weniger Poliomyelitis-Fälle unter den Geimpften und die Methode schien auch sicher zu sein. Das Problem lag darin, dass eine Inokulation sehr teuer und umständlich war und lange vorbereitet werden musste. Eine kurzfristige Reaktion auf eine drohende Epidemie war nicht möglich (Paul, 1971; Melnick, 1988).

Durch die Entdeckungen der letzten Jahre war der Grundstein für eine Impfung gelegt: Das Virus und die Anzahl der Virus-Typen war bekannt, die Verbreitung im Körper erforscht und das Wissen, wie man eine sichere Impfung entwickeln kann, stand zur Verfügung. Das Rennen um einen Impfstoff begann (Oshinsky, 2010).

Die beiden wichtigsten Forscher waren dabei Jonas Salk und Albert Sabin. Salk arbeitete an einem inaktivierten Impfstoff, Sabin hingegen vertrat die Meinung, dass nur lebende, abgeschwächte Viren Erfolg versprechen (Oshinsky, 2005). Da Salks Methode weniger aufwendig war, gewann er das Rennen (Oshinsky, 2010).

Die Entwicklung des Salk-Impfstoffes: Salk konnte während des Zweiten Weltkrieges bereits Erfahrungen in der Entwicklung von inaktivierten Grippeimpfstoffen sammeln (Paul, 1971). Er beschäftigte sich daher mit der Entwicklung eines inaktivierten Poliomyelitis-Impfstoffes und testete ein erstes Mittel 1952/53 an sich selbst, seinen drei Söhnen sowie an weiteren Versuchspersonen (Oshinsky, 2010). Seine Resultate überzeugten einige Fachpersonen und so wurden 1953 grosse Feldstudien ins Auge gefasst. Trotz mehrerer kritischer Stimmen, die zur Vorsicht aufriefen, wurden mehrere Laboratorien beauftragt, den Impfstoff zu entwickeln und an Menschen zu testen. 1954 startete eine riesige Feldstudie mit ca. 1'800'000 Kindern. Bei der Vorstellung der Ergebnisse am 12. April 1955 war das Medieninteresse enorm und Salk wurde als Sieger über die Poliomyelitis gefeiert. Eine kurzfristig einberufene Expertengruppe gab am selben Tag grünes Licht für die Massenproduktion des Impfstoffes (Paul, 1971). Die Zeitungsmeldungen überschlugen sich. Salk wurde als Held gefeiert und vom damaligen Präsidenten Dwight D. Eisenhower im Weissen Haus geehrt (Oshinsky, 2005).

Bereits am 24. April 1955 kamen erste Meldungen von impfinduzierten Poliomyelitis-Fällen an die Öffentlichkeit. Es stellte sich heraus, dass die Ursache ein mit lebenden Viren verunreinigter Impfstoff war. Dieser Zwischenfall wurde als

Cutter-Vorfall²⁹ bekannt. Viele Länder folgten mit der Produktion und es kam zu einer massiven Abnahme der Poliomyelitis-Fälle. Dennoch war man mit dieser Impfung nicht ganz zufrieden. Das Problem war, dass wiederholte Impfungen benötigt wurden. Vor allem in ländlichen Gegenden und in Entwicklungsländern konnten nicht genügend Personen mit der Impfung erreicht werden (Paul, 1971).

Die Entwicklung des Sabin-Impfstoffes: Sabin arbeitete an einem oral verabreichbaren Vakzin. Dessen Vorteil ist, dass im Darm eine lokale Resistenz gebildet wird und so die Viren bereits im Darm abgetötet werden (und somit nicht mehr ansteckend sind). Zudem führt die Gabe von lebenden, abgeschwächten Viren zu einem schnelleren Aufbau von Antikörpern, was gerade bei drohenden Epidemien von Vorteil ist. Ausserdem ist die orale Gabe einfacher und braucht weniger medizinisches Fachpersonal als bei der Verabreichung einer Spritze. Das Problem beim abgeschwächten Impfstoff ist, dass das Virus im Körper zu einer virulenten Form zurückmutieren kann und so andere Personen angesteckt werden können (Paul, 1971).

1956 hatte Albert Sabin sicher verwendbare Virusstränge gefunden (Oshinsky, 2010). 1957 wurden erste Feldversuche gewagt, die von 1957 bis 1959 in verschiedenen Ländern an einer unglaublich hohen Zahl an Versuchspersonen durchgeführt wurden. Die Ergebnisse waren durchweg positiv und so wurde der Sabin-Impfstoff 1962 zugelassen. Obwohl auch hier kurze Zeit später impfinduzierte Poliomyelitis-Fälle gemeldet wurden, wurde an der Impfung festgehalten (Paul, 1971); sie blieb bis vor wenigen Jahren die Impfung der Wahl. Die durch die Salk-Impfung bereits massiv gesunkenen Poliofälle konnten durch die Sabin-Impfung noch weiter reduziert werden (Oshinsky, 2010). Erst seit der Jahrtausendwende wird aus verschiedenen Gründen in einigen Ländern wieder die Salk-Vakzine als Routineimpfstoff verwendet (vgl. Kap. 4.2.4).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Forschung über die Poliomyelitis mit den ersten auftretenden Epidemien an Schwung bekam und innert etwa 50 Jahren zur erfolgreichen Verhinderung der Erkrankung führte (Tabelle 3, S. 105). Die Geschichte war geprägt von einigen wenigen, einflussreichen Forschern und vielen Missverständnissen. Die Entdeckung und Einführung der beiden Impfstoffe sowie der Beginn der WHO-Kampagne zur Eradikation der Poliomyelitis ermöglichte es, die Krankheitsfälle massiv zu reduzieren (vgl. Kap. 5.4).

²⁹ Nach dem Namen der verantwortlichen Firma, Cutter Laboratories.

Tabelle 3: Meilensteine der Poliovirus-Forschung bis 1965

Jahr	Meilenstein
1909	Entdeckung des Virus
1931	Isolierung des Poliovirus in abortiven Fällen
1931	Entdeckung verschiedener Antigen-Eigenschaften unterschiedlicher Polioviren
1935/36	Erste Impfversuche schlugen fehl
1935/37	Poliovirus in Mäusen und Ratten nachgewiesen
1938	Polioviren im Stuhl gefunden
1949	In-vitro-Züchtung von Polioviren
1950	Quantifizierung der Virenmenge mittels Lichtmikroskop möglich
1951	Entdeckung der drei serologischen Typen des Poliovirus
1952	Entdeckung der Virämie
1955	Einführung der Salk-Impfung
1962	Einführung der Sabin-Impfung

4.2 Das Krankheitsbild

Der Begriff ‚Kinderlähmung‘ oder auch ‚Poliomyelitis‘ löst heute bei vielen Personen, vor allem der jüngeren Generation, lediglich ein Schulterzucken aus. Die einzige Verbindung, die gemacht werden kann, ist die Impfung, welche die meisten mit einem Zuckerwürfel oder einer Spritze erhalten haben. Im folgenden Abschnitt wird das Krankheitsbild mit seinen wesentlichen Aspekten kurz beschrieben. Für vertiefende Informationen wird auf die medizinische Fachliteratur verwiesen.

4.2.1 Übertragungsweg und Inkubationszeit

Das Poliomyelitis-Virus gehört zu den Enteroviren, die zur Familie der Picornaviren gezählt werden, und konnte 1908 das erste Mal isoliert werden (Collier, Kellam & Oxfod, 2011). Es können drei Serotypen (1, 2, 3) unterschieden werden, wobei Typ 1 am aggressivsten (aber nicht am gefährlichsten) zu sein scheint.

Zwischen den verschiedenen Serotypen besteht keine Kreuzimmunität. Das bedeutet, dass nach einer Erkrankung durch einen Typ keine Immunität gegen die beiden anderen Typen besteht (Stück, 2004).

Aufgrund ihrer Säure-Resistenz überleben die Polioviren selbst Magensäure und vermehren sich dann in den „Epithelien und lymphoiden Organen des Rachens und Darms sowie in allen Organen, in denen die Infektion zur Krankheitszeichen führt“ (Zeichhardt & Grunert, 2009, S. 654). Die Erreger werden durch Schmier- und selten (vor allem zu Beginn der Infektion) über Tröpfcheninfektion übertragen (Stück, 2004; Kröner & Koletzko, 2010; Zeichhardt & Grunert, 2010; Collier et al., 2011; Hofmann & Tiller, 2012). Eine Ansteckung geschieht meistens durch mit Fäkalien verunreinigte Finger, Gegenstände, Lebensmittel und Trinkwasser, wobei der Mensch den einzigen natürlichen Wirt für das Virus darstellt (Zeichhardt & Grunert, 2010).

Bereits ein bis zwei Tage (bis eine Woche) nach einer erfolgten Infektion kann das Virus über Rachensekret, nach drei Tagen (bis mehrere Wochen) auch mit den Faeces übertragen werden (Littmann, Hülße, Lafrenz & Hallauer, 2011). Die Inkubationszeit, das heisst die Zeit von der Ansteckung bis zum Auftreten erster Krankheitszeichen, wird in der Literatur unterschiedlich angegeben. Nach Zeichhardt und Grunert (2010) und Collier et al. (2011) beträgt sie zwischen 2 und 35 Tagen (im Mittel 7–14 Tage). Bei Enteroviren und so auch beim Poliovirus verlaufen 90–95% der Infektionen inapparent (ohne jegliches Krankheitssymptom). Dennoch können auch diese gesund bleibenden Personen das Virus übertragen, was die Eindämmung der Ausbreitung extrem erschwert (Hofmann & Tiller, 2012).

Nach der Vermehrung im Darm kann das Virus über die Lymphbahnen in den Blutkreislauf gelangen und so die Zielorgane erreichen (Stück, 2004; Zeichhardt & Grunert, 2009). Dort befallen sie vornehmlich die motorischen Vorderhornzellen der Spinalganglien, es können aber auch dorsale Wurzelganglien, bestimmte Hirnstammzentren, das Kleinhirn und selten auch der cerebrale motorische Kortex angegriffen werden (Zeichhardt & Grunert, 2009). Die durch den Krankheitserreger geschädigten Zellen im Darm sind weniger folgenreich, da sich diese sehr schnell teilen und somit regenerieren können. Eine Zerstörung einiger dieser Zellen hat daher keine Auswirkungen auf die Funktionalität. Die schnelle Zellteilung führt aber auch dazu, dass immer wieder neue Wirtszellen zur Verfügung stehen, was eine rasante Vermehrung des Virus ermöglicht. Erreichen die Viren die Blutbahnen und in der Folge die bevorzugten Zellen des zentralen Nervensystems, führt dies zu deren Zerstörung und damit zu den bekannten Symptomen der Poliomyelitis (Zeichhardt & Grunert, 2010). Nach einer Infektion mit

einem Wildvirus (WPV), unabhängig davon, ob darauf ein symptomatischer oder inapparenter Verlauf folgt, entwickelt sich eine lebenslange Immunität (Schuster & Kreth, 2009; Zeichhardt & Grunert, 2010).

4.2.2 Symptome

Eine Infizierung kann sich sehr unterschiedlich auswirken und ist unter anderem abhängig vom Alter der infizierten Person, dem Virus-Typ (Schuster & Kreth, 2009; Zeichhardt & Grunert, 2010) sowie davon, ob das Virus in die Blutbahn übertritt und so das zentrale Nervensystem erreichen kann. Bisher sind drei verschiedene Polioviren bekannt, wovon zwei als potenziell tödliche paralytische Erreger (Typ 2 und 3) ausgemacht werden konnten (Hofmann & Tiller, 2012).

90–95% der Infektionen mit einem Poliovirus verlaufen ohne jegliches erkennbares Krankheitszeichen (stille Feiung). Der Grund dafür, dass nur bei wenigen Personen eine Infektion zu manifesten Symptomen führt, ist bis heute nicht bekannt. Es konnten bisher lediglich einige Risikofaktoren ausgemacht werden. So wirkt zum Beispiel eine Tonsillektomie im Inkubationsstadium begünstigend für das Eindringen des Virus ins Nervensystem (Poeck & Hacke, 2006). Auch scheinen das männliche Geschlecht, ein tiefes sowie ein hohes Alter, Unterernährung und andere bestehende Infektionen einen Ausbruch zu begünstigen. Schlechte hygienische Zustände erhöhen lediglich das Risiko, sich zu infizieren, jedoch nicht, dass die Krankheit ausbricht (Zeichhardt & Grunert, 2010).

Bei 4–8% kommt es einige Tage nach der Infektion zu grippeähnlichen, unspezifischen Symptomen wie Fieber, Halsschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen usw. Diese erste Phase einer Poliomyelitis nennt man auch Minor Illness. Falls die Infektion mit dieser Phase abgeschlossen ist, spricht man von einer abortiven Poliomyelitis (Stück, 2004; Zeichhardt & Grunert, 2009; Zeichhardt & Grunert, 2010).

Die typischen Krankheitszeichen bei symptomatischen Infektionen zeichnen sich durch einen zweiphasigen Verlauf aus (Schuster & Kreth, 2009; Zeichhardt & Grunert, 2010). Nach einem beschwerdefreien Intervall von ca. einer Woche treten bei 1–2% der Infizierten neue Krankheitszeichen auf. Der Grund für die zweite Krankheitsphase ist, dass es dem Virus im Zuge einer Virämie gelungen ist, die Blut-Liquor-Schranke zu überschreiten und das zentrale Nervensystem zu befallen. Es entwickelt sich eine aseptische Meningitis (hohes Fieber, Nackensteifigkeit, Rückenschmerzen, Muskelspasmen). Diese Verlaufsform wird als nicht-paralytische Poliomyelitis bezeichnet (Zeichhardt & Grunert, 2010). Die Symptome können bis zu zehn Tage dauern, es bleiben aber keine sichtbaren

Schäden zurück, mögliche Muskelschwächen verschwinden nach kurzer Zeit (Hofmann & Tiller, 2012).

Nur wenige der Personen, bei denen es zu einer aseptischen Meningitis gekommen ist, entwickeln im weiteren Verlauf jene Symptome, die als Vollbild der Poliomyelitis bezeichnet werden können (Poeck & Hacke, 2006). Bei weniger als 1% der infizierten Personen treten ein bis zehn Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome meist abrupt Lähmungserscheinungen auf, die über die nächsten zwei bis drei Tage noch zunehmen können. Die Sehnenreflexe sind vermindert oder fehlen ganz, die Sensibilität bleibt erhalten (Stück, 2004). Die schlaffen Lähmungen sind oft asymmetrisch, betreffen meist proximale Muskelgruppen der unteren Extremitäten und werden begleitet von allgemeiner Adynamie und Schmerzen (Schuster & Kreth, 2009). Diese Krankheitsphase wird als paralytische Poliomyelitis (Major Illness) bezeichnet und kann in zwei Formen unterteilt werden: Die spinale Form ist durch die bereits beschriebenen asymmetrischen, schlaffen Lähmungen gekennzeichnet. Bei der bulbären Form kommt es (bei etwa 19% der paralytischen Poliomyelitis-Fälle) zu einer Schädigung der vegetativen Zentren des Gehirns (Stück, 2004). Eine Schädigung der Motoneuronen der Interkostalmuskulatur, des Zwerchfells und anderer Atemhilfsmuskeln kann zu einer Atemlähmung führen, die Schädigung im Hirnstamm zu zentraler Atemfunktionsstörung. Die bulbäre Form kann neben der Atemfunktionsstörung auch Schluckstörungen und vegetative Symptome (Tachykardie, Hypertonie, Schweissausbrüche) auslösen (Schuster & Kreth, 2009). Bei Atemlähmungen müssen die Betroffenen beatmet werden, tödliche Verläufe sind auch heute noch möglich (Poeck & Hacke, 2006).

4.2.3 Langzeitfolgen

Die abortive sowie die nicht-paralytische Poliomyelitis heilen innert weniger Tage bis zwei Wochen klinisch folgenlos ab. Bei der paralytischen Form bleiben bei etwa 50% der Betroffenen Lähmungen zurück, dabei handelt es sich bei 25% um leichte Beeinträchtigungen und bei 25% um schwere Lähmungen. Die Sterblichkeit beträgt bei der paralytischen Polio im Allgemeinen 1–4%, bei der bulbären Form, aufgrund der lebensbedrohlichen Symptome, 10%. Für die Prognose sind die ersten sechs Monate nach der Infektion entscheidend (Schuster & Kreth, 2009). Neben persistierenden Lähmungen kann es im weiteren Verlauf in den betroffenen Extremitäten zu Muskelatrophien, Kontrakturen und Wachstumsstörungen kommen (Stück, 2004).

Jahre bis Jahrzehnte nach der Erstinfektion kann es neben einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes erneut zu einer Zunahme der Schmerzen und Lähmungen sowie zu Muskelschwund, Atemnot, Temperaturregulationsstörungen und chronischer Müdigkeit kommen (Zeichhardt & Grunert, 2010; Littmann et al., 2011; Hofmann & Tiller, 2012; Lehmann, 2012). Diese Symptome werden unter dem Namen ‚Post-Polio-Syndrom‘ (PPS) zusammengefasst. Die Ursache liegt nach heutigem Erkenntnisstand in der chronischen Überbelastung und Degeneration der ursprünglich nicht betroffenen motorischen Neuronen, welche die Funktion der untergegangenen Neuronen kompensatorisch übernommen hatten. Für eine Persistenz des Poliovirus gibt es bisher keinen Beweis (Stück, 2004; Zeichhardt & Grunert, 2009).

4.2.4 Diagnostik, Therapie und Prävention

Bei akut auftretenden schlaffen Lähmungen bei intakter Sensibilität muss an eine Poliomyelitis-Erkrankung gedacht werden (Stück, 2004). Als Untersuchungsmaterial zum Virus-Nachweis dienen Stuhlproben, Rachenabstriche, Rachenspülungen sowie Liquor (Stück, 2004; Zeichhardt & Grunert, 2009; Kröner & Koletzko, 2010; Littmann et al., 2011).

Eine ursächliche Therapie, falls es zu einer Infektion gekommen ist, gibt es bis heute nicht. Betroffene sowie deren Kontaktpersonen werden isoliert³⁰ sowie die Erkrankten symptomatisch und, falls nötig, intensivmedizinisch behandelt (Poeck & Hacke, 2006). Durch eine Impfung kann eine Erkrankung im Vornherein verhindert werden (Schuster & Kreth, 2009; Kröner & Koletzko, 2010; Zeichhardt & Grunert, 2010; Hofmann & Tiller, 2012).

Es stehen zwei unterschiedliche Impfstoffe zu Verfügung: die orale Poliovakzine (OPV) und die inaktivierte Poliovakzine (IPV). Die OPV induziert eine effektivere mukosale Immunität. Die dabei verwendeten Virenstämme können in seltenen Fällen durch Mutation erneut Neurovirulenz erlangen (mutierte Polio-Impfviren, VDPV). Das Risiko hierfür ist sehr gering (1:1.2 Million Impfdosen). Davon sind vor allem Typ 2 und Typ 3 betroffen. Das Risiko für eine Impfkontakt-Poliomyelitis (Ansteckung an einer durch Impfung infizierten Person) beträgt 1:1.5 Millionen. Dieses Risiko kann verhindert werden, wenn die erste Impfung mit einem IPV-Impfstoff vorgenommen wird. Die alleinige Verwendung

³⁰ 90–100% der Kontaktpersonen einer mit Poliomyelitis infizierten Person sind zum Zeitpunkt der Diagnose bereits selbst infiziert, falls sie nicht bereits immun sind (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2007).

der IPV kann dagegen dazu führen, dass Polioviren (Wildviren) unbemerkt zirkulieren, da diese aufgrund der Impfung zwar nicht zu einer Infektion führen, aber infolge der fehlenden mukosalen Immunität lebend wieder ausgeschieden werden (Zeichhardt & Grunert, 2009).

In der Schweiz zählt die Poliomyelitis-Impfung (inaktivierte Poliovakzine, IPV) zu den empfohlenen Basisimpfungen 2016. Es wird empfohlen, Säuglingen und Kindern fünf Impfdosen zu verabreichen (mit 2, 4 und 6 Monaten, 15–24 Monaten und mit 4–7 Jahren), um einen ausreichenden Impfschutz zu erreichen. Bei Erwachsenen ist eine Nachholimpfung nur bei erhöhtem Risiko (z. B. bei Reisen in Endemiegebiete oder bei Menschen mit beruflichem Kontakt zu Polioviren) indiziert (Bundesamt für Gesundheit & Eidgenössische Kommission für Impffragen, 2016).

QUELLENANALYSE

5 Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

Das Krankheitsbild der Poliomyelitis begleitet die Menschheit wahrscheinlich schon sehr lange. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahmen die Infektionen plötzlich weltweit massiv zu und es kam zu mehreren Epidemiewellen. Selbst im 20. Jahrhundert konnten leichtere Erkrankungsformen noch sehr lange nicht mit Sicherheit dem Poliovirus als Verursacher zugeordnet werden, auch bereitete die Differenzialdiagnose Schwierigkeiten. Wenn es also im folgenden Kapitel um die historische Aufarbeitung der Ausbreitung der Poliomyelitis geht, kann sich diese über eine lange Zeit (bis weit ins 20. Jahrhundert) nur auf Vermutungen stützen. Selbst heute noch würde eine Poliomyelitis-Infektion, sofern sie sich nicht in Lähmungserscheinungen zeigt, sondern nur als grippaler Infekt, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als solche erkannt. So beziehen sich die ersten Indizien, dass es Poliomyelitis schon mehrere Jahrtausende geben könnte vor allem auf die Auswirkungen der schwersten Form mit den gefürchteten Lähmungen.

5.1 Antike bis 1900

Bis ins 19. Jahrhundert erfassten die Krankheitswellen wahrscheinlich jeweils wenige Menschen und traten nur sporadisch auf. Allgemein ist davon auszugehen, dass Viruserkrankungen, die nur Menschen befallen, sich bis ca. 8000 vor Christus nicht so stark ausbreiten konnten, um längere Zeit zu existieren. Die Menschen lebten damals in sehr kleinen Gruppen und hatten wenig Kontakt zu anderen Volksstämmen. Damit ein Virus-Typ überleben kann, braucht er eine Mindestanzahl an potenziellen Wirten, da eine Person nach der Infektion mit dem Virus immun dagegen ist. Wurden also alle Mitglieder einer zusammenlebenden Menschengruppe infiziert und hatte diese keinen Kontakt mit Fremden, so fand das Virus keinen Wirt mehr und starb aus (Smallman-Raynor & Cliff, 2006). Auf der Grundlage statistischer Berechnungen von Eichner, Hadelor und Dietz (1996) ermittelten Smallman-Raynor und Cliff (2006), dass sich das Poliovirus frühestens ab etwa 3000–2700 vor Christus in Ägypten und Mesopotamien als von Mensch zu Mensch übertragbare Krankheit etablieren konnte. Einige schriftliche Überlieferungen über Kinder mit Lähmungserscheinungen sowie paläopathologische Funde weisen auf mögliche Poliomyelitis-Erkrankungen hin. Auf einer altägyptischen Steintafel aus der Zeit der 18. Dynastie

(ca. 1554–1305 vor Christus) könnte aufgrund der spezifischen Fussdeformität ein an Poliomyelitis erkrankter Mann dargestellt sein. Auch einige Mumien oder Skelette könnten ihre körperlichen Beeinträchtigungen durch die Folgen einer Poliomyelitis-Infektion erworben haben. Konkrete Beweise für diese Hypothesen gibt es nicht (Bertenius, 1947; Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

In Überlieferungen von Hippokrates und der Bibel sind Beschreibungen zu finden, die auf Poliomyelitis hinweisen könnten. Insgesamt gibt es nur wenige Indizien für eine vergleichbare Erkrankung. Bis zu Beginn des 18. Jahrhunderts lassen sich aufgrund der fehlenden genauen Krankheitsdefinitionen und Diagnosemöglichkeiten nur Mutmassungen anstellen, ob menschliche Überreste, schriftliche Überlieferungen oder Kunstwerke auf eine Poliomyelitis hinweisen (Bertenius, 1947; Smallman-Raynor & Cliff, 2006). Erst seit Beginn des 19. Jahrhunderts finden sich immer mehr Quellen, die immer deutlicher das Bild einer Poliomyelitis umreißen. So zum Beispiel die Autobiografie von Sir Walter Scott (1771–1832), einem schottischen Schriftsteller: Er beschrieb eine fiebrige Erkrankung in seiner Kindheit, von der er eine Lähmung seines rechten Beins zurückbehalten hatte (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Vermutlich die erste klinische Beschreibung einer Poliomyelitis stammt aus dem Jahr 1784, geschrieben vom englischen Arzt Michael Underwood. Es handelt sich dabei um ein Kapitel in seinem Buch ‚Treatise on Diseases of Children‘. Er betitelte die beschriebene Krankheit als ‚Debility of the Lower Extremities‘ (Biesewig-Behrendt, 2010). Doch auch bei dieser Beschreibung lässt sich nicht eindeutig beweisen, dass es sich um Poliomyelitis handelte. Erst in einer späteren Ausgabe von 1848 ist dies etwas sicherer zu vermuten (Bertenius, 1947; Eggers, 2002).

Ab dem frühen 19. Jahrhundert kam es zu einer verbesserten Diagnosegenauigkeit, während gleichzeitig eine Häufung der Poliomyelitis-Fälle festgestellt wurde (Smallman-Raynor & Cliff, 2006). Nach Underwood beschrieb nun auch Giovanni Battista Monteggia (1762–1815) eine ihm noch unbekannte Erkrankung. In seinem Werk ‚Instituzione Chirurgicale‘ von 1813 legte er unter dem Kapitel ‚CAPO IX. Paralisi ed Atrofia‘ sehr genau die Symptome einer Poliomyelitis dar (zuerst auftretendes Fieber mit nachfolgenden Lähmungen) und wies auf die unterschiedlich schweren Verläufe hin (Smallman-Raynor & Cliff, 2006; Biesewig-Behrendt, 2010). 1818–1819 veröffentlichte der schottische Arzt John Abercrombie (1781–1844) einige Artikel, die 1828 in einer Monografie veröffentlicht wurden. In dieser stellte er die Vermutung auf, dass die Ursache der Lähmungen bei der Poliomyelitis im Vorderhorn der grauen Zellen des Rückenmarks zu finden ist (Biesewig-Behrendt, 2010).

Bei all diesen Beschreibungen ist nicht eindeutig belegbar, dass es sich bei den Krankheiten tatsächlich um Poliomyelitis gehandelt hat. Ein Meilenstein in der Geschichte der Poliomyelitis ist die Monografie von Jakob Heine (1800–1879), einem deutschen Arzt. Er beschrieb in seinem Werk ‚Beobachtungen über Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung‘ von 1840 erstmals nachweislich das Krankheitsbild der Poliomyelitis (Koch & Koch, 1985; Eggers, 2002; Smallman-Raynor & Cliff, 2006; Biesewig-Behrendt, 2010). Angestossen wurde sein Interesse von vier Fallbeschreibungen von John Badham, einem englischen Arzt, aus dem Jahre 1835 (Bertenius, 1947; Eggers, 2002). Heine vermutete wie Abercrombie die Ursache der Lähmungen im Rückenmark, konnte dies aber nicht beweisen. Die Krankheit, die er in seinem Buch von 1840 beschrieb, nannte er in der zweiten Auflage von 1860 spinale Kinderlähmung – der Name, unter dem die Erkrankung bis heute bekannt ist (Eggers, 2002; Smallman-Raynor & Cliff, 2006; Biesewig-Behrendt, 2010). Dabei hatte Heine selbst nie einen Fall von akuter Poliomyelitis beobachtet und auch nie eine Autopsie an einer Person vorgenommen, die an Poliomyelitis verstorben war (Bertenius, 1947). Die Annahme Jakob Heines über die Lokalisation der Schädigung wurde wenig später von Victor André Cornil (1863), Edmé Vulpian und Jean Louis Prévost (1865) (Bertenius, 1947) sowie 1870 von Jean-Martin Charcot bestätigt. Sie alle fanden Veränderungen im Vorderhorn des Rückenmarks. Die Krankheit wurde daher 1874 von dem deutschen Arzt Adolph Kussmaul (1822–1902) ‚poliomyelitis anterior acuta‘ genannt (Biesewig-Behrendt, 2010). Die Ursache wurde damals in einer systemischen Erkrankung gesehen und nicht in einem Erreger (Eggers, 2002). Erst Adolf von Strümpell vermutete, entgegen der sonstigen wissenschaftlichen Meinung, dass es sich um eine Infektionskrankheit handeln könnte. Er vermutete zudem, dass es sich bei der akuten Encephalitis (bulbäre Verlaufsform der Polio) ebenfalls um Poliomyelitis handeln könnte und nicht um eine andere, eigenständige Erkrankung (Strümpell, 1885; Bertenius, 1947; Biesewig-Behrendt, 2010). In seinem Vortrag im Jahre 1885 führte Adolf von Strümpell aus:

Sonach scheint es mir also gerechtfertigt zu sein, die acute Encephalitis der Kinder der acuten Poliomyelitis als ein durchaus nicht selten vorkommendes Analogon an die Seite zu stellen. Ich selbst neige mich sogar sehr zu der Annahme hin, dass beide Krankheiten ihrem Wesen nach nahe verwandt, ja vielleicht sogar identisch sind, in dem Sinne, dass es bei beiden dasselbe (vielleicht infectiöse) Agens ist, welches sich das eine Mal in der grauen Substanz des Rückenmarks, das andere Mal in der grauen Rinde des Gehirns localisirt. (Strümpell, 1885, S. 178)

John Rissler (1889) und Oskar Medin (1890) beschrieben zum ersten Mal die klinischen Aspekte sowie die anatomische Pathologie des akuten Stadiums (Bertenius, 1947). Während der ersten Epidemie in Schweden (1905) erkannte Ivar Wickman, dass selbst scheinbar gesunde Menschen, abortive Fälle sowie nicht-paralytische Poliofälle die Krankheit auf andere übertragen können (Bertenius, 1947; Eggers, 2002). Er vermutete wie bereits Strümpell – und im Gegensatz zu vielen anderen Zeitgenossen – in der Poliomyelitis eine infektiöse Erkrankung (Eggers, 2002).

Neben diesen überlieferten schriftlichen Beschreibungen des Krankheitsbildes finden sich in der Literatur des 19. Jahrhunderts auch einige Beschreibungen einer regional begrenzten Häufung von für eine Poliomyelitis typischen Krankheitssymptomen. Aufgrund der unklaren Krankheitsdefinition kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob es sich tatsächlich um Poliomyelitis-Ausbrüche gehandelt hat (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Die erste Beschreibung einer solchen Häufung betraf Göteborg (Schweden) 1808. Auch in Worksop und St. Helen (England) wurde über Häufungen von Krankheitsfällen mit anschließenden persistierenden Lähmungen berichtet. 1841 kamen erste Meldungen aus Louisiana (USA) sowie 1868 aus Modums in Norwegen (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Über das Vorkommen von Poliomyelitis in der Zeit vor dem 19. Jahrhundert kann nur spekuliert werden. Erst gegen Ende des Jahrhunderts gelang es, dem Krankheitsbild einen festen Namen zuzuordnen und damit Poliomyelitis zu diagnostizieren. Dies ermöglichte auch genauere Angaben über die Häufigkeit der (paralytischen) Poliomyelitis. Wie bereits mehrfach betont war auch zu dieser Zeit die Abgrenzung zu anderen Erkrankungen, die Lähmungen verursachen, oft noch nicht möglich und die leichteren Verlaufsformen wurden meist nicht als solche erkannt.

5.2 Die Epidemien erfassen die Welt

Bis in die 80er Jahre des 19. Jahrhunderts handelte es sich bei den Poliomyelitis-Fällen wahrscheinlich um sporadische und in geringer Zahl auftretende Erkrankungen. Dies änderte sich gegen Ende des Jahrhunderts: Die Fälle von Poliomyelitis mehrten sich in einzelnen Ländern plötzlich massiv. Die Epidemie-Wellen, die über ein halbes Jahrhundert die ganze Welt betrafen, nahmen ihren Anfang 1905 in Schweden. Von diesem Zeitpunkt an bis 1915 finden sich schätzungsweise 170 Poliomyelitis-Epidemien, die sich, von Europa ausgehend, in immer

kürzeren Abständen und mit immer höheren Erkrankungszahlen über die ganze Welt ausbreiteten (Bertenius, 1947; Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Bertenius (1947) gibt in seinem Werk ‚On the problem of poliomyelitis‘ einen eindrücklichen Überblick über diese Entwicklung (Tabelle 4). Während bis 1868 zwei kleinere Epidemien mit bis zu 25 Betroffenen bekannt wurden, nahmen in den folgenden Jahrzehnten nicht nur die kleineren Epidemien stark zu, sondern es kam auch zu immer grösseren und insgesamt zahlreicheren Epidemien.

Tabelle 4: Anzahl Polio-Epidemien nach Zeit und Zahl der Betroffenen (nach Bertenius, 1947, S. 22)

Jahr/e	bis 25	26–50	51–100	101–1000	> 1000	Total
1841	1	-	-	-	-	1
1868	1	-	-	-	-	1
1881–1890	7	2	-	-	-	9
1891–1900	19	4	2	1	-	26
1901–1905	6	7	2	1	2	18
1906–1910	10	9	6	13	2	40
Total	44	22	10	15	4	95

War zunächst vor allem Nordeuropa (seltener auch der Süden) von den Epidemien betroffen, breiteten sich diese bis 1900 auf ganz Europa und die USA aus und erreichten bis 1910 weitere Länder wie Russland und Südafrika. Das Besondere an den Epidemien Anfang des 20. Jahrhunderts war nicht nur, dass sie eine immer grössere Zahl an Betroffenen forderten, sondern auch ihren lokal eng umgrenzten Charakter verloren und immer häufiger auch grosse Gebiete umfassten (Smallman-Raynor & Cliff, 2006). Die Poliomyelitis wurde von einer seltenen, sporadisch auftretenden Krankheit zu einem wahrgenommenen, wachsenden Problem.

Nachdem 1905 und 1911 in Schweden die ersten übergreifenden Epidemien ausgebrochen waren, wurden England und Wales ebenfalls von grossen Krankheitswellen erfasst (1910, 1911, 1913, 1917 sowie 1920). Während des Ersten Weltkriegs (1914–1918) kam es in ganz Europa weder zu einer Zunahme der Fälle noch zu grösseren Epidemien. Viele Länder haben zwar die Meldepflicht für Poliomyelitis-Fälle erst später eingeführt, aber auch in der Fachliteratur sind nur wenige Berichte über Infektionen in diesen Jahren bekannt. Es könnte also sein,

Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

dass in der Zeit des Ersten Weltkriegs tatsächlich relativ wenige Neuinfektionen aufgetreten sind (Bertenius, 1947).

In den Jahrzehnten nach dem Ersten Weltkrieg bis zur Entdeckung des Impfstoffes entwickelte sich die Poliomyelitis von einer endemischen zu einer epidemischen Krankheit. In dieser Zeit nahmen in allen Ländern die Morbidität und die Mortalität zu. Neben der Wandlung des Epidemie-Charakters lässt sich auch eine Veränderung der Altersverteilung feststellen. Während beim sporadischen Auftreten vor allem Kleinkinder betroffen waren, verschob sich dies in Richtung älterer Kinder sowie Erwachsener (Bertenius, 1947).

Aufgrund der massiven Cholera- und Typhus-Epidemien in Europa wurde 1921 die Health Organization of the League of Nations (später World Health Organization, WHO) gegründet. Diese begann ab 1922 Informationen über die Morbidität und Mortalität von Krankheiten aus den verschiedenen Ländern zu sammeln. Ab diesem Zeitpunkt ist daher ein internationaler Vergleich der Betroffenheit einfacher möglich, auch wenn die Qualität der verfügbaren Angaben von Land zu Land sehr unterschiedlich ist (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Bemerkenswert ist, dass sich die Epidemien in ihrem Auftreten weltweit immer mehr synchronisierten. Bis zum Zweiten Weltkrieg waren die einzelnen Poliomyelitis-Epidemien vor allem ein Problem der Länder der gemässigten Zone. Durch Militäraktionen, Flüchtlingsströme und die allgemein zunehmende Bevölkerungsbewegung weiteten sich die Epidemien immer stärker aus. Auch nach dem Zweiten Weltkrieg setzte sich diese Tendenz fort. Durch Immigration, Kolonialisierungsaktivitäten und die nun für breite Massen bestehende Möglichkeit des Reisens kamen die Menschen mit Poliovirus-Stämmen in Kontakt, gegen die sie noch nicht immun waren. Dies führte vermutlich zu neuen Epidemien, die parallel in verschiedenen Regionen auftraten (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

Auch die Schweiz hatte mit Beginn des 20. Jahrhunderts vermehrt mit einer Zunahme von Poliomyelitis-Erkrankungen zu kämpfen und erlebte zwischen 1930 und 1960 einige grosse Epidemien. Die föderalistische Struktur des Landes machte dabei eine gezielte Bekämpfung äusserst schwierig.

5.3 Poliomyelitis in der Schweiz

Interessiert man sich für die Häufigkeit von Poliomyelitis in der Schweiz, ist man für die Jahre vor 1914 vor allem auf medizinische Berichte angewiesen, da nur wenige Kantone eine Meldepflicht für diese Erkrankung festgelegt hatten. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Verlaufsformen, die sich nicht in den typischen Lähmungen äusserten, häufig nicht als Poliomyelitis erkannt wurden und

somit auch nicht in die Statistik aufgenommen worden sind. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen Krankheitsbildern mit ähnlichen Symptomen war ebenfalls schwierig. Zudem wurde in der akuten Krankheitsphase nicht immer ärztliche Hilfe aufgesucht. Dennoch geben die verfügbaren Zahlen einen Anhaltspunkt über die Betroffenheit der Schweiz.

Die ersten Ausbrüche können in der Schweiz auf Anfang des letzten Jahrhunderts datiert werden. Eichhorst (1910) berichtete im Juli 1910 im Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte unter dem Eindruck der grossen Epidemien im Ausland, dass in der Schweiz vor dem 20. Jahrhundert keine grösseren Epidemien aufgetreten sind. Dennoch vermutete er, dass wahrscheinlich jeder Arzt Poliomyelitis-Fälle kennt und es sich nicht um eine seltene Erkrankung handelt. Die Vorkommnisse im Ausland bewogen ihn dazu, vor der realen Möglichkeit einer ähnlichen Ausbreitung in der Schweiz zu warnen.

In dieser frühen Phase sind in der Schweiz kleinere Epidemien bekannt. 1901 wurde in Lommis (Kanton Thurgau) eine Häufung von 40 Betroffenen beschrieben (Bertenius, 1947). Hagenbach (1910) berichtete von einer grösseren Zahl an Betroffenen in Wauwyl (Kanton Luzern) im Jahr 1908 und beschrieb eine Zunahme der Fälle im Jahr 1910 im Basler Kinderspital. In den Jahren 1885–1909 wurden im Kinderspital Basel insgesamt 77 Poliomyelitis-Neuerkrankungen behandelt, maximal sieben pro Jahr. In den ersten acht Monaten des Jahres 1910 stieg die Zahl bereits auf 13 an und Hagenbach berichtete auch von weiteren, ihm bekannten, nicht im Kinderspital behandelten Fällen. Gleichzeitig erlebten auch St. Gallen (Kanton St. Gallen) und Winterthur (Kanton Zürich) eine Zunahme der Fälle (Androussieur, 1917; Bertenius, 1947).

Die 1914 eingeführte Meldepflicht sollte nicht nur die Lähmungsfälle umfassen, sondern auch alle Verdachtsfälle. Die totale Erfassung aller Erkrankungen schien nicht zu gelingen. Dies zeigte sich dadurch, dass die in Spitälern behandelten Fälle zusammen mit den Todesfällen teilweise die Meldezahlen überschritten (Anderhub, 1935).

Die Schweiz wurde in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts von grösseren Epidemien verschont. Während des Ersten Weltkriegs kam es, wie in anderen Ländern, zu keiner Zunahme der Poliofälle (Fanconi, 1945). Dennoch erwähnte Emil Fehr, Direktor des Kinderspitals Zürich, 1913 in einem Brief an den Stadtarzt Dr. Kruker eine ungewöhnliche Häufung von Poliofällen in Zürich und befürchtete daher in den nächsten Jahren eine Epidemie (Feer, 1.12.1913, StAZH, S 111 Teil 1). Insgesamt kann die Zahl der Fälle in der Schweiz bis 1920 als gering (25–104 gemeldete Erkrankungen) bezeichnet werden Fanconi (1945).

Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

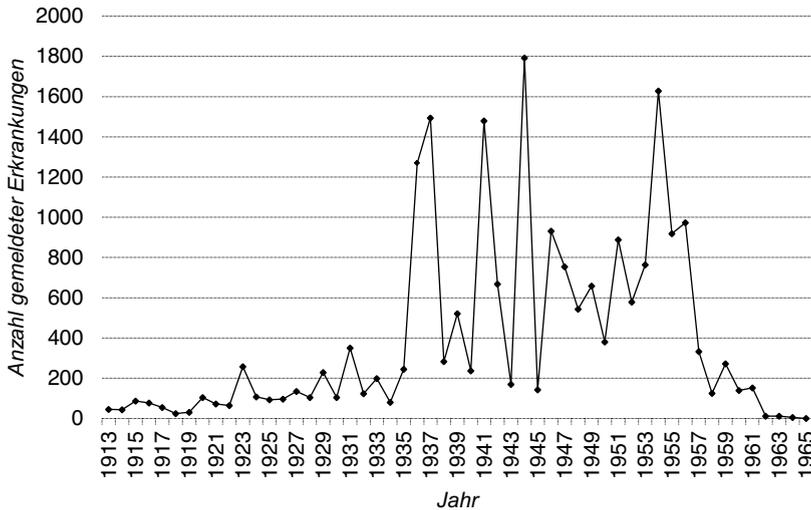


Abb. 3: Poliomyelitis-Meldungen in der Schweiz zwischen 1913 und 1965 (Bundesamt für Statistik, n.d.-a)

1923 kam es dann zu einem plötzlichen Anstieg auf 257 Fälle, ohne dass sich dieser in den Jahren zuvor angedeutet hätte (Abb. 3). Die Neue Zürcher Zeitung berichtete darüber in einem Artikel:

Bei einer dringlich erklärten Interpellation über Maßnahmen betr. die epidemisch auftretende Kinderlähmung wurde von Seiten des Stadtrates mitgeteilt, daß seit dem Auftreten der Epidemie im Monat Mai 29 Fälle zu verzeichnen sind, darunter sechs bis [sic] sieben Fälle bei Erwachsenen. Die Krankheit forderte im ganzen fünf Todesopfer, worunter zwei Erwachsene. Soweit die Gesetze reichen, werden die nötigen Vorkehrungen getroffen. (ag, 1923, 1. Mittagsblatt)

Smolinski (1927) ging davon aus, dass hinsichtlich dieser ersten grösseren Epidemie nicht alle Poliofälle gemeldet wurden und daher von mehr Fällen auszugehen sei.

Es ist selbstverständlich, dass die Zahl der amtlich angemeldeten Erkrankungen (257) bei weitem nicht der Wirklichkeit entspricht. Dank der Indolenz der Landbevölkerung, welche man sogar bei solchen Erkrankungen, die mit Lähmungserscheinungen verbunden sind, beobachtet, ist ein grosser Teil der Fälle nicht zur Kenntnis des Arztes gekommen. Eine nicht geringe Rolle spielt hier die Schwierigkeit der Diagnose, welche sich besonders bei den von der klassischen Form abweichenden Fällen geltend macht und zur Folge hat, dass ein Teil falsch oder überhaupt nicht diagnostiziert wird. (Smolinski, 1927, S. 6)

1923 betrafen 77 Fälle (0.43‰ der Bevölkerung) den Kanton Luzern stark³¹. Luzern war damit absolut und gemessen an der Bevölkerungszahl am stärksten betroffen, aber auch der Kanton Schwyz wies mit 0.38‰ (23 Fälle) eine vergleichsweise hohe Rate an Neuerkrankungen auf. Bei der nächsten stärkeren Zunahme im Jahr 1929 wurden schweizweit 229 Fälle gemeldet, wobei mit 57 Meldungen absolut und im Vergleich zur Bevölkerungszahl (0.22‰) der Kanton Aargau die stärkste Betroffenheit aufwies. 1931 kamen 351 Fälle zur Anzeige, wovon 136 aus dem Kanton St. Gallen gemeldet wurden. Setzt man die Zahl jedoch mit der Bevölkerungsgrösse des Kantons in Bezug, war der kleine Kanton Appenzell Innerrhoden mit 0.5‰ stärker betroffen (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1923–1931, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1924–1932).

Insgesamt waren in den Jahren 1921 bis 1934 vor allem Kantone der Zentralschweiz (Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz), der Nordwestschweiz (Aargau, Basel) und der Ostschweiz (Appenzell, Glarus, Graubünden, St. Gallen) sowie die Kantone Solothurn und Zürich betroffen. Auffallend ist, dass die südlichen Regionen (Genferseeregion, Tessin) sowie der grösste Teil des Mittellandes (Bern, Fribourg, Neuenburg) kaum Fälle aufwiesen (Smallman-Raynor & Cliff, 2006). Schweizweit wurden in diesen Jahren zwischen 65 und 351 Neuansteckungen gemeldet. Anderhub (1935) stellte fest:

Auch in der Schweiz kommt die Poliomyelitis nie zum Erlöschen, immer sind sporadische Fälle vorhanden, die sich in den Sommermonaten vermehren. Auch bei uns scheinen die Epidemien häufiger zu werden, wir erwähnen die Epidemie im Kanton Schwyz 1923, in Luzern 1923/24, in Freiburg 1928, die inzwischen erfolgten stärkeren Anstiege in Basel-Stadt 1923 und 1925, ebenso die wiederholten Anstiege in den Kantonen Zürich, Bern und Waadt, die Epidemie im Aargau 1929, in St. Gallen den Anstieg von 1929 und die Epidemie von 1931. (Anderhub, 1935, S. 8)

Noch 1935 äusserte sich Anderhub (1935) über die vergleichsweise leichte Betroffenheit der Schweiz. Im Jahr nach dieser Veröffentlichung änderte sich die Lage drastisch. 1936 erlebte die Schweiz die erste grosse Epidemie mit 1'269 gemeldeten Erkrankungen. Diese traf zahlenmässig vor allem den Kanton Aargau mit 241 Fällen (0.9‰) und gemessen an der Bevölkerungszahl den Kanton Thurgau (160 Fälle, 1.2‰ der Bevölkerung). Im darauffolgenden Jahr 1937, das ebenfalls von hohen Zahlen gekennzeichnet war (1'494 Fälle), meldete allein der Kanton Bern 449 Fälle (0.64‰). Im Kanton Freiburg kamen 101 Neuerkrankungen

³¹ Die folgenden Zahlen beruhen auf den gemeldeten Neuerkrankungen in der Schweiz. Die kantonalen Meldungen wurden dabei in Bezug zur jeweiligen Bevölkerungszahl im Kanton gesetzt. Regionale Häufungen innerhalb der einzelnen Kantone wurden nicht berücksichtigt.

Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

(0.69‰ der Bevölkerung) zur Anzeige (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1936–1937, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1937–1938).

In den Jahren um die Phase der ersten grossen Epidemien (1935–1938) breitete sich die Poliomyelitis 1936 auf die gesamte nordöstliche Schweiz aus (Luzern, Obwalden, Nidwalden, Schwyz, Solothurn, Aargau, Zürich, Thurgau, Appenzell, St. Gallen, Graubünden). 1937 nahmen die Fälle im Osten etwas ab und die Epidemie-Herde verschoben sich auf westliche Teile des Landes (Bern, Fribourg, Waadt). Die Kantone Luzern, Obwalden, Nidwalden, Schwyz und Zürich blieben weiterhin stark betroffen (Smallman-Raynor & Cliff, 2006).

1941 wurden in Zürich 517 Fälle zur Anzeige gebracht (0.77‰ der Bevölkerung). Der Kanton Schaffhausen war mit über 1.2‰ (65 Betroffene) an der Bevölkerungszahl gemessen weitaus stärker betroffen (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1942, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1943). 1944 meldete alleine der Kanton Bern 348 (0.47‰ der Bevölkerung) der 1'793 in der Schweiz angezeigten Fälle und im Kanton Aargau waren 0.82‰ der Bevölkerung (227 gemeldete Fälle) diagnostiziert worden. Im letzten grossen Epidemiejahr 1954 traten, wenn man die absoluten Zahlen berücksichtigt, die meisten Neuerkrankungen im Kanton Bern auf (586 der insgesamt 1'628 Fälle, 0.7‰ der Bevölkerung). Gemessen an der Bevölkerungszahl war der Kanton Zug mit 0.86‰ (39 gemeldete Fälle) stärker betroffen (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1944–1954, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1945–1955).

Nach der Einführung des ersten Impfstoffes Ende des Jahres 1956 sanken die Erkrankungszahlen schnell. Erstaunlich ist noch ein kleiner Peak 1961 mit insgesamt 152 Betroffenen, 30 Betroffenen aus dem Kanton Glarus, was 0.74‰ der Bevölkerung entspricht (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1944–1965, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1945–1966). Nachdem 1965 das erste Mal seit Einführung der Anzeigepflicht kein neuer Poliomyelitis-Fall gemeldet wurde, stiegen auch in den weiteren Jahren die Zahlen nicht mehr über zwei Fälle pro Jahr (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1965–1982). 1982 ist in der Schweiz die bisher letzte Neuerkrankung, die durch ein Wildvirus verursacht worden war, gemeldet worden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2007).

Die Schweiz war vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von wiederholten grossen und kleineren Poliomyelitis-Epidemien betroffen. Während Deutschland den Höchststand der Morbidität im Bundesgebiet 1952 mit 18.9 Erkrankungen und in der DDR (Deutsche Demokratische Republik) 1953 mit 14.6 pro 100'000 Personen erreichte (Pöhn & Rasch, 1994), wies die Schweiz mehrfach höhere Erkrankungszahlen auf. Bereits während den Epidemien 1936 und 1937

erkrankten 30.5 respektive 35.8 von 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Höchststand wurde 1944 mit 41.1 Erkrankungen pro 100'000 erreicht (Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes 1914–1965, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1915–1966). Wieso es zu diesen grossen Unterschieden der Betroffenheit der Länder kam, kann nur vermutet werden. Möglicherweise liegt es an unterschiedlichen Meldesystemen oder an einer anderen Diagnosepraxis.

Im untersuchten Zeitraum (1914–1965) wurden in der Schweiz insgesamt 20'808 Poliomyelitis-Fälle gemeldet. Diese Zahl scheint, insbesondere mit Blick auf die beschriebenen prozentualen Neuerkrankungen in den einzelnen Kantonen, nicht sehr hoch. Im gleichen Zeitraum wurden in der Schweiz über 130'000 Diphtherie-Erkrankungen gemeldet (Abb. 4). Auch die zwischen 1932 und 1965 über 100'000 zur Anzeige gekommenen Tuberkulose-Neuerkrankungen überstiegen bei weitem das Ausmass der Poliomyelitis-Betroffenheit des Landes (Bundesamt für Statistik, n.d.-a).

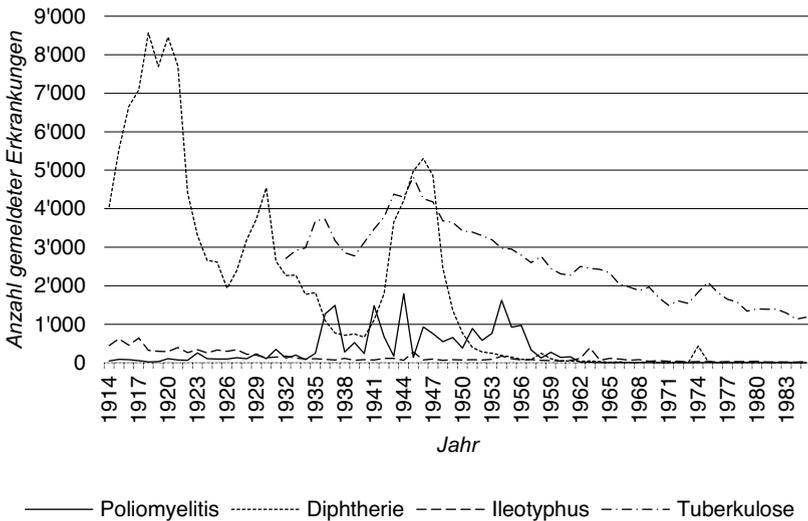


Abb. 4: Anzahl gemeldeter Erkrankungen 1914–1985 (Bundesamt für Statistik, n.d.-a)

Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

Eine Infektion mit Poliomyelitis kann bei einem kleinen Prozentsatz (<1%) der Betroffenen zu bleibenden Lähmungen oder zum Tode führen. Vergleicht man die Statistik der Todesursachen zwischen 1901 und 1965, so ergibt sich ein weniger unausgeglichenes Bild als bei der Meldung der Neuerkrankungen (Abb. 5). Die durch die genannten Infektionskrankheiten verursachten Todesfälle beginnen sich, mit Ausnahme der Tuberkulose, immer stärker anzunähern und bewegen sich für Diphtherie, Poliomyelitis und Typhus/Paratyphus spätestens ab den 1930er Jahren in einem ähnlichen Rahmen. Während Typhus/Paratyphus und Diphtherie ab 1945 immer weniger als Todesursache gemeldet wurden, verbleiben die durch eine Poliomyelitis-Infektion verursachten Todesfälle länger auf einem hohen Niveau. Erst mit der Einführung der IPV und noch stärker mit der Umstellung auf die OPV ab 1961 und den damit verbundenen rückläufigen Erkrankungsanzahlen ist auch hier ein deutlicher Rückgang zu erkennen (Bundesamt für Statistik, n.d.-b).

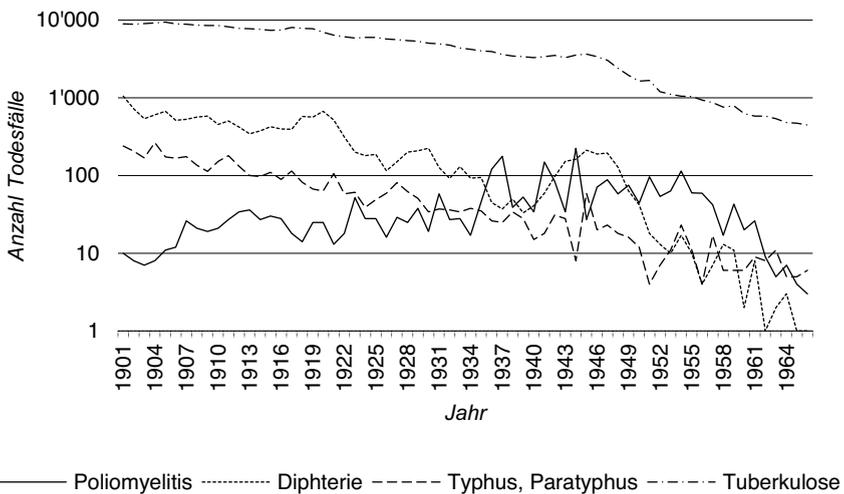


Abb. 5: Todesfälle durch Infektionskrankheiten 1901–1965 (Bundesamt für Statistik, n.d.-b)

Insgesamt wurden im untersuchten Zeitraum (1914–1965) 2'506 Todesfälle aufgrund einer Poliomyelitis-Erkrankung gemeldet (von Beginn der Aufzeichnung 1901 bis zum letzten Todesfall 1981 waren es 2'790 Todesfälle). Dies bedeutet in

Bezug auf die 20'808 gemeldeten Polio-Erkrankungen eine Sterblichkeit von beinahe 10%. Die jährlichen Schwankungen waren beträchtlich (Bundesamt für Statistik, n.d.-b, n.d.-a). Die hohe Sterblichkeitsrate ist wahrscheinlich damit zu erklären, dass über einen grossen Zeitraum vor allem die paralytischen Fälle gemeldet wurden und Möglichkeiten zur Behandlung der Atemlähmungen fehlten oder sehr eingeschränkt waren. Nach heutigen Schätzungen liegt das Risiko eines tödlichen Verlaufs bei einer paralytischen Poliomyelitis, wie im Kapitel über das Krankheitsbild beschrieben, bei 1–4% (Schuster & Kreth, 2009). Während zu Beginn der Aufzeichnung die Rate der Todesfälle im Vergleich zu den gemeldeten Erkrankungen noch höher war, sank sie im Verlaufe der Jahrzehnte ab (Abb. 6). Der Rückgang der Sterblichkeit hat wahrscheinlich verschiedene Ursachen. Vermutlich wurden vermehrt auch nicht-paralytische und abortive Verlaufsformen als Poliomyelitis diagnostiziert, bei denen keine Lebensgefahr besteht. Zusätzlich entwickelte sich die Beatmungstechnik weiter und verbesserte, neben der Entdeckung von Antibiotika zur Behandlung der Lungenentzündungen, die Prognose bei passageren Atemlähmungen.

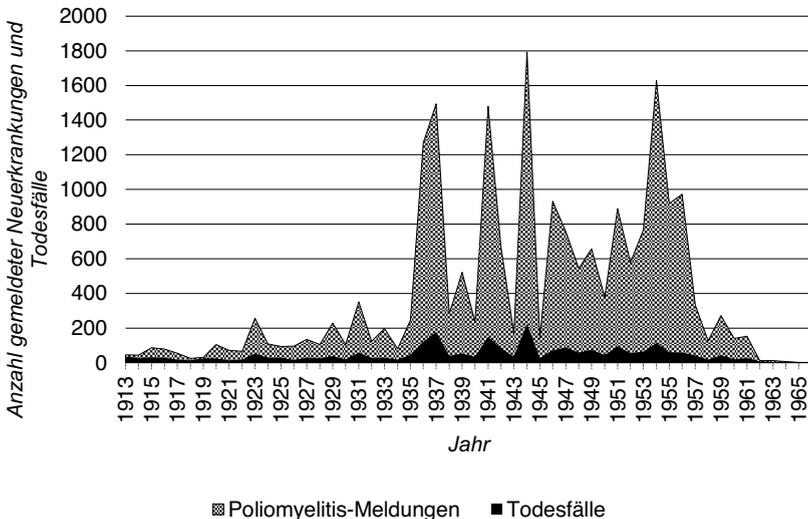


Abb. 6: Statistik über die Erkrankungszahlen und Todesfälle 1913–1965 (Bundesamt für Statistik, n.d.-b)

Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

Aufgrund des starken Rückgangs der Neuerkrankungen als Folge der Impfaktionen in verschiedenen Ländern startete die WHO 1988 eine Kampagne zur weltweiten Ausrottung des Poliovirus.

5.4 Die weltweite Ausrottung der Poliomyelitis

Die globale Polio-Eradikations-Initiative (Global Polio Eradication Initiative, GPEI) wird angeführt durch verschiedene nationale Regierungen, die WHO, Rotary International, die US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sowie UNICEF (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, United Nations Children's Fund). Das 1988 gesetzte Ziel einer poliofreien Welt im Jahr 2000 konnte bis heute nicht erreicht werden (World Health Organization, 2013).

Nachdem 2012 ein Tiefststand bezüglich der Anzahl betroffener Länder und gemeldeter Erkrankungen (223 Fälle, 66% weniger als 2011) erreicht wurde, entschloss sich die WHO, den letzten Schritt im Kampf gegen diese Krankheit einzuleiten. Nach einer Analyse der bisherigen Vorgehensweisen und der Evaluierung der Gründe, warum bisher gesetzte Ziele nicht erreicht wurden, wurde der Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–2018 entwickelt. Dieser verfolgt vier Hauptziele (World Health Organization, 2013).

1. *Detect and interrupt all poliovirus transmission:* Das Ziel hat zum Inhalt, bis Ende 2014 alle Übertragungen durch das Wildvirus zu stoppen und alle Ausbrüche durch zirkulierende, vom Impfstoff abgeleitete Polioviren innert 120 Tagen zu unterbrechen. Dies soll durch eine weltweit aufmerksame Überwachung des Auftretens von potenziellen Poliomyelitis-Fällen (WPV und VDPV), eine Verbesserung der OPV-Impfkampagnen in den verbleibenden endemischen Ländern (und den Ländern mit zirkulierendem VDPV) sowie ein schnelles Reagieren bei möglichen neuen Ausbrüchen erreicht werden. Zudem müssen das Wiedereinschleppen des Virus und erneute Ausbrüche in gefährdeten Regionen durch die Erhaltung eines hohen Immunitätslevels verhindert sowie die Sicherheit der Impfhelfer verbessert werden³²(World Health Organization, 2013).

Die Überwachung des Auftretens von Polioviren soll in erster Linie durch die Aufdeckung und Abklärung aller Fälle von akuter schlaffer Lähmung (Acute

³² 2012 und 2013 kam es zu mehreren tödlichen Anschlägen auf Impfhelfer in Pakistan und Nigeria (World Health Organization, 2013).

Flaccid Paralysis, AFP) geschehen. Bei einem funktionierenden AFP-Meldesystem sollte jährlich auf 100'000 Kinder unter 15 Jahren ein Fall gemeldet und die Stuhluntersuchung innerhalb von 14 Tagen nach Eintritt der Lähmungen von einem durch die WHO zugelassenen Labor in die Wege geleitet worden sein. Zusätzlich werden die Abwässer von endemisch betroffenen und gefährdeten Ländern regelmässig auf Polioviren (WPV, VDPV und teilweise Virenstämme der OPV) überprüft. Daneben kommen noch spezifische andere Überwachungsmassnahmen zum Einsatz (z. B. Kontrolle des Immunitätslevels) (World Health Organization, 2013).

Die Impfkampagnen in endemisch betroffenen und gefährdeten Ländern werden intensiviert, indem die Routineimpfungen durch zusätzliche Impfaktionen verstärkt werden. Ausserdem müssen in den drei verbleibenden Ländern die Impfaktionen so verbessert und ausgebaut werden, dass auch bisher nicht oder nicht genügend erreichte Gruppen geimpft werden können (World Health Organization, 2013).

2. *Strengthen immunization systems and withdraw oral polio vaccine*: Der Fokus dieses Ziels ist es, die aufgebauten Strukturen für die Impfkampagnen zu verstärken und auch für andere Impfkampagnen zur Verfügung zu stellen sowie die Durchimpfungsrate zu erhöhen. Um das Risiko von Polio-Erkrankungen durch mutierte Impfviren zu verhindern, wird Mitte 2016 die trivalente OPV (tOPV) durch eine bivalente OPV (bOPV) ersetzt. Dieser Impfstoff soll nur noch die Virenstämme Typ 1 und 3 enthalten. Typ 2 gilt seit 1999 als ausgerottet, ist aber bis heute für die meisten Ausbrüche mutierter Impfviren verantwortlich. Statt der tOPV sollen die bOPV sowie mindestens eine Dosis IPV verabreicht werden. Diese Ergänzung bietet weiterhin einen Impfschutz vor dem Poliovirus Typ 2 und erhöht gleichzeitig die Impfwirkung.

Um diesen Plan umzusetzen, muss zunächst das Impfsystem verbessert werden, damit es möglich wird, IPV in die Routine-Impfprogramme aufzunehmen. Zudem müssen IPV-Produkte entwickelt werden, die günstig und wenn möglich leicht zu verabreichen sind. Erst wenn dies umgesetzt werden kann, kann der tOPV durch den bOPV ersetzt werden. Ziel ist es, die Verabreichung der oralen Schluckimpfung zwischen 2019 und 2020 zu stoppen. Der schrittweise Rückzug bedeutet eine grosse Herausforderung. Es bedingt eine perfekte weltweite Koordination (u. a. Stopp der Impfungen mit OPV, Zerstörung oder sichere Lagerung der restlichen OPV-Impfdosen) sowie Akzeptanz der IPV durch die Bevölkerung der verschiedenen Länder. Um auch nach 2020 gegen Ausbrüche gewappnet zu sein, soll ein Vorrat an monovalenten OPV (mOPV) und IPV angelegt werden (World Health Organization, 2013).

Poliomyelitis: sporadisch – endemisch – epidemisch – ausgerottet?

3. *Contain poliovirus and certify interruption of transmission*: Dieses Ziel besteht in der Zertifizierung aller WHO-Regionen als poliofrei sowie in der Vernichtung sämtlicher Wildstämme bis Ende 2018. Ausgenommen davon sind einige wenige Vorräte an Polioviren, die unter anderem für die Herstellung von Impfungen, die Diagnose sowie die Forschung gebraucht werden (World Health Organization, 2013).
4. *Plan polio's legacy*: Das Ziel ist es, das Wissen, die Strukturen, frei gewordene Kapazitäten sowie die Erfahrungen, die mit der Polio-Initiative gemacht wurden, für andere Gesundheits- und Entwicklungsinitiativen nutzbar zu machen (World Health Organization, 2013).

Die Initiative weist bis heute grosse Erfolge auf. Die Zahl der Neuerkrankungen konnte von über 350'000 im Jahr 1988 auf 74 Fälle im Jahr 2015 gesenkt werden. Von ursprünglich 125 Ländern trat Poliomyelitis nur noch in zwei Ländern (Afghanistan, Pakistan) endemisch auf (Bagcchi, 2016). Nachdem in Nigeria zwei Jahre lang keine Neuerkrankungen mehr aufgetreten waren, wurden im August 2016 in Borno, dem nordöstlichsten Bundesstaat Nigerias, drei neue Fälle von paralytischer Poliomyelitis gemeldet (Roberts, 2016a). Dies war ein schwerer Rückschlag für die Bemühungen der WHO. Dass der Ausbruch genau in dieser Region stattfand, ist nicht überraschend. Grosse Teile von Borno stehen unter der Kontrolle der Boko Haram. Dies führte dazu, dass die Impfteams viele Kinder nicht erreichen konnten und auch die Überwachung des Virusvorkommens in Abwässern erschwert wurde. Das Virus, das bei den beiden ersten betroffenen Kindern isoliert wurde, wurde das letzte Mal 2011 nachgewiesen. Das bedeutet, dass das Virus fünf Jahre lang unentdeckt zirkuliert haben muss. Nach Bekanntwerden der Neuerkrankungen wurden sofort grosse Impfkampagnen in Nigeria, Tschad, Nord-Kamerun, Süd-Niger und Teilen der Zentralafrikanischen Republik gestartet (Roberts, 2016b).

Das Poliovirus Typ 2 konnte bereits ausgerottet werden, Typ 3 wurde seit 2012 nicht mehr nachgewiesen und ist daher möglicherweise auch bereits eliminiert (Orenstein et al., 2015). Das erste Ziel, die Übertragung von Wildviren bis 2014 zu stoppen, konnte noch nicht erreicht werden. Das Unterbinden der weiterhin auftretenden Neuerkrankungen durch das Poliovirus Typ 1 in Pakistan und Afghanistan bleibt eine grosse Herausforderung. Der global synchronisierte Wechsel von der trivalenten zur bivalenten oralen Poliovakzine wurde im April 2016 innerhalb von zwei Wochen in 155 Ländern vollzogen. Die Empfehlung, dass jeder Person mindestens eine Dosis des IPV-Impfstoffes verabreicht werden

sollte, konnte aufgrund fehlender Impfstoff-Lieferungen nicht immer umgesetzt werden. Dies führt zu gefährlichen Lücken im Kampf gegen die zirkulierenden VDPVs. Auch der geplante schrittweise Rückzug der OPV stellt eine grosse Herausforderung dar (Durrheim & Adams, 2016).

Ob die Zahlen der WHO tatsächlich der Realität entsprechen, ist zu hoffen. In verschiedenen Regionen der Welt lebt ein Teil der Bevölkerung in unzugänglichen Gebieten, ohne ausreichende medizinische Versorgung oder verfügt über zu wenig finanzielle Möglichkeiten, um medizinische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Die Überwachung und virologische Untersuchung aller akuten schlaffen Lähmungen in einem Staat (AFP-Surveillance) sollte eine gewisse Sicherheit geben, dass das Meldesystem funktioniert und die Anzahl der Neuerkrankungen der Realität entspricht. Mit Sicherheit kann dies aber nicht bestimmt werden. Es ist daher umso wichtiger, dass ein hoher Impfstatus erhalten bleibt, damit auch bei einer möglicherweise ausbleibenden Meldung die weitere Ausbreitung verhindert werden kann. Viele weitere Hürden sind noch zu nehmen. Dennoch war man dem Ziel einer poliofreien Welt noch nie so nah.

6 Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

Die Poliomyelitis war über Jahrzehnte eine jährlich in den Sommer- und Herbstmonaten auftretende Erkrankung. Obwohl sie nicht so verbreitet war wie andere Infektionskrankheiten, führte Polio aufgrund der möglichen schwerwiegenden Folgen zur Verunsicherung von Eltern und Akteuren im Gesundheitswesen. Keine Massnahme schien wirklich zu greifen, obwohl vieles ausprobiert wurde. Viele verschiedene öffentliche und private Einrichtungen waren in die Bekämpfung der Ausbreitung, in die Behandlung und die Fürsorge involviert. Letztere unterstützte Betroffene bei der Organisation und der Koordination medizinischer Behandlungen sowie Rehabilitations- und Kuraufenthalten, der Suche nach einer Lehr- oder Arbeitsstelle. Ein wichtiger Teil war vor allem die finanzielle und materielle Hilfe, da Versicherungsmöglichkeiten nur für einen Teil der Bevölkerung zur Verfügung standen. Historisch eng verbunden mit den Fürsorgeorganisationen sind die Fürsorgeinstitutionen, welche für Menschen mit einer Beeinträchtigung eine mögliche Wohnform darstellten. Die bestehenden, meist freiwilligen Kranken- und Invalidenversicherungen deckten die Kosten einer Behandlung, Rehabilitation oder langfristigen Invalidität nur ungenügend ab. Dies führte zu spezialisierten Zusatzversicherungen, die einen weiteren Teil der finanziellen Belastung übernahmen. Die Betroffenen und ihre Angehörige waren mit den unterschiedlichen Auswirkungen, die eine Infektion nach sich ziehen konnte, konfrontiert.

6.1 Gesundheitswesen: Behörden und Gesetze

Das schweizerische Gesundheitswesen war auf verschiedenen Ebenen in die Poliomyelitis-Epidemien involviert. Ein sehr wichtiger Bereich waren die Gesundheitsbehörden der unterschiedlichen administrativen Ebenen der Schweiz (Staat, Kanton, Bezirk, Gemeinde). So wurden verschiedene Gesetze und Verordnungen erlassen, Wissen über die Erkrankung vermittelt und Informationen über neue Behandlungsmöglichkeiten koordiniert verbreitet. Eng verbunden mit den Gesundheitsbehörden war das Militärdepartement, das aufgrund des Ersten und Zweiten Weltkriegs auf einen funktionierenden Austausch zwischen den Ämtern angewiesen war, um die Verteidigungskraft des Landes aufrechterhalten zu können. Diese enge Verbindung führte früh zur Unterstellung der Poliomyelitis unter die meldepflichtigen Krankheiten. Erst mit der Verfügbarkeit wirksamer Impfstoffe und der damit verbundenen massiven Abnahme der Poliomyelitis-

Erkrankungen verlor Polio für das Gesundheits- und Militärwesen an Bedeutung. Solange Poliomyelitis nicht weltweit ausgerottet ist, wird diese Infektionskrankheit noch nicht aus der Agenda gestrichen werden, auch wenn sie nicht mehr jene Wichtigkeit hat wie vor den 1960er Jahren.

6.1.1 Die Massnahmen der Gesundheitsbehörden

Der Bund wurde durch die Bundesverfassung vom 28. Mai 1874 ermächtigt, Gesetze über Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien und Viehseuchen zu erlassen. 1887 trat das eidgenössische Epidemiegesezt in Kraft, welches die gesundheitspolizeilichen Massnahmen bei Cholera, Pest, Flecktyphus und Pocken regelte (Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vom 2. Juli 1886). Schon kurze Zeit später wurde von verschiedenen Seiten auf dessen Unzulänglichkeiten hingewiesen und die Ausdehnung auf Diphtherie, Tetanus, Cerebrospinal-Meningitis, Kretinismus und Tuberkulose gefordert. Die Verfassung erlaubte hingegen nur Krankheiten aufzunehmen, die epidemisch auftraten und als gemeingefährlich galten. Da durch diese Einschränkung viele Krankheiten nicht in die Gesetzgebung aufgenommen werden konnten, sollte der Artikel 69 der Bundesverfassung angepasst werden. Als weiterer Grund für die Ausweitung der Kompetenzen des Bundes wurde die steigende Mobilität angeführt. Diese würde dazu führen, dass Krankheiten schnell vom Ausland in die Schweiz oder von Kanton zu Kanton weiterverbreitet würden. Um eine schnellere, übergreifende Intervention zu ermöglichen, sollten die Kompetenzen für deren Bekämpfung nicht mehr alleine bei den Kantonen liegen, sondern übergeordnet geregelt werden. Dem Bund war es durch die zusätzlichen Befugnisse möglich, das Wissen über Bekämpfungsmassnahmen sowie die daraus entstehenden Kosten gleichmässiger auf die verschiedenen Kantone zu verteilen. Die Grenzkantone sollten dadurch von ihren höheren Ausgaben aufgrund der Gesundheitskontrollen an den Grenzen entlastet werden (Botschaft des Bundesrates vom 20. Dezember 1911 an die Bundesversammlung betreffend Revision des Art. 69 der Bundesverfassung). Die vorgeschlagene Verfassungsänderung wurde am 4. Mai 1913 vom Volk angenommen. Der Bund war nun „befugt, zur Bekämpfung übertragbarer oder stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren gesetzliche Bestimmungen zu treffen“ (Bundesbeschluss betreffend Revision der Art. 69 und 31, 1913, S. 130). Die Worte ‚gemeingefährlich‘ sowie ‚Epidemie‘ des ursprünglichen Gesetzestextes wurden fallen gelassen, um dem Gesetzgeber mehr Spielraum zu lassen. Es wurde argumentiert, dass ‚gemeingefährlich‘ zu unspezifisch sei. ‚Epidemie‘ wurde aus dem

Verfassungstext verbannt, da auch nicht-epidemische Krankheiten, wie zum Beispiel die Tuberkulose, grossen Schaden anrichteten. Mit dem neuen Gesetzestext konnte der Bund bei vereinzelt, endemisch oder epidemisch auftretenden Krankheiten aktiv werden, falls er dies für nötig erachtete, selbst wenn diese nicht als ansteckend galten (die Übertragbarkeit von vielen Krankheiten wurde erst später erkannt) (Botschaft des Bundesrates vom 20. Dezember 1911 an die Bundesversammlung betreffend Revision des Art. 69 der Bundesverfassung).

Nach Poliomyelitis-Epidemien in den skandinavischen Ländern, Teilen der USA, Österreichs und Deutschlands verfasste das schweizerische Gesundheitsamt am 2. Dezember 1913 ein Kreisschreiben, in dem es die kantonalen Sanitätsbehörden auf das vermehrte Auftreten der Poliomyelitis in der Schweiz aufmerksam machte. Es rief die Kantone dazu auf, eine Anzeigepflicht für Poliomyelitis einzuführen, wie sie in den Kantonen Basel-Stadt³³ und Bern³⁴ bereits vorhanden war. Gleichzeitig wurde im Sanitarisch-demographischen Wochenbulletin, dem damaligen Publikationsorgan des Schweizerischen Gesundheitsamtes, eine eigene Rubrik eröffnet, in der die aus privaten und einigen kantonalen Meldungen angezeigten Fälle aufgeführt werden konnten (Kreisschreiben des schweizerischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Einführung der Anzeigepflicht für die Erkrankungen an Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta) vom 2. Dezember 1913, 1913).

Wir haben hierauf im sanitarisch-demographischen Wochenbulletin eine besondere Rubrik für Kinderlähmung eröffnet. Es geht nun aus den Mitteilungen einiger Kantone sowie aus privaten Berichten hervor, dass dieselbe gegenwärtig gar nicht so selten vorkommt. Bei der zunehmenden Häufigkeit dieser nicht selten tödlich verlaufenden oder schwere bleibende Folgen zurücklassenden Krankheit und dem durch die Wissenschaft heute erwiesenen übertragbaren Charakter derselben, dürften Massnahmen zur Verhütung ihrer Weiterverbreitung wohl angezeigt sein. Massnahmen sind jedoch unmöglich, solange den Behörden die vorkommenden Fälle unbekannt bleiben. (ebd., S. 777)

Obwohl dieser Aufruf nicht verpflichtend war, wurde er von diversen Kantonen umgesetzt. So zum Beispiel am 28. Dezember 1913 im Kanton St. Gallen

³³ Das Sanitätsdepartement von Basel-Stadt verfasste am 25. November 1913 einen entsprechenden Aufruf an die Ärzte des Kantons (Zirkular des Sanitätsdepartements an die Herren Aerzte betreffend Aufnahme der spinalen Kinderlähmung unter die anzeigepflichtigen Krankheiten vom 25. November 1913, 1913).

³⁴ Die kantonale Sanitätsdirektion verfasste am 20. Juli 1911 ein Schreiben, in dem sie auf das vermehrte Auftreten der Poliomyelitis in Europa und der Schweiz hinwies. Daher mussten die Poliomyelitis-Fälle zukünftig gemeldet werden (Kreisschreiben der kantonalen Sanitätsdirektion an die Herren Aerztr betr. die obligatorische Anzeige der Fälle von akuter Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta) vom 20. Juli 1911, 1911).

(Kreisschreiben der Sanitätskommission des Kantons St. Gallen an die Amtsärzte und Aerzte desselben betreffend die Anzeige von Kinderlähmung vom 28. Dezember 1913) und am 6. April 1914 im Kanton Zürich (Verfügung der Direktion des Gesundheitswesens zuhanden der Aerzte des Kantons Zürich betreffend Anzeigepflicht der Poliomyelitis anterior acuta vom 6. April 1914). Mit dem Kriegsausbruch im nahen Ausland kamen Befürchtungen bezüglich der Einschleppung von Seuchen in die Schweiz auf. Nachdem verschiedene Typhuserkrankungen auf dem Vormarsch waren, machte der Bundesrat von seinem erst vor Kurzem erweiterten Recht bezüglich der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten Gebrauch (Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1914; Kreisschreiben des schweizerischen Volkswirtschaftsdepartements an sämtliche Kantonsregierungen betreffend Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Epidemien vom 1. Juli 1915). Auf Antrag des Militärdepartements und des Departements des Innern wurde am 27. Oktober 1914 per Bundesratsbeschluss die Anzeigepflicht von den bisher vier im Epidemiegesetz genannten Krankheiten (Pocken, asiatische Cholera, Flecktyphus, Pest) auf „Abdominaltyphus, Paratyphus, Scharlach, Diphtherie, epidemische Cerebrospinal-Meningitis und epidemische Poliomyelitis anterior acuta“ ausgedehnt (S. 655). Ab diesem Zeitpunkt musste jeder diagnostizierte Fall sowie jeder Verdachtsfall der Ortsgesundheitsbehörde gemeldet werden. Zu den geforderten Angaben gehörten: „Name, Geschlecht und Alter, Stand oder Beruf, Wohnort oder Herkunft, Tag der Erkrankung, die vorläufig getroffenen Massnahmen, wenn immer möglich die Ansteckungsquelle und allfällige weitere Bemerkungen“ (Bundesratsbeschluss betreffend Ausdehnung der in Art. 3 des Bundesgesetzes über Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vorgeschriebenen Anzeigepflicht, 1914, S. 655). Nachdem die Kantone im Dezember 1913 noch gebeten wurden, die Meldepflicht für Poliomyelitis einzuführen, wurden sie nun verpflichtet, entsprechende Gesetze zu erlassen (Bundesratsbeschluss betreffend Ausdehnung der in Art. 3 des Bundesgesetzes über Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vorgeschriebenen Anzeigepflicht, 1914). Mit dieser Entscheidung geriet die Poliomyelitis in den Fokus der Gesundheitspolitik, obwohl man in der Schweiz noch auf keine dramatische Zunahme der Poliomyelitis-Erkrankungen verweisen konnte. Es handelte sich also eher um eine vorsorgliche Massnahme. Das Militärdepartement, das an einer Einführung der Meldepflicht interessiert war, profitierte sicher von einem möglichst detaillierten Wissen über die Verbreitung von (übertragbaren) Erkrankungen im Land.

Die befürchtete starke Zunahme der Krankheiten blieb in den folgenden Jahren aus. Weder die Pocken, Fleckfieber noch Diphtherie schienen sich als Folge des Krieges im Land auszubreiten. Auch bezüglich des Unterleibstypus, Paratyphus, Scharlach und der Poliomyelitis gab es keine beunruhigenden Zahlen zu vermerken, selbst wenn bei diesen Krankheiten, aufgrund der erst kürzlich eingeführten Meldepflicht, noch keine Vergleichszahlen vorlagen. Lediglich die Meldungen von Genickstarre hatten sich gegenüber dem Vorjahr mit 102 Fällen mehr als verdreifacht (Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1915).

Der Bundesrat führte das Ausbleiben der Zunahme der meldepflichtigen Krankheiten nicht unbedingt auf die Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen (Anzeige, Isolation, Desinfektion) zurück, sondern vermutete eher, dass wahrscheinlich der kriegsbedingt reduzierte Verkehr mit Epidemie-Gebieten und der geringer als befürchtet ausgefallene Zustrom von Menschen aus den Kriegsgebieten dafür verantwortlich waren. Es wurde daher kein Anlass gesehen, etwas an den Massnahmen zu ändern (Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1914). Auch in den weiteren Jahren nach der Einführung der Meldepflicht kam es zu keiner sichtbaren Zunahme von Poliomyelitis-Erkrankungen (Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1917).

Der Erste Weltkrieg dauerte unterdessen weiter an und ab Beginn des Jahres 1916 übermittelte das schweizerische Gesundheitsamt täglich die eingegangenen Meldungen an die Sanitätsabteilung des Armeestabes. Der Grund war die Befürchtung, dass Soldaten entweder von der Bevölkerung infiziert werden könnten oder Truppenmitglieder, die aus Familien, Wohnungen, Wohnhäusern bzw. bestimmten Ortschaften stammten, in denen Poliomyelitis aufgetreten war, den Rest der Truppe anstecken könnten. Es war auch bekannt, dass sich Infektionskrankheiten, die in den Truppen auftraten, schnell auf die Zivilbevölkerung übertragen werden konnten. Aus diesem Grund rief der Armeearzt eindringlich dazu auf, die bestehende Meldepflicht ernst zu nehmen (Zirkular des Armeearztes an die kantonalen Sanitätsdirektionen betr. Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 21. Februar 1916, 1916). Das Erscheinen dieses Kreisschreibens sowie der Beschluss des Informationsaustauschs zwischen der Sanitätsabteilung des Armeestabes und dem Schweizerischen Gesundheitsamt im Jahr 1916 standen vermutlich in engem Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg. Die Schweiz war seit dem Kriegseintritt Italiens 1915 vollständig von kriegsführenden Ländern umgeben und brauchte jeden verfügbaren Soldaten

für den Schutz der Grenzen. Jeder Armeeangehörige, der aufgrund einer Krankheit ausfiel, fehlte zur Landesverteidigung. Daher musste unbedingt verhindert werden, dass durch Krankheitsfälle in der Armee ganze Verbände unter Quarantäne gestellt wurden. Dieser Informationsaustausch wurde auch nach dem Ende des Krieges 1918 beibehalten.

Da die geplante Totalrevision der Bundesverfassung viel Zeit in Anspruch nahm, schlug der Bundesrat Ende 1920 erneut eine Teilrevision vor. Die durch verschiedene Bundesratsbeschlüsse der Anzeigepflicht unterstellten Krankheiten sollten neu in den Verfassungstext aufgenommen werden. Das Ziel war nicht nur die Verbesserung des Meldewesens, sondern auch der erhöhten Gefahr der Einschleppung von Seuchen entgegenzutreten. Durch die Folgen des Krieges hatte sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung Europas verschlechtert und das Risiko der Ausbreitung von Krankheiten war gestiegen. Um dies zu verhindern, sollte in der Schweiz ein zentral gesteuertes, einheitliches Vorgehen eingeführt werden. Die kriegsbedingt schwierige finanzielle und politische Lage vieler europäischer Länder hatte zudem die Möglichkeiten der Krankheitsbekämpfung beeinträchtigt, wodurch sich Krankheiten schneller ausbreiten konnten. Der Bund hatte bereits begonnen, die Grenzkantone in den Massnahmen für die Seuchenabwehr zu unterstützen. Diese sollten nun in den Verfassungstext mit aufgenommen werden. Dafür brauchte es erneut einer Änderung des Artikels 69 der Bundesverfassung (Botschaft vom 3. Dezember 1920 zum Entwurf eines Gesetzes über Abänderung des Bundesgesetzes betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien).

Das neue Gesetz trat am 1. Juni 1921 in Kraft (Bundesgesetz betreffend Abänderung des Bundesgesetzes vom 2. Juli 1886 betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vom 18. Februar 1921). Die bisher aufgrund der ausserordentlichen Vollmacht des Bundesrates anzeigepflichtigen Krankheiten wurden durch die neue Gesetzeslage regulär unter Anzeigepflicht gestellt. Es wurden zwei unterschiedliche Meldearten eingeführt:

- Einzelanzeige für gemeingefährliche Krankheiten: Pocken, Cholera, Pest, Flecktyphus, epidemische Ruhr
- Sammelanzeige: Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Paratyphus, epidemische Genickstarre, akute Kinderlähmung, Encephalitis lethargica, Influenza, Malaria, Lepra, Trachom

Die meisten dieser Krankheiten unterstanden bereits vor der Teilrevision der Bundesverfassung einer eidgenössisch oder kantonale geregelten Anzeigepflicht.

Daher bedeutete dies keine grosse Änderung der bestehenden Praxis. Der Einzelanzeige unterstanden vor allem die ursprünglich im Epidemiegesetz genannten Krankheiten. Für diese galt, dass jeder einzelne Fall mit detaillierten Angaben zur erkrankten Person so schnell wie möglich der örtlichen und kantonalen Gesundheitsbehörde gemeldet werden musste. Eine Sammelanzeige wurde für jene Krankheiten eingeführt, die als endemisch galten oder deren Ansteckungspotenzial als gering eingeschätzt wurde. Der Umfang der zu meldenden Angaben war für diese kantonal geregelt. Der eidgenössischen Sanitätsbehörde musste am Ende der Woche von jedem Kanton lediglich die Anzahl der gemeldeten Fälle übermittelt werden. Die Kantone konnten auch weitere Krankheiten der Meldepflicht unterstellen. Das Eidgenössische Departement des Innern, dem das Eidgenössische Gesundheitsamt (bis 1919 Schweizerisches Gesundheitsamt) angehörte, forderte die Kantone zudem auf, auch die Angaben zu jenen Infektionskrankheiten an sie weiterzuleiten, die nur einer kantonalen Regelung unterstanden (Kreisschreiben des eidg. Departements des Innern an die kantonalen Sanitätsbehörden betr. Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 8. September 1921, 1921). Dies führte zwar zu keiner Übersicht über die schweizerische Betroffenheit, dennoch erhielt der Bund Anhaltspunkte über die Ausbreitung gewisser Krankheiten.

1923 nahmen unter anderem die Pocken- und Poliomyelitis-Erkrankungen in der Schweiz stark zu. Die kantonalen Sanitätsbehörden wurden daher aufgefordert, nun alle mittlerweile der Anzeigepflicht unterstellten Krankheiten (Cholera, Flecktyphus, Pest, epidemische Ruhr, Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Paratyphus, epidemische Genickstarre, akute Kinderlähmung, Encephalitis lethargica, Influenza, Malaria, Lepra, Trachom) per Einzelanzeige dem Eidgenössischen Gesundheitsamt zu melden. Man versprach sich davon eine genauere Übersicht über deren Auftreten (Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Neuordnung der Anzeigepflicht für ansteckende Krankheiten vom 10. Januar 1924, 1924).

In den folgenden Jahren sanken die Meldezahlen wieder und es trat eine gewisse Beruhigung ein. Im September 1927 informierte das Eidgenössische Departement des Innern die kantonalen Sanitätsbehörden, dass in einigen Ländern die Poliomyelitis epidemisch auftritt, für die Schweiz aber kein Grund zu Beunruhigung bestehe. Die Ärztinnen und Ärzte wurden bei dieser Gelegenheit erneut auf die Anzeigepflicht und die durchzuführenden Massnahmen aufmerksam gemacht (Kreisschreiben des eidgenössischen Departements des Innern an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend die epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) vom 30. September 1927, 1927).

Im Juli 1930 informierte das Eidgenössische Gesundheitsamt die kantonalen Sanitätsbehörden über das gehäufte Vorkommen von Poliomyelitis im Elsass. Es wurden zunächst keine tiefgreifenden Massnahmen an der Grenze eingeführt, da die Ansteckungskraft der Viren als gering eingeschätzt und eine Überwachung der Grenze als sehr schwierig erachtet wurde. Es konnte daher nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Fälle in die Schweiz importiert würden. Die Ärztinnen und Ärzte sollten auf diese Gefahr aufmerksam gemacht werden. Kindergruppen aus dem Elsass durften nur noch mit einer Bescheinigung einreisen, dass in der Herkunftsgegend keine Fälle aufgetreten waren, und sie mussten einige Tage medizinisch überwacht werden (Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Poliomyelitis vom 14. Juli 1930, 1930). Da die Epidemie weiter fortschritt und die Beunruhigung zunahm, wurde einen Monat später die Einreise von Kindergruppen aus dem Elsass ganz verboten. Aufgrund der kommenden Sommermonate war trotzdem mit einer Zunahme der Fälle zu rechnen und die Ärztinnen und Ärzte wurden daher erneut über die drei wichtigsten Massnahmen informiert: Anzeigepflicht, Isolierung, Desinfektion (Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Poliomyelitis vom 16. August 1930, 1930).

Das Gesundheitswesen war nicht nur durch das Epidemiegesetz in die Bekämpfung der Poliomyelitis involviert. Die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich startete 1931 aufgrund einer Zunahme der Poliomyelitis-Fälle im Kanton einen Aufruf, um mehr Rekonvaleszenten-Serum³⁵ gewinnen zu können. Dieses wurde als eines der wirksamsten Mittel gegen Kinderlähmung angesehen (Kreisschreiben der Direktion des Gesundheitswesens an die Aerzte des Kantons über die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung vom 18. August 1931, 1931). Nach dem Aufruf für die Unterstützung beim Sammeln von Rekonvaleszenten-Serum entstand am Zürcher Hygiene-Institut eine Zentrale für dessen Beschaffung. Da die Nachfrage sehr gross war, wurde die Zusammenarbeit mit weiteren Ärztinnen und Ärzten sowie Institutionen gesucht (Rundschreiben des Zürcher Hygiene-Instituts betreffend Poliomyelitis-Rekonvaleszentenserum, 1935).

Im August 1935 äusserte sich der Vorsteher des Justiz- und Polizeidepartements im Bundesrat besorgt über die Zunahme der Poliomyelitis-Fälle in Deutschland.

³⁵ Blutserum, das von Personen gewonnen wird, die von einer Infektionskrankheit genesen sind. Es enthält Antikörper gegen das jeweilige Virus und kann daher zur passiven Immunisierung genutzt werden.

Vor allem die Meldungen aus Württemberg schienen zu beunruhigen. Der Bundesrat beschloss daher auf Antrag des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, die Einreise von Kindergruppen aus Deutschland nur zu erlauben, wenn die zuständigen deutschen Behörden jeweils bestätigen, dass in der Gegend, aus der die Kinder kamen, keine Poliomyelitis-Fälle aufgetreten waren (Leimgruber, 1935, 30. August). Diese Massnahme wurde beibehalten, bis die Zahl der Fälle von Kinderlähmung in Deutschland wieder zurückgegangen war. Das Justiz- und Polizeidepartement wurde ermächtigt, die Regelung von sich aus wieder in Kraft zu setzen, falls es erneut zu einer Zunahme kommen würde (Bovet, 1937, 2. Juli). Die Vorsichtsmassnahmen bezüglich der Einreisen aus anderen Ländern betrafen stets nur Gruppen von Kindern und Jugendlichen, obwohl schon zu dieser Zeit bekannt war, dass ein grosser Teil der Erkrankten Erwachsene waren. Über die Gründe für diese Einschränkung ist nichts überliefert. Es lässt sich vermuten, dass eine Kontrolle der Einreise von Erwachsenen oder Familien einen zu grossen Aufwand dargestellt hätte und zudem negative Auswirkungen auf die Wirtschaft und den Tourismus befürchtet wurden.

In den folgenden Monaten häuften sich die Polio-Erkrankungen auch in der Schweiz. Bereits Anfang September 1935 zeigte sich das Eidgenössische Gesundheitsamt besorgt über die Zunahme der Poliomyelitis-Fälle, auch wenn noch kein epidemischer Herd ausgemacht werden konnte. Vorsorglich wurden die Ärztinnen und Ärzte deshalb erneut an die Anzeigepflicht und die weiteren Massnahmen erinnert (Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) vom 3. September 1935, 1935). Noch Anfang Juli 1936 versandte das Eidgenössische Gesundheitsamt ein weiteres Kreisschreiben, in dem es auf die Zunahme der Fälle in den letzten Jahren und zwei aktuelle epidemische Herde in Graubünden und im Thurgau hinwies. Obwohl die Sommermonate, in denen jeweils die meisten Krankheitsfälle gemeldet wurden, noch nicht erreicht waren, zeigte sich die Behörde nicht beunruhigt, sondern versuchten zu beschwichtigen:

Wir können aber feststellen, daß zur Zeit keine Gründe für die Annahme bestehen, daß wir einer Epidemie entgegen gehen und daß die Befürchtungen, die geäußert wurden und die übertriebenen Gerüchte über die gegenwärtige Ausbreitung der Krankheit, die besonders im Ausland herumgeboten werden, nicht berechtigt sind. (Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Poliomyelitis vom 9. Juli 1936, 1936, S. 247)

Ob dieses Schreiben lediglich der Beruhigung diene oder ob das Eidgenössische Gesundheitsamt tatsächlich noch keinen Grund sah, sich zu sorgen, lässt sich aus heutiger Sicht nicht mehr beurteilen. Klar ist, dass es mit seiner Aussage falsch

lag. Nur wenige Wochen später zeigte sich, dass 1936 die Schweiz von einer Epidemie von bislang unbekanntem Ausmass getroffen werden sollte.

Gegen die massive Zunahme an Poliomyelitis-Erkrankungen im Sommer 1936 schien auch die propagierte Trias Anzeige – Isolation – Desinfektion nicht zu wirken. Daher wurden verschiedene weitere Massnahmen ergriffen. So wurde zum Beispiel in den besonders stark betroffenen Gemeinden des Kanton Schaffhausens das Hausieren (Verkauf von Produkten an der Haustüre) verboten (Verfügung betreffend Verhütung der weiteren Ausbreitung der spinalen Kinderlähmung (Verbot des Hausierhandels) vom 27. August 1936, 1936) und nur wenige Tage später wurden auch die Vorschriften in Bezug auf Kinder und Jugendliche verschärft. So steht in der Verfügung betreffend Bekämpfung der Kinderlähmung vom 3. September 1936:

1. Alle Kinder, die Fieber, Halsweh, Müdigkeit, Erbrechen oder ähnliche Krankheitsercheinungen zeigen, sind dem Arzte unverzüglich zu melden und zuhause zu behalten.
2. Kindern aus solchen Häusern, in denen ein Fall von Kinderlähmung festgestellt wurde, ist jeglicher Ausgang ausserhalb des Hauses oder Gartens, sowie jegliches Zusammentreffen mit anderen Kindern verboten.
3. Wo die Schulen ganz geschlossen sind, ist den Kindern nicht gestattet, sich auf Strassen und Plätzen aufzuhalten, ebenso ist in solchen Fällen Kindern und Jugendlichen der Besuch von Badeanstalten untersagt.
4. Bei teilweiser Schließung der Schulen haben jene Kinder, die die Schule nicht besuchen dürfen, sowie ihre jugendlichen Hausgenossen jegliches Zusammentreffen mit anderen Kindern und Jugendlichen auf Strassen und Plätzen, in Badeanstalten usw. zu vermeiden.
5. Spaziergänge aus Häusern, wo Kinderlähmung nicht auftrat, der Schulbesuch aber verboten ist, sind Kindern und Jugendlichen nur in Begleitung verantwortlicher Erwachsener gestattet und nur, wenn dabei jedes Zusammentreffen mit Kindern und Jugendlichen absolut vermieden wird.
6. Erwachsene aus Häusern, in denen Kinderlähmung auftrat, haben den Verkehr mit Kindern ausserhalb ihres Hauses zu meiden und auch den Verkehr mit der übrigen Umwelt auf das dringend Notwendige einzuschränken. (Verfügung betreffend Bekämpfung der Kinderlähmung vom 3. September 1936, 1936, S. 349–350)

Der Bewegungsradius von Kindern und Jugendlichen wurde damit auf ein Minimum eingeschränkt, in der Hoffnung, so eine weitere Ausbreitung zu verhindern. Erwachsene waren von den Massnahmen weit weniger betroffen, obwohl das Risiko einer Ansteckung oder Übertragung des Virus ebenfalls gegeben war. Auch andere Kantone wie Bern und Solothurn verfassten neue Verordnungen, wie mit übertragbaren Krankheiten umgegangen werden sollte (Anzeigepflicht und Massnahmen) (z. B. Verordnung betreffend die Bekämpfung von

ansteckenden Krankheiten vom 31. Dezember 1936, 1936c, 1936a, 1936b; Verordnung über Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten vom 18. Dezember 1936, 1936a, 1936b).

Die kantonale Sanitätsdirektion von Schaffhausen verfügte weitere massive Einschränkungen. So ist in einem Dienstbefehl der Stadtpolizei vom 9. September 1936 Folgendes zu lesen:

1. Leute mit Kindern, welche in Schaffhausen ansässig sind, dürfen ihre Kinder unter keinen Umständen aus der Stadt entfernen. Ausnahmen sind nur zulässig, wenn Personen mit Kindern besuchshalber in Schaffhausen sind und in solchen Fällen nur mit einem Zeugnis des Bezirksarztes. Der Bahnhof-Vorstand Schaffhausen ist angewiesen worden, Billete an Jugendliche bis zu 16 Jahren nur auszuhändigen, wenn ein entsprechendes Zeugnis des Bezirksarztes vorhanden ist. Sinngemäss sind die eidgen. Zollorgane instruiert worden.

Erwachsene dürfen mit Kindern Ausflüge nach einem eigenen Ferienhäuschen im Randengebiet³⁶ unternehmen, dürfen aber nicht Ortschaften berühren, und nicht mit anderen Kindern in Berührung gelangen.

2. Das Hausierverbot erstreckt sich auf die Gemeinde Schaffhausen und wird in den Tagesblättern publiziert. Bereits erteilte Bewilligungen für öffentliche Kollekten (Heilsarmee) werden sofort zurückgezogen.

3. Vereinsveranstaltungen, Sportanlässe, Platzkonzerte usw. sind bis auf weiteres statthaft. Die Teilnahme an solchen Veranstaltungen ist Jugendlichen unter 16 Jahren verboten. Den Veranstaltern ist durch die Stadtpolizei im empfehlenden Sinne nahezu legen, auf solche Veranstaltungen bis auf weiteres zu verzichten. (Dienstbefehl vom 9. September 1936, StadtA SH, CII20.01.09.11)

Aus Angst, dass die Krankheit von der Stadt Schaffhausen in den restlichen Kanton bzw. die Schweiz verschleppt wird, wurde Kindern und Jugendlichen sogar verboten, die Stadt zu verlassen. Es blieb den Eltern, falls sie nicht gegen die Weisung verstossen wollten, nichts anderes übrig, als die Kinder und Jugendlichen im Haus oder der Wohnung zu behalten. Das Verbot der Teilnahme an Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren scheint aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar. Bereits zu jener Zeit war die Sinnhaftigkeit der Beschränkung solcher Massnahmen auf Kinder und Jugendliche umstritten. Die Stadtpolizei Schaffhausen wurde angehalten, die Befolgung dieser Weisung zu kontrollieren und die ausgesprochenen Wohnungs- und Hausbanne zu überprüfen.

³⁶ Der Randen ist ein Gebirge im Norden der Schweiz.

Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

An das Polizeikorps ergehen folgende Weisungen:

- a) Jugendliche bis zu 16 Jahren, welche ohne Begleitung Erwachsener auf Strassen und Plätzen betroffen [sic] werden, sind unverzüglich in ihre Wohnungen zu begleiten. Deren Eltern sind über die bestehenden Vorschriften betr. die Bekämpfung der Kinderlähmung aufzuklären und dringend aufzufordern, den behördlichen Weisungen nachzuleben. Ueber die Erledigung solcher Fälle sind kurze schriftliche Berichte einzureichen (keine Rapportformulare), Sammelberichte.
- b) Es ist soweit möglich Kontrolle auszuüben darüber, ob keine Erwachsenen unbefugterweise Kinder aus der Stadt entfernen.
- c) Ueberwachung des Hausier- und Kollekteverbotes.
- d) Ueberwachung der Befolgung des Hausbannes für die bis jetzt verseuchten Häuser:^[37] (Dienstbefehl vom 9. September 1936, StadtA SH, CII20.01.09.11)

Es wird klar, dass die Massnahmen stark in die persönliche Bewegungsfreiheit eingegriffen haben. Noch heute können in der Schweiz die kantonalen Behörden nach Artikel 32 des ‚Epidemiegesetzes‘ die medizinische Überwachung, Quarantäne, Absonderung und ärztliche Untersuchung per Zwang durchsetzen (Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz). Wie streng eine Isolierung durchgeführt wurde, wird aus dem Brief deutlich, der den Betroffenen übergeben wurde. Da dieser Brief auf eindrückliche Weise einen Einblick in das Ausmass der Einschränkungen gibt, soll er hier vollständig wiedergegeben werden.

In Ihrem Hause ist ein Fall von Kinderlähmung festgestellt worden. Demzufolge sind wir leider genötigt, zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung der Krankheit Massnahmen zu treffen, die Ihre Bewegungsfreiheit wesentlich einschränken werden, die aber im Interesse der öffentlichen Gesundheit geboten sind.

Ihre Familie wird für die Dauer von 3 Wochen, vom Erkrankungsstag an gerechnet, mit Hausbann belegt. Während dieser Zeit ist es weder Ihnen, noch Ihren Familienangehörigen noch den weiteren Hausgenossen gestattet, sich aus der von der Krankheit betroffenen Liegenschaft zu entfernen. Ebenso wenig darf irgendwer diese Liegenschaft betreten. Falls das von Ihnen bewohnte Haus in einem Garten liegt, ist es Ihnen und Ihren Familienmitgliedern selbstverständlich gestattet, sich in diesem Garten aufzuhalten. Sollten mehrere Familien das Haus bewohnen, so ist es im Interesse aller Hausbewohner streng darauf zu achten, dass jede Familie für sich bleibt. Insbesondere sollten die Kinder der verschiedenen Familien weder im Haus noch im Garten beisammen sein. Gemeinsame Spiele der Kinder verschiedener Familien, Austausch von Büchern, Spielsachen und dergl. haben zu unterbleiben.

Ihr^[38] Verkehr mit der Aussenwelt, vor allem Ihre Lebensmittelversorgung, geschieht durch einen Beauftragten der Gemeindebehörde. Dieser wird täglich zu einer bestimmten Stunde, die Sie mit ihm vereinbaren werden, bei Ihnen vorsprechen, um Ihnen das

³⁷ Aufzählung der betroffenen Familien und Häuser.

³⁸ Im Brief wechselt die Schreibweise von J zu I.

zu verschaffen, was Sie in Ihrem Haushalt brauchen. Es wird dabei angeordnet, dass Sie dem Beauftragten weder Geld noch einen Korb, noch sonstiges Geschirr mitgeben. Die Bedarfsgegenstände werden Ihnen in fremdem Geschirr ans Gartentor oder an die Haustüre gebracht (wo kein Garten besteht) und Sie haben die Waren dort, mit eigenem Korb etc. versehen, in Empfang zu nehmen unter Vermeidung gegenseitiger direkter oder indirekter Berührung.

Ihre Bezüge werden vom Lieferanten, eventl. von den Lieferanten in ein auf Ihren Namen lautendes Büchlein eingetragen und vom Ueberbringer der Waren als tatsächlich erfolgt bestätigt. Der Einfachheit halber soll wenn immer möglich vermieden werden, Bezüge bei verschiedenen Lieferanten zu machen.

Es ist selbstverständlich, dass Sie, weil am Arbeiten gehindert, einen Verdienstausschlag haben, den selbst zu tragen man Ihnen billigerweise nicht zumuten kann. Seien Sie deshalb unbesorgt. Vorläufig wird die Gemeinde für das aufkommen, was Sie benötigen und das Weitere wird geregelt werden, wenn der Hausbann liquidiert werden kann. Auf jeden Fall wird durch finanzielle Leistungen von Gemeinde und Kanton verhütet werden, dass Sie infolge des Hausbannes in finanzielle Unannehmlichkeiten kommen. Sie wurden an Ihr Haus gebannt im Interesse der Oeffentlichkeit und es ist ganz selbstverständlich, dass diese Oeffentlichkeit für die Lohneinbusse, die Sie auf sich nehmen, zu einer Gegenleistung verpflichtet ist. Die Frage, wie sich diese Gegenleistung auf die einzelnen öffentlichen oder privaten Institutionen, die herangezogen werden können verteilt, ist noch nicht geklärt, da heute ein Ueberblick über die finanziellen Folgen der gesamten Massnahmen zu Bekämpfung der Kinderlähmung noch nicht möglich ist. Wir bitten Sie aber, auf den guten Willen der Behörden in dieser Richtung zu vertrauen.

Wir sind uns darüber im Klaren, dass der über Ihr Haus verhängte Bann für Sie mancherlei Unannehmlichkeiten mit sich bringt. Ungern genug haben wir zu dieser Massnahme gegriffen. Wir waren jedoch im Interesse der Oeffentlichkeit dazu verpflichtet.

Wir ersuchen Sie dringend, sich in Ihrem eigenen Interesse, in demjenigen Ihrer Hausgenossen und der Oeffentlichkeit unseren Anordnungen zu fügen, so schwer das bisweilen fallen mag. Das Interesse der Gesamtheit verlangt strengste Disziplin. (Bührer, Weisung der Sanitätsdirektion des Kantons Schaffhausen, n.d., StadtA SH, CII27.01.03.02.15)

Ein ähnlicher Brief wurde überbracht, falls ein Wohnungsbann ausgesprochen wurde. In diesem Fall war es den Familien verboten, das Treppenhaus, den Keller oder den Estrich zu betreten. Falls in Wohnhäusern keine Möglichkeit bestand, die betroffenen Familien klar voneinander zu separieren (zum Beispiel, weil die gleiche Toilette benutzt wurde), konnten ganze Mehrfamilienhäuser unter Quarantäne gestellt werden (Weisung der Stadtpolizei Schaffhausen, 2. August 1937, StadtA SH, CII27.01.03.02.15). An der Wohnungs- oder Haustüre wurde jeweils ein polizeilicher Anschlag angebracht, der das Betreten der betreffenden Wohnung oder des betreffenden Hauses sowie den Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern untersagte (Stadtpolizei Schaffhausen, 3. August

1937, StadtA SH, CII27.01.03.02.15)³⁹. Ein Teil des Lohnausfalls der betroffenen Erwachsenen und der Desinfektionskosten wurde vom Kanton übernommen. Da die Unterstellung unter das Epidemiegesetz bisher noch nicht geschehen war, mussten die Kantone diese Ausgaben selbst tragen.

Aufgrund der Zunahme der Poliomyelitis-Fälle 1936 wurde eine kleine Anfrage an den Bundesrat herangetragen, ob die Poliomyelitis nicht der Epidemie-Gesetzgebung unterstellt werden sollte (Leimgruber, 1936, 6. November). Bisher galt für Poliomyelitis lediglich die Meldepflicht. Eine Unterstellung unter das Epidemiegesetz hätte noch eine Reihe anderer, teilweise subventionspflichtiger Massnahmen bedeutet. Der damalige Bundesrat Philipp Etter (Schweizerische Konservative Volkspartei SKVP, heute Christlichdemokratische Volkspartei CVP; Eidgenössisches Departement des Innern) zeigte sich von dieser Idee wenig begeistert. So äusserte er sich zum Wunsch der Kantone auf Unterstellung der Poliomyelitis unter das Epidemiegesetz:

Immerhin möchte ich mir hier eine Bemerkung gestatten, die dahin geht, wenn derartige Krankheiten in vermehrtem Masse auftreten, als bisher, sofort an den Bund mit Gesuchen um Beiträge heranzutreten. Ich glaube, wir sollten doch mehr und mehr dazu kommen, dass die Kantone auch Aufgaben lösen und erfüllen, ohne dass der Bund ihnen mit Beiträgen zur Seite treten muss. (Votum Etter, 1937, 9. Juni, S. 122–123)

Der Antrag der Kantone auf die Beteiligung des Bundes an den Kosten zur Bekämpfung der Poliomyelitis wurde daher abgelehnt. Im darauffolgenden Jahr versuchte das Eidgenössische Gesundheitsamt bereits Anfang des Jahres die Ärztinnen und Ärzte auf die Poliomyelitis aufmerksam zu machen, indem es ein Merkblatt veröffentlichte, in dem die verschiedenen Krankheitsbilder und -symptome dargelegt wurden sowie auf die Diagnostik, Therapie und Prophylaxe eingegangen wurde (Eidgenössisches Gesundheitsamt, Fanconi, Frey, Glanzmann & Alder, 1937). 1937 kam es erneut zu einer schweizweit grassierenden Epidemie, gegen die keine Massnahme zu helfen schien. Infolge dieser beiden Epidemie-Jahre forderten die Sanitätsbehörden verschiedener Kantone erneut, die Poliomyelitis der eidgenössischen Epidemie-Gesetzgebung zu unterwerfen. Dabei verlangten die Kantone und Gemeinden vor allem eine Kostenbeteiligung des Bundes an den bestehenden Massnahmen gegen die Ausbreitung

³⁹ Die Praxis, generell einen Haus- oder Wohnungsbann auszusprechen, wurde 1948 aufgegeben, da erkannt wurde, dass diese Massnahme nicht den gewünschten Nutzen brachte. Ein Hausbann wurde danach nur noch ausgesprochen, wenn die Poliomyelitis-Erkrankung in einem Haus oder einer Wohnung aufgetreten war, in der eine Person beruflich mit Lebensmitteln zu tun hatte (Sanitätsdirektion des Kantons Schaffhausen, 27. September 1948, StadtA SH, CII27.01.03.02.15).

der Erkrankung. Der Bundesrat stimmte dieses Mal zu, die Poliomyelitis in die Gruppe der subventionsberechtigten Erkrankungen aufzunehmen, und die Poliomyelitis wurde am 29. Dezember 1937 dem eidgenössischen Epidemiegesezt unterstellt. Das bedeutete, dass die Gemeinden und Kantone die Kosten für Massnahmen wie zum Beispiel die Desinfektion der Räume und die Erwerbsausfalls-Entschädigung der von Massnahmen betroffenen Personen teilweise vom Bund zurückfordern konnten. Im Gegensatz zu Pocken, Cholera, Pest und Flecktyphus wollte sich der Bund nicht an den Behandlungs- und Verpflegungskosten der Erkrankten beteiligen. Einerseits wäre dies aufgrund der teilweise langen und hohen Folgekosten, welche die Erkrankung mit sich bringt, ein zu hoher Betrag geworden. Andererseits wurde der Entscheid damit begründet, dass immer mehr Personen krankenversichert seien, sodass eine Subventionierung der Kosten durch den Bund als nicht mehr nötig erachtet wurde. Gleichzeitig wurden die Ausgaben der Kantone zur Beschaffung von Rekonvaleszenten-Serum ebenfalls subventionsberechtigt (Kreisschreiben des eidgenössischen Departements des Innern an die kantonalen Regierungen betreffend Unterstellung der Kinderlähmung unter das eidgenössische Epidemiegesezt vom 7. Januar 1938, 1938). Dass die Kosten für die Behandlung der Poliomyelitis nicht übernommen wurden, stellte für viele Betroffene ein grosses finanzielles Problem dar. Sie mussten daher die Unterstützung von verschiedenen Fürsorge- und Wohltätigkeitsorganisationen, Invalidenverbänden sowie der Gemeinde und der Kirche in Anspruch nehmen (z. B. Fürsorgestelle Pro Infirmis Aargau, 1945).

Auch das Militärdepartement wurde erneut verstärkt auf die Poliomyelitis aufmerksam. Der eidgenössische Oberfeldarzt Oberst P. Vollenweider konkretisierte daher diverse Massnahmen zum Schutz der Truppen in Hinblick auf die Poliomyelitis. Zum einen wiederholte er, dass Anzeigen, die das Eidgenössische Gesundheitsamt erreichten, unverzüglich an den Oberfeldarzt weitergeleitet werden müssen, welcher dann die jeweiligen Sanitätsdienstchefs informieren würde. Des Weiteren wurde Wehrmännern aus betroffenen Gebieten das Einrücken verboten, falls sie in den letzten vier Wochen Kontakt zu einer an Poliomyelitis erkrankten Person hatten. Truppen durften nicht an Orte verlegt werden, von denen gehäuft Meldungen eingetroffen waren. Ausserdem konnten Kennzeichnungen angebracht werden wie z. B. „Dieses Haus darf von Wehrmännern nicht betreten werden“ (Vollenweider, 1938 S. 151). Die Bevölkerung und die Presse wurden über diese Massnahmen nicht informiert, um wirtschaftliche Schäden und Panik zu vermeiden. So schrieb Vollenweider auch sofort eine Richtgstellung, als der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern eine Warnung veröffentlichte, die vom Besuch eines Defilees abriet (Vollenweider, 1938).

Dass die Armee sich genau in dieser Zeit wieder zum Thema der Poliomyelitis äussert, lässt sich wiederum mit der unsicheren politischen Lage der angrenzenden Ländern erklären. Wie bereits während des Ersten Weltkriegs war die Armee auf die Gesundheit ihrer Soldaten angewiesen, und grössere Ausfälle hätten zu empfindlichen Schwächen in der Verteidigung führen können.

Auch vor dem Sommer 1938 veröffentlichte das Eidgenössische Gesundheitsamt Richtlinien für die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung. Es wies wieder auf die Wichtigkeit der Anzeigepflicht hin und begründete diese unter anderem mit den schweren Folgen für die betroffenen Personen selbst sowie für die Volkswirtschaft. Als Massnahme Nummer eins wurde nun das Rekonvaleszenten-Serum aufgeführt. Neu sollten die kantonalen Sanitätsbehörden regelmässig vom Eidgenössischen Gesundheitsamt informiert werden, welche Sammelstelle Rekonvaleszenten-Serum vorrätig hat. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Spitalbehandlung eigentlich den Normalfall darstellen sollte und Verdachtsfälle konsequent isoliert und gesunde Kontaktpersonen unter Quarantäne gestellt werden müssen. Um eine Beunruhigung der Bevölkerung zu verhindern, wurde darauf hingewiesen, Mitteilungen über den Verlauf und die Ausbreitung der Kinderlähmung der zuständigen Gesundheitsbehörde zu überlassen (Richtlinien für die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung, 1938).

Am 20. April 1943 wurde das Gesetz über die Anzeigepflicht übertragbarer Krankheiten per Bundesratsbeschluss abgeändert. Die unter Anzeigepflicht gestellten Krankheiten wurden in zwei Gruppen (A und B) unterteilt⁴⁰. Die Zuteilung hatte verschiedene Auswirkungen. Die in Gruppe A⁴¹ genannten Krankheiten, darunter auch die Poliomyelitis, mussten sofort in Form einer Einzelanzeige an die kantonalen Behörden gemeldet werden. Diese waren verpflichtet, die eingegangenen Meldungen täglich dem Eidgenössischen Gesundheitsamt sowie der Abteilung für Sanität des Eidgenössischen Militärdepartements zu melden. Krankheiten der Gruppe B⁴² mussten einmal in der Woche als Sammelmeldung

⁴⁰ Am 21. Januar 1947 führte der Bundesrat als dritte meldepflichtige Gruppe (Gruppe C) Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Gonorrhö, weicher Schanker) ein (Bundesratsbeschluss über die Ergänzung des Bundesratsbeschlusses über die Anzeigepflicht für übertragbare Krankheiten vom 21. Januar 1947).

⁴¹ Gruppe A: Pocken, Cholera, Fleckfieber, Pest, epidemische Ruhr (ausgenommen E-Ruhr), Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Paratyphus, epidemische Genickstarre, akute Kinderlähmung, epidemische Gehirnentzündung, Trachom.

⁴² Gruppe B: E-Ruhr, epidemische Influenza, Malaria, Lepra, Bangsche Krankheit, Masern, Keuchhusten, Mumps, Varizellen, epidemische Leberentzündung

(Anzahl Fälle je Ortschaft) an die zuständige kantonale Behörde übermittelt werden. Diese sammelten die eingehenden Anzeigen und leiteten sie jede Woche an das Eidgenössische Gesundheitsamt weiter. Poliomyelitis behielt auch weiter ihre Sonderstellung, nach welcher sich der Bund an bestimmten Bekämpfungsmassnahmen beteiligen konnte (Bundesratsbeschluss über die Anzeigepflicht für übertragbare Krankheiten vom 20. April 1943). Bis 1952 kam es durch Bundesratsbeschlüsse immer wieder zu kleineren Anpassungen des Bundesgesetzes gegen gemeingefährliche Epidemien⁴³. Danach blieben die Gruppen der anzeigepflichtigen Krankheiten bis zur Totalrevision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Jahre 1970 stabil (Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 11. Februar 1970).

Bezüglich der zu treffenden Massnahmen bei Infektionskrankheiten entwickelte sich ab 1960 eine kritische Haltung gegenüber der Desinfektion und Isolierung im häuslichen Rahmen. Anderen Massnahmen wie Schutzimpfungen, Therapie und Sauberkeit (individuell und Umgebung) wurde nun eine viel höhere Bedeutung beigemessen. Schär (1960) schrieb, dass vor allem bei Poliomyelitis aufgrund der vielen gesunden Keimträger der Nutzen verschiedener Massnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung sehr gering war.

Auch die bisher in den Schulen getroffenen Massnahmen (Schulabschluss, Klassenschliessung etc.) wurden vom Leiter des zürcherischen schulärztlichen Dienstes kritisch diskutiert und die bisherigen Reihenuntersuchungen bezüglich Diphtherie, Tuberkulose etc. scheinen an Wert verloren zu haben. Die Impfungen wurden mit Ausnahme der Polio-Impfung in die Hände praktischer Ärzte gegeben (Bodmer, 1965).

Bis in die 1950er Jahre kannte man kaum wirksame Massnahmen, um eine Infektion oder den Ausbruch der Poliomyelitis zu verhindern. Meldung, Isolation und Desinfektion, sowie später die Verabreichung von Rekonvaleszenten-Serum blieben die einzigen Interventionen, von denen man sich wenigstens eine gewisse Wirkung versprach. Es war bereits bekannt, dass verschiedene Laboratorien an

⁴³ Zum Beispiel: Bundesratsbeschluss über die Anwendung des Bundesgesetzes betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien auf andere übertragbare Krankheiten vom 22. April 1947; Reglement über die Ausrichtung von Bundesbeiträgen an Kantone und Gemeinden für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 22. April 1947; Bundesratsbeschluss betreffend die Ergänzung des Bundesratsbeschlusses über die Anzeigepflicht für übertragbare Krankheiten vom 13. Mai 1952, 1952.

der Entwicklung eines Impfstoffes arbeiteten, und so war man gespannt, als in den USA eine grosse Pressekonferenz angekündigt wurde.

6.1.2 Impfung und öffentliche Impfaktionen

Am Dienstag, den 12. April 1955, traten Dr. Jonas E. Salk und Dr. Thomas Francis in Ann Arbor (Michigan, USA) vor viele interessierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie die versammelte Presse und berichteten über den Erfolg ihrer Impfversuche. Diese Information verbreitete sich wie ein Lauffeuer. So berichtete auch die Neue Zürcher Zeitung (NZZ) am 13. April 1955, dass ein wirksamer Impfstoff gegen Poliomyelitis gefunden worden sei (United Press, 1955). In der Mittagsausgabe wurde weiter informiert und mitgeteilt, dass sechs Firmen die Genehmigung für die Produktion des Impfstoffes für den kommerziellen Gebrauch bekommen hätten (Imhoof, 1955). Einige der beteiligten Firmen (Parke Davis, Merck und Charles Pfizer) erfuhren bereits eine Kurssteigerung (o.V., 1955a). Auch in anderen Ländern wurde daran gearbeitet, einen Impfstoff zu entwickeln. Im Pasteur-Institut in Paris war man kurz vor der industriellen Herstellung (Caratsch, 1955) und auch in England und Deutschland scheinen Vakzinen kurz vor der Zulassung gestanden zu haben (ag, 1955a).

Der Tag der Pressekonferenz vom 12. April 1955 war sicher nicht zufällig gewählt worden: Es handelte sich um den 10. Todestag des amerikanischen Präsidenten Franklin Delano Roosevelts, der sich aufgrund seiner eigenen Erkrankung (Diagnose heute umstritten) stark für die Erforschung der Poliomyelitis eingesetzt hatte.

Bereits Mitte Mai kam die Reportage ‚Dr. Salk siegt über die Kinderlähmung‘ in die Schweizer Kinos, in der Salk als Held gefeiert wurde (z. B. Kinoprogramm, 1955). Die Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis zeigte sich in ihrer Stellungnahme zurückhaltend optimistisch und wollte vorerst noch den genauen Forschungsbericht abwarten. Zudem wies sie auf diverse noch offene Fragen hin, wie die Schutzdauer, die Langzeitbeobachtungen oder die Nebenwirkungen. Die Vereinigung plädierte für Geduld und Vorsicht (ag, 1955b). Die Nachricht über die Entdeckung eines wirksamen Impfstoffes wurde auch vom schweizerischen Nationalrat positiv, aber kritisch aufgenommen. Es wurde darauf hingewiesen, dass nichts überstürzt werden und der neue Impfstoff mit Vorsicht angewendet werden sollte (Voten Spühler, Freimüller, Schmid & Etter, 1955, 22. Juni). In den Wochen nach der amerikanischen Pressekonferenz berieten sich verschiedene Kantone bereits über die Verwendung des Impfstoffes (z. B. ag, 1955d, 1955c).

Am 23. August 1956, also über ein Jahr nach der Pressekonferenz, wurde das Impferum vom amerikanischen Handelsdepartement für den Export freigegeben. Damit ein Land überhaupt eine Impfcharge erhielt, musste es bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Einerseits musste es eine hohe Poliomyelitis-Morbidität sowie ein staatliches Impfprogramm ausweisen. Andererseits wurden die Länder verpflichtet, den Impfstoff nur in öffentlichen Impfkationen an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren abzugeben. Da die Schweiz zu den stark betroffenen Ländern gehörte und auch die anderen Bedingungen erfüllte, wurde sie mit dem Impfstoff beliefert (Schär, 1958).

Bis die Impfdosen verwendet werden konnten, mussten sie verschiedene Hürden nehmen. Die Impferen wurden in einem ersten Schritt von den Herstellern auf Unschädlichkeit und Wirksamkeit geprüft und danach an das amerikanische Bundesgesundheitsamt gesandt, das erneut Kontrollen vornahm. Erst danach wurde der Impfstoff für die Verwendung in den USA und den Export freigegeben. In der Schweiz wurde dann der Impfstoff, bevor er für den Gebrauch freigegeben wurde, von den Serum- und Impfkonsultstellen des Eidgenössischen Gesundheitsamtes getestet (Interpellation Bachmann, 1957, 13. März).

Leider misslang der Versuch, die erste Impfkation im Frühjahr 1956 durchzuführen, da die Herstellungsländer die Impfstoffe noch vollkommen für inländische Impfkationen benötigten (o.V., 1956b). Am 12. Oktober 1956 kurz nach 21 Uhr landete dann endlich das Kursflugzeug der Swissair (ehemalige Schweizer Fluggesellschaft) mit der ersten Charge des Impfstoffes in Kloten (Kanton Zürich). Die Schweiz war nun als erstes westeuropäisches Land im Besitz des Impferums, das für rund 15'000 Impfungen reichte. Bald sollten noch weitere Lieferungen eintreffen (vm, 1956). Nun begannen verschiedene Kantone mit der konkreten Planung von Impfkationen sowie Überlegungen zur Kostenübernahme. Die ersten Impfungen konnten bereits am Jahresende durchgeführt werden (z. B. ag, 1956; Hart, 1956).

Schon im Frühjahr 1957 mussten die Impfkationen kurzzeitig unterbrochen werden, da die amerikanischen Behörden eine Sperre der Exportlizenzen für den Impfstoff verfügten (o.V., 1957b). Bis am 13. März 1957 konnten dennoch 1'200 Liter Impferen importiert und davon rund 600'000 Kinder zweimal geimpft werden. Da nur eine limitierte Menge an Impfstoff zur Verfügung stand, konnten in dieser ersten Phase nur die Sechs- bis Zehnjährigen geimpft werden. Da die USA zu diesem Zeitpunkt noch immer die einzige Bezugsquelle für den Impfstoff waren, konnten die Impfungen nicht beliebig schnell für weitere Altersgruppen freigegeben werden. Um die vorhandenen Seren in Zukunft noch effektiver einsetzen zu können, wurden der Durchseuchungsgrad (Prozentsatz

der Bevölkerung mit Antikörpern im Blut) der Bevölkerung erhoben (Interpellation Bachmann, 1957, 13. März). Der Bund beteiligte sich an den Kosten der Kantone und Gemeinden für die Impfstoffabgabe sowie der Immunitätsabklärung (Bundesratsbeschluss über die Bundesbeiträge an Untersuchungen über die Immunität und an die Impfungen gegen Kinderlähmung vom 21. Dezember 1956, 1956). Im Laufe des Jahres 1957 erhielt die Schweiz von den USA die Bewilligung, die Impfung auch für Erwachsene bis zum 30. Lebensjahr anzubieten. Erst Anfang 1958 war auch die Abgabe auf handelsüblichen Wegen erlaubt (Schär, 1958).

In der Schweiz konnte 1957 mit der Produktion eigener Impfstoffe begonnen werden. So standen bis zum 9. November 1957 2'400 Liter Impfstoff zur Verfügung. Insgesamt wurden 1957 in der Schweiz 6'480'000 Franken für die Poliomyelitis-Impfungen ausgegeben. Darin enthalten waren die Kosten für den Impfstoff von 2.50 Franken pro Milliliter Impfstoff sowie die Ausgaben für den Impfarzt, der 2.00 Franken pro Impfung bekam. Da der Bund sich nur mit 30% beteiligte und nicht alle Kantone die Kosten für den Impfarzt übernahmen (und somit nicht subventionsberechtigt waren), betrugen die Mehrkosten nicht ganz zwei Millionen Franken – im Vergleich zu den Ausgaben für die Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten von total 187'000 Franken im Jahre 1957 dennoch ein sehr hoher Betrag. Ende Oktober 1957 konnten so 300'000 Personen zweimal und 500'000 Personen dreimal geimpft werden. Schätzungsweise 90% davon waren Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Die Auswirkungen der Impfkationen zeigten sich schon im selben Jahr. Es erkrankten vor allem noch über 20-jährige Personen und die Zahl der Neuerkrankungen nahm stark ab (Tschumi, 1957, 16. Dezember).

Die Erfolge der Poliomyelitis-Impfung verführten auch zu betrügerischen Aktionen, wie ein Gerichtsfall im Jahre 1957/1958 zeigt. Am 12. Oktober 1957 wurde in Zürich eine Frau verhaftet, die angegeben hatte, Salk-Impfstoff von einer Zürcher Firma zu beziehen und nach Jugoslawien sowie in die Sowjetunion zu exportieren. Sie versprach den potenziellen Geschäftspartnerinnen und -partnern grosse Gewinne, falls diese sich an ihrem Geschäftsmodell finanziell beteiligen würden (o.V., 1957c, 1957d). Die junge Frau wurde wegen gewerbsmässigen Betruges in der Höhe von 3'168'600 Franken und versuchten Betruges in der Höhe von 1'230'000 Franken, Urkundenfälschung sowie Anstiftung zu dieser zu einer Gefängnisstrafe von fünf Jahren und 150 Franken Busse verurteilt (o.V., 1958). Trotz der Erfolge der Impfung von Salk (IPV) forschte man weiter an einem attenuierten Serum. Von diesem versprach man sich einen besseren und länger anhaltenden Schutz (Brunner, 1960). Bereits 1958 und 1959 wurden in der Schweiz

75'000 Probeimpfungen mit Lebendimpfstoffen (Koprowski, Cox und Sabin) durchgeführt. Diese sollten freigegeben werden, sofern sie den Mindestanforderungen der Kontrollstelle für Seren und Impfstoffe des Eidgenössischen Gesundheitsamtes entsprechen würden (Eidgenössisches Gesundheitsamt, 1960).

Bis Ende 1959 konnten in der Schweiz 1.5 Millionen Personen dreimal mit einem Salk-Impfstoff geimpft werden (Eidgenössisches Gesundheitsamt, 1961). Mit der Einführung der Impfung gegen Poliomyelitis in der Schweiz wurden die Sammelstellen für Rekonvaleszenten-Serum überflüssig. Die Unterstützung durch den Bund wurde daher per Bundesratsbeschluss am 6. Mai 1960 aufgehoben (Bundesratsbeschluss über die Änderung des Reglements über die Ausrichtung von Bundesbeiträgen an Kantone und Gemeinden für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 6. Mai 1960).

Neben der IPV erlangte die OPV immer mehr an Bedeutung. 1961 wurden zwischen Januar und Oktober 300'000 Personen mit dem Impfstoff nach Koprowski und 43'000 mit jenem nach Sabin geimpft. Eine Impfung mit diesem damals noch neuartigen Impfstoff kostete ca. 55 Rappen, war also um einiges günstiger als die IPV (Eidgenössisches Gesundheitsamt, 1961). Die Schweizerische Vereinigung gegen Poliomyelitis empfahl aufgrund der guten Versuchsergebnisse die Umstellung auf den oralen Impfstoff (Abb. 7) (Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis, 1961).

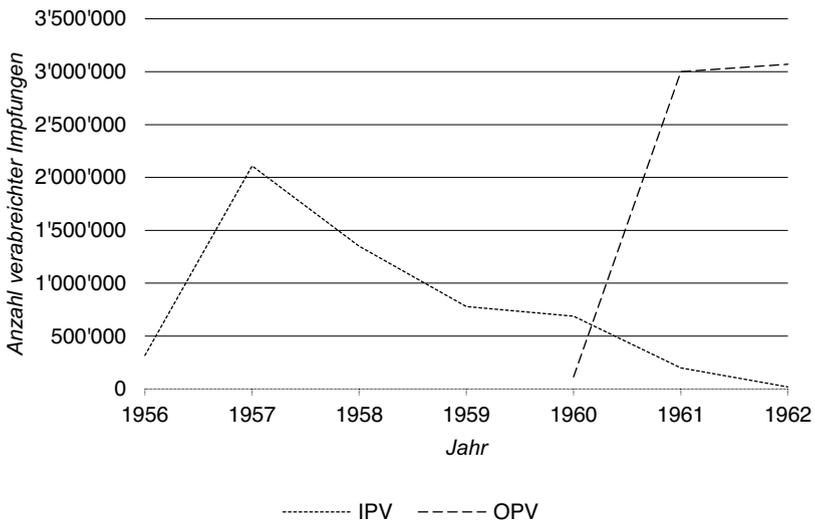


Abb. 7: Wechsel von IPV zu OPV (Fleury, 1963 S. 176)



Abb. 8: Impfkampagne Deutschland (mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Grünen Kreuzes e. V)

Im Kanton Zürich fanden im Dezember 1961 die ersten öffentlichen Impfkationen mit dem Schluckimpfstoff statt. Dabei liessen sich 50% der Bevölkerung impfen (90% der Kinder). Da man mit einer so hohen Nachfrage nicht gerechnet hatte, kam es vorübergehend zu Schwierigkeiten in der Impfstoffversorgung sowie zu einer Überlastung der Impfstellen (o.V., 1961b). Der vollständige Wechsel von der IPV zur OPV vollzog sich innerhalb kurzer Zeit. Nach Einführung der Salk-Vakzine nahm die Anzahl der Impfungen, nach einer Spitze 1957, schnell wieder ab. Zu einer ungleich grösseren Zunahme an ausgegebenen Impfstoffen führte die ab 1960 verfügbare OPV (Fleury, 1963).

1961/1962 konnten im Rahmen einer grossen Impfkation in den Schulen der Stadt Zürich 88% der Kinder geimpft werden. Mit den durch praktische Ärzte durchgeführten Impfungen ergab sich eine Durchimpfungsrate der Zürcher Kinder von über 95%. Im Gegensatz dazu erreichte man mit anderen öffentlichen Impfkationen lediglich 30% (Bodmer, 1965).

In der Schweiz haben im Gegensatz zum Ausland im untersuchten Zeitraum keine grossen Impfkampagnen für Poliomyelitis stattgefunden. Während in der Bundesrepublik Deutschland zum Beispiel mit Plakaten mit dem Slogan „Schluckimpfung ist süss, Kinderlähmung ist grausam“ für die Impfung geworben wurde (Abb. 8, S. 152) und auch in den USA gross angelegte Kampagnen für die Poliomyelitis-Impfung stattfanden, behandelte man dieses Thema in der Schweiz nüchterner.

Die Schweizer Behörden informierten die Bevölkerung zwar ebenfalls über die verfügbare Impfung, jedoch geschah dies nicht über gross angelegte Kampagnen (Perrin-Michon, 1986). Die Behörden des Kantons Waadt machten in einem nüchternen Inserat bereits 1956 die Bevölkerung darauf aufmerksam, dass bald eine Poliomyelitis-Impfung verfügbar sein würde (Abb. 9, S. 154). Spätestens ab 1963 wurde in Zürich die Stadtbevölkerung durch Inserate auf bevorstehende Impfkationen aufmerksam gemacht (Stadtärztlicher Dienst Zürich, 1963). Diese Inserate der Stadt Zürich warben aber nicht mit eindringlichen Slogans für die Impfung, sondern machten lediglich darauf aufmerksam, wo und wann die nächsten Impfkationen stattfanden (Abb. 10, S. 155).

Zunächst blieben die Informations- und Impfkampagnen eine kantonale Angelegenheit. Erst ab 1975 wurde die erwachsene Bevölkerung der Schweiz alle fünf Jahre aufgefordert, sich impfen zu lassen. Dabei handelte es sich vor allem um eine zeitliche Gleichschaltung der verschiedenen kantonalen Impfkationen. Kinder waren in den meisten Kantonen nicht Teil dieser Kampagnen, da diese entweder vom Kinderarzt oder vom Schularzt geimpft wurden. Das Ziel war die Auffrischung des Impfschutzes der Erwachsenen. Erst im Jahr 1985 wurde eine

grosse, nationale Informationskampagne gestartet, die einige Wochen vor den kantonalen Impfkampagnen stattfand und für die auch die Massenmedien (Zeitungen, Radio, Plakate, Fernsehspots) als Verbreitungsmedium verwendet wurden (Perrin-Michon, 1986). Die zweite, für das Jahr 1990 geplante nationale Informations- und Impfkampagne fand bereits nicht mehr statt. 1989 entschied sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG), auf nationale Poliomyelitis-Impfkampagnen zu verzichten. Gründe dafür waren die hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung, finanzielle Erwägungen und die Probleme der OPV bei HIV-infizierten Personen (Bräm-Leemann, 1989).

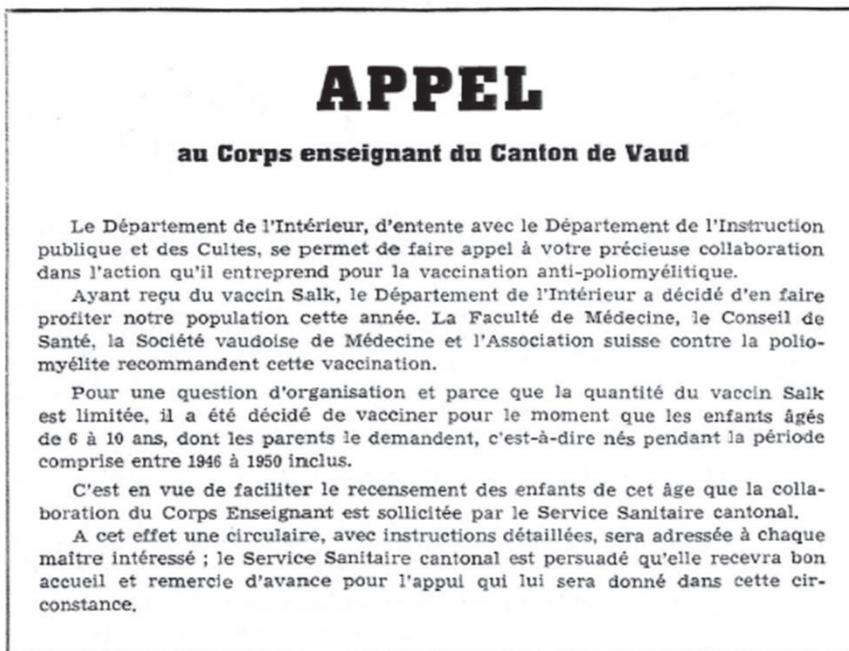


Abb. 9: Bekanntmachung Kanton Waadt (Département de l'Intérieur & Département de l'Instruction publique et des Cultes, 1956, S. 837)

Sieg über die Kinderlähmung!

Die jüngste Vergangenheit hat ein eindrückliches Beispiel dafür gegeben, wie eine gefährliche Ansteckungskrankheit sich schlagartig ausbreiten kann, wenn ein wirksames Impfverfahren noch fehlt. Glücklicherweise verfügen wir bei der heimtückischen Kinderlähmung über einen sicheren und dauerhaften Schutz durch die orale Impfung nach Sabin. In Fortsetzung der freiwilligen Impfkaktion wird vom

16. bis 26. April

In der herkömmlichen Weise (zwei Tropfen auf einen Zucker) der Mischimpfstoff der Typen 1, 2 und 3 und ein solcher der Typen 1, 2 und 3 an folgenden Orten unentgeltlich verabreicht:

Städtische Schirmbildzentrale, Amtshaus 3, Eingang Lindenhofstraße, Zürich 1:
Dienstag bis Freitag 17.30–21.00 Uhr

Schulhaus Liguster, Ligusterstraße 20, Zürich 11:
Dienstag bis Freitag 17.30–21.00 Uhr

Städtische Poliklinik, Herman Greulich-Straße 70, Zürich 4:
Dienstag bis Freitag 14.00–18.00 Uhr

Poliklinik des Kinderspitals, Steinwiesstraße 75, Zürich 7:
Dienstag bis Freitag 9.00–11.00 Uhr und 14.30–18.30 Uhr

Medizinische Poliklinik des Kantonsspitals, Rämistraße 100, Zürich 6:
Donnerstag, 18., und Freitag, 19. April, sowie Dienstag, 23., Donnerstag, 25., und Freitag, 26. April, jeweils von 15.00–17.00 Uhr

Gegen persönliche Entschädigung für ärztliche Leistung kann man sich nach Wunsch auch beim Privatarzt impfen lassen.

Der Mischimpfstoff der Typen 2 und 3 ist für Erstimpfungen bestimmt, der Mischimpfstoff der Typen 1, 2 und 3 für die Wiederimpfung von Personen, die bereits einmal oral geimpft worden sind und eine Verstärkung des Impfschutzes wünschen. Wer sich jetzt impft, schützt sich rechtzeitig vor der jeweils in den warmen Sommermonaten auftretenden Gefährdung.

Städtärztlicher Dienst Zürich

Abb. 10: Impfkaktion Stadt Zürich 1963 (Städtärztlicher Dienst Zürich, 1963)

6.1.3 Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis

Die stark zunehmende Ausbreitung der Poliomyelitis im 20. Jahrhundert weckte das Interesse an einem internationalen Austausch des Wissens. Dies führte dazu, dass in Europa ab 1948 regelmässig internationale Poliomyelitis-Konferenzen veranstaltet wurden. Diese hatten zum Ziel, „die Voraussetzungen einer fruchtbareren Zusammenarbeit der an der Bekämpfung dieser Geissel interessierten wissenschaftlichen Kreise der einzelnen Länder auf zwischenstaatlicher Grundlage zu schaffen“ (Weber, 22. August 1952. Sitzung des Schweizerischen Bundesrates. Auszug aus dem Protokoll, BAR, E3300C#1000/766#428, S. 1). An der zweiten Konferenz, die am 2. Juni 1950 in Amsterdam stattfand, wurde das Bedürfnis geäußert, eine europäische Vereinigung im Kampf gegen die Poliomyelitis zu

gründen, da die National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP) ein „zu starkes Uebergewicht ausübte“ (Weber, a. a. O., S. 2). Bereits am 1. Mai 1951 wurde mit dem Einverständnis der WHO die Association européenne contre la Poliomyélite mit Sitz in Brüssel gegründet. Das Ziel war, zusammen mit der NFIP eine Weltunion zu bilden, in der beide Organisationen gleichberechtigt sein sollten (Weber, 22. August 1952. Sitzung des Schweizerischen Bundesrates. Auszug aus dem Protokoll, BAR, E3300C#1000/766#428).

Die Länder, die der Vereinigung beitreten wollten, sollten eine nationale Vereinigung gegen die Poliomyelitis gründen. Die Schweizerische Gesellschaft für innere Medizin erklärte sich bereit, in ihrer Gesellschaft eine solche Untergruppe zu schaffen. Da dies erst auf das Jahr 1953 möglich war und die europäische Vereinigung am 25. Oktober 1952 die Aufnahmegesuche bearbeiten wollte, wurde zur Überbrückung das Bundesamt für Gesundheit als Anlaufstelle eingetragen (ebd.).

Am 22. Mai 1954 konnte schliesslich das Schweizerische Nationale Komitee für die Bekämpfung der Poliomyelitis gegründet werden, das kurz darauf in Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis umbenannt wurde. Statt wie geplant als Untergruppe der Schweizerischen Gesellschaft für innere Medizin konstituierte sie sich als selbstständiger Verein. Der Zweck der Vereinigung war „die Zusammenfassung der Bestrebungen zur Erforschung und Bekämpfung der Poliomyelitis und ihrer Folgen in der Schweiz, sowie deren Vertretung auf internationalem Gebiet“ (Handschin, 17.01.1955, BAR, E3300C#1000/766#428, S. 2). Dieses Ziel sollte durch „Vorträge, Veröffentlichungen in der Tages- und Fachpresse, eigene Publikationen sowie andere geeignete Veranstaltungen“ erreicht werden (Eidgenössisches Departement des Innern, 17. Dezember 1954, BAR, E3300C#1000/766#428). Weiter sollten zum Tätigkeitsbereich die finanzielle Unterstützung der Forschung, die Vermittlung medizinischer Apparate sowie individueller Hilfsmittel, die Spezialausbildung von medizinischem Personal und die Koordination aller Bestrebungen zur Bekämpfung der Poliomyelitis gehören (Handschin, 17.01.1955, BAR, E3300C#1000/766#428).

Das Präsidium übernahm Prof. Dr. Otto Gsell, Direktor der medizinischen Poliklinik der Universität Basel. Vizepräsidenten waren Prof. Dr. Guido Fanconi und Nationalrat Karl Wick aus Luzern. Herr Dr. Paul Vollenweider vom Eidgenössischen Gesundheitsamt hatte das Amt des Generalsekretärs und Quästors inne. Neben Ärzten verschiedener Fachgebiete waren auch Delegierte verschiedener Vereinigungen im Vorstand vertreten, so unter anderem der Schweizerische Verband für die erweiterte Krankenversicherung, die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Wiedereingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft und das

Konkordat Schweizerischer Krankenkassen. Die Vorstandsstellen der Pro Juventute und des Schweizerischen Roten Kreuzes blieben noch vakant (Handschin, 17.01.1955, BAR, E3300C#1000/766#428). Da auch die Nachbehandlung im Fokus stand, sollte es zu einer engen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Pro Infirmis kommen (Eidgenössisches Gesundheitsamt, 1954).

Bereits wenige Wochen nach der Gründung wurden die ersten Kurse für die Behandlung im akuten Stadium organisiert (Eidgenössisches Gesundheitsamt, 1954). Eine Spende von Pro Juventute über 90'000 Franken ermöglichte zudem die Anschaffung von Beatmungsgeräten (Handschin, 17.01.1955, BAR, E3300C#1000/766#428). Die Vereinigung besass 1960 acht Beatmungsgeräte, die sie an verschiedene Kliniken verleihen konnte (Verzeichnis der Beatmungsapparate der schweizerischen Spitäler (Stand Anfang April 1960), BAR, E3300C#1988/33#77*).

Die Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis war eine Organisation, die sich fast 15 Jahre mit Vertretern aus den verschiedenen wichtigen involvierten Bereichen des Gesundheits-, Fürsorge- und Versicherungswesens der Bekämpfung der Poliomyelitis und ihrer Folgen widmete. Bereits 1971 wurde sie aufgelöst, da durch die starke Abnahme der Poliomyelitis-Fälle ihr Ziel als erreicht angesehen wurde (Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis, 1971).

6.2 Gesundheitswesen: Die Behandlung und die Kliniken

Die Behandlung der akuten Poliomyelitis ist noch heute sehr schwierig und beschränkt sich praktisch darauf, Symptome zu lindern. In der Geschichte wurden verschiedene therapeutische Ansätze ausprobiert, die sich allesamt als relativ erfolglos herausstellten. Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die verschiedenen therapeutischen Ansätze zur Behandlung der unterschiedlichen Krankheitsphasen. Nach einem Exkurs in die Geschichte der Beatmungs- und Intensivmedizin, die eng mit der Poliomyelitis verknüpft ist, werden die Auswirkungen der Epidemien auf die Kinderkliniken und orthopädischen Anstalten dargelegt.

1950 standen fünf grosse Kinderkliniken in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich zur Verfügung. Für länger dauernde orthopädische Behandlungen kamen Kinder und Jugendliche aus der ganzen Schweiz vor allem in die Anstalt Balgrist sowie das Hospice orthopédique de la Suisse romande. Daneben standen noch verschiedene weitere, kleinere Kliniken und Institutionen wie die Schulthess-Klinik in Zürich oder das Kinderheim Giuvaulta in Rothenbrunnen zur Verfügung.

Die Auswirkungen der Epidemien auf die Kliniken werden exemplarisch am Kinderspital Zürich, dem Jenner-Kinderspital in Bern, dem Basler Kinderspital sowie dem Hospice orthopédique in Lausanne und der Anstalt Balgrist dargestellt.

6.2.1 Behandlung der Poliomyelitis im Wandel

Die medizinische und therapeutische Behandlung der Poliomyelitis erfuhr über die Jahrzehnte einen steten Wandel. Dies ist in Anbetracht der Länge des untersuchten Zeitraums keine Überraschung. Viele Behandlungsmethoden stellten sich als unwirksam heraus und die Forschung lenkte den Fokus auf neue Bereiche. Während zunächst aufgrund der wenigen Fälle kaum Erfahrungen in der Behandlung gesammelt werden konnten, änderte sich dies mit den Epidemien. Die Konfrontation mit vielen Erkrankten erlaubte es, verschiedene Methoden auszuprobieren und deren Wirkung zu beobachten. Dies führte auch dazu, dass sich zunächst stark propagierte Vorgehensweisen als Irrtum herausstellten und die Empfehlungen geändert wurden. Hedwig Fritz hat in ihrer Dissertation ‚Geschichtlicher Überblick über die Behandlung der Poliomyelitis anterior acuta im akuten Stadium‘ aus dem Jahre 1957 das Thema sehr breit aufgearbeitet. Die Ausführungen über die Behandlung der akuten Poliomyelitis beziehen sich daher zu einem grossen Teil auf diese Publikation.

Bis ins 19. Jahrhundert lag der Fokus auf der Behandlung der Lähmungszustände und deren Folgen. Erste Versuche mit Abführmitteln, Schröpfen zur Stimulierung der Nerven, Blasenpflastern entlang der Wirbelsäule, kalten Kopfumschlägen, Breiwickeln, Aderlass oder Strychnin blieben ohne Erfolg. Heine (vgl. Kap. 5.1) empfahl die Stimulierung des Rückenmarks durch äusserliche und innerliche Anwendung von Strychnin, Einreiben der Extremitäten mit bestimmten Mitteln, warme Bäder, Massagen, operative Durchtrennung der Sehnen, Extensions- und Stützapparate sowie Gymnastikübungen und gute Ernährung. Zur Hebung der allgemeinen Gesundheit sollten Schlambäder, Kräftigungsmittel und Lebertran beitragen (Fritz, 1957).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts kam auch die akute Erkrankungsphase in den Fokus des Interesses. Versuche mit Senfwickel und -bädern, Schröpfen entlang der Wirbelsäule oder Auftragen von Jodtinkturen oder Quecksilbersalben zeigten wenig oder keine Wirkung. Für die Nachbehandlung wurde weiterhin die innerliche und äusserliche Anwendung von Strychnin, verschiedene Elektrotherapien, Gymnastik, Massagen und Hydrotherapie empfohlen. Erste Versuche der

medikamentösen Prävention mit Urotropin wurden 1887 begonnen, dessen Wirkungslosigkeit wurde 1934 nachgewiesen (Fritz, 1957).

In den Jahren 1910 bis 1920 wurden vor allem physikalische Therapien des akuten Stadiums diskutiert. Neben der vollkommenen Ruhigstellung des Körpers für bis zu sechs Monate und einer korrekten Lagerung wurden Wärmebehandlungen, Elektrotherapie und Bäder, die später durch Massagen, Gymnastik ergänzt werden sollen, empfohlen (Fritz, 1957). Daneben versuchte man mit verschiedenen Arten von Blutseren (z. B. Rekonvaleszenten-Serum, Bluttransfusionen, Rekonvaleszenten-Liquor-Therapie und andere Poliomyelitis-Heilsera) eine Besserung zu erzielen oder diese zur Prävention einzusetzen. Die Serumtherapie rückte bis in die 1930er Jahre immer stärker in den Vordergrund, ihre Wirkung blieb umstritten (Fanconi, 1945; Fritz, 1957). Mit verschiedenen, teilweise neuen Mitteln wurde angestrebt, das Rückenmark selbst zu beeinflussen. Dies sollte, neben der Anwendung verschiedener Substanzen zur äusserlichen Anwendung, mit Röntgenbestrahlung und wiederholten Lumbalpunktionen zur Entlastung des Rückenmarks erreicht werden. Ausserdem wurde mit verschiedensten Medikamenten versucht eine Besserung der Lähmungen, insbesondere der Atemlähmungen zu erreichen (Fritz, 1957).

Nachdem die physikalischen Therapien durch die Serumtherapie ergänzt worden waren, kamen Ende der 1930er Jahre medikamentöse Therapien und die Behandlung nach Sister Kenny auf. Mit der Verabreichung verschiedener Substanzen (z. B. Sulfanilamid, Kalium chloricum, Urotropin, Vitamin B1, Vitamin C, Vitamin E) wurde versucht, die akute Erkrankung zu behandeln (Fritz, 1957). Die Methode von Sister Kenny, die zunächst neben den üblichen Massnahmen wie der Lumbalpunktion, Rekonvaleszentsera und Sedativa in einer korrekten Lagerung mit Sandsäcken und Tüchern, einer Hydrotherapie (Bäder und Wechselduschen) und in einer späteren Phase der Erkrankung aus passiven Bewegungen bestand, fand immer mehr Beachtung und erfuhr gleichzeitig viel Kritik⁴⁴. Später ersetzte sie die Wechselduschen durch heisse Packungen. Die Empfehlungen von Kenny waren zwar nicht neu, sie forderte aber eine viel intensivere Anwendung, als dies bisher gemacht wurde (Fritz, 1957).

Den Schmerzen und Muskelspasmen wurde versucht, medikamentös und durch Bindegewebsmassagen entgegenzuwirken. Das Virus mittels verschiedener

⁴⁴ Mehr zu Sister Kenny, der Behandlungsmethode und Kritik in: Rogers, N. (2014). *Polio wars: Sister Elizabeth Kenny and the golden age of American medicine*. New York: Oxford University Press.

Wirkstoffe unschädlich zu machen blieb dagegen ohne Erfolg. Die Serumtherapie erlebte 1945 mit der Entdeckung der Gamma-Globulinen kurzfristig einen erneuten Aufschwung. Deren Unwirksamkeit wurde 1953 nachgewiesen und in der Folge nicht mehr verwendet (Fritz, 1957). Neben der frühzeitigen Mobilisierung, guten Lagerung, warmen Bädern (ausser bei Lähmungen des Zwerchfells oder der Interkostalmuskulatur) und Massagen standen ab den 1940er Jahren auch Bäder- und vor allem Bewegungstherapien im Vordergrund (Fanconi, 1945).

Zur Behandlung von Atemschwierigkeiten standen in der Schweiz für die Langzeitbeatmung ca. ab den 1930er Jahren verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Dazu gehörten der Biomotor, die dänische Wippe sowie später die Eisernen Lunge. Beim Biomotor handelte es sich um eine Art Brustpanzer, der um den Rumpf einer Person angelegt wurde und mittels Unter- und Überdruck im Wechsel einen Atemrhythmus erzeugte. Die dänische Wippe war hingegen ein kippbares Bett, auf dem die Patientin oder der Patient an Füßen und Schultern befestigt wurde. Durch Kippbewegungen wurden der Kopf und die Füße im Wechsel tiefer gelegt. Dies führte dazu, dass sich das Zwerchfell passiv bewegte und dadurch eine oberflächliche Atmung erzeugt werden konnte. Diese Art der Beatmung eignete sich nur für eine kurzfristige Überbrückung von Atemschwierigkeiten. Die Eisernen Lunge (Abb. 11, S. 161) war das gebräuchlichste Gerät. Die betroffene Person wurde in den etwa zwei Meter langen Apparat gelegt, sodass nur noch der Kopf herausragte. Damit das Innere gegen aussen abgedichtet war, wurde am Hals ein luftdichter Verschluss angebracht. Nun war es möglich, durch Variation des Druckes eine rhythmische Ausdehnung und Kompression des Thorax und Bauches zu bewirken. Dies führte dazu, dass Luft in den Körper gesogen und herausgepresst wurde. Die beatmete Person war dadurch für jede Tätigkeit vollständig auf Hilfe angewiesen und brauchte sehr intensive Betreuung. Eine weitere Schwierigkeit war, dass die Standardgeräte der Eisernen Lunge zu gross für Säuglinge und Kleinkinder waren und die höhere Atemfrequenz dieser Patientengruppe nicht eingestellt werden konnte. Zudem fehlte bis zur Entdeckung und Einführung von Antibiotika die Möglichkeit, die Betroffenen bei einer häufig als Folge einer Atmungsbeeinträchtigung sich entwickelnden Lungenentzündung gezielt zu behandeln. Die Tracheotomie zur Behandlung langfristiger Respirationsschwierigkeiten wurde erst später entdeckt (Eichel, 1951).

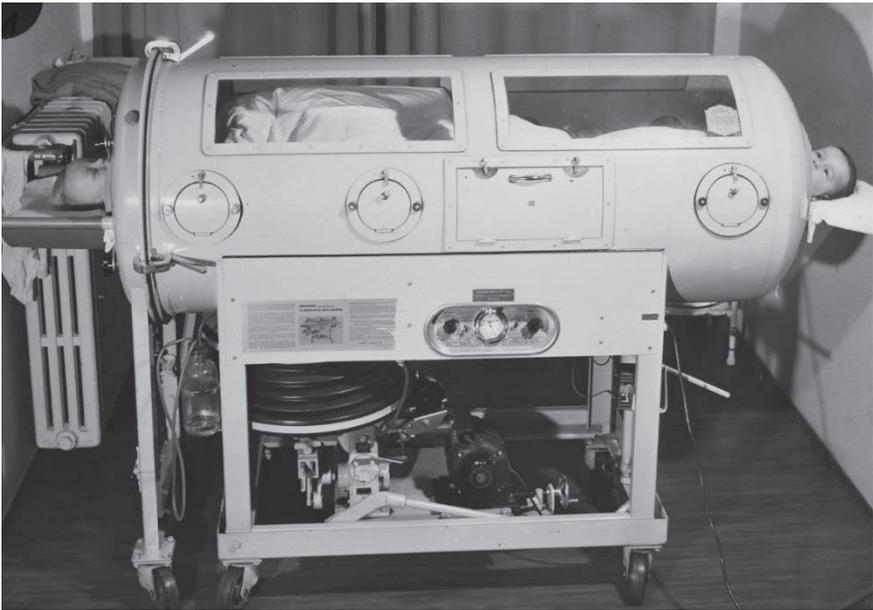


Abb. 11: Kinder in der Eisernen Lunge (©Universitäts-Kinderspital beider Basel)

Exkurs: Beatmungstechnik und Intensivmedizin: Bereits sehr früh wurde mit Versuchen begonnen, Menschen durch verschiedene Methoden der Beatmung manuell wiederzubeleben. Schon im 19. Jahrhundert sind verschiedene Geräte zur apparativen Beatmung entwickelt worden. 1907 wurde schliesslich das erste automatisch arbeitende Beatmungsgerät entwickelt. Die künstliche Beatmung nahm insbesondere durch die weltweiten Poliomyelitis-Epidemien einen Aufschwung; dies führte zu einer schnellen Weiterentwicklung der verfügbaren Apparate und Methoden (Niggebrügge, 2011).

Die ersten Beatmungsgeräte waren vor allem auf die Überbrückung kurzzeitiger Atemprobleme ausgerichtet (Bahns, 2007) und für eine Langzeitbeatmung nicht geeignet (Trier Mörch, 1990). Die Gas- und Stromversorgungsindustrie beauftragte daher Cecil Drinker, andere Möglichkeiten auszuarbeiten. Dieser schlug zusammen mit seinem Bruder Philip Drinker 1929 einen Apparat vor, der mit Unterdruck arbeitete und unter dem Namen ‚Eiserne Lunge‘ bekannt wurde (Somerson & Sicilia, 1992). Das Ziel war „to secure a device for treating patients suffering from protracted cases of respiratory failure, such as are induced by severe carbon monoxide poisoning, electric shock, morphine poisoning, poliomyelitis, and the like“ (Drinker & Shaw, 1929, S. 235).

Diese erste Eiserne Lunge wurde erstmalig bei einem Mädchen eingesetzt, das aufgrund einer Poliomyelitis-Infektion auf Atemunterstützung angewiesen war. Obwohl das Kind nach wenigen Tagen starb, wurde das neue Beatmungsgerät als Erfolg gewertet, da der Tod nicht wegen einer Komplikation der künstlichen Beatmung eingetreten war (z. B. Zerstörung von Lungengewebe oder innerer Organe aufgrund der künstlichen Beatmung), sondern durch Herzversagen (Drinker & McKahn, 1929). Die nun zur Verfügung stehenden Beatmungsgeräte erwiesen sich trotz der durchaus vorhandenen Nachteile wie dem eingeschränkten Zugang zur Patientin bzw. dem Patienten, der fehlenden Mobilität und den Auswirkungen auf das abdominale Gefäßsystem als gute Behandlungsmöglichkeit (Somerson & Sicilia, 1992).

Aufgrund der Nachteile wurden im weiteren Verlauf Rumpfbeatmungsgeräte entwickelt (Bahns, 2007), die den Patientinnen und Patienten eine gewisse Mobilität ermöglichten und die Pflege erleichterten. Die Wechseldruckbeatmung führte aber häufig zu Fehlbehandlungen und Komplikationen (Bahns, 2007). Aus diesem Grund gewann die Überdruckbeatmung in den 1950er Jahren zunehmend an Bedeutung, da sie bessere Kontrollmöglichkeiten bot. Gleichzeitig wurde auch die druckgesteuerte Beatmung weiterentwickelt (Bahns, 2007).

Aufgrund der grossen Epidemie im Jahr 1952 in Kopenhagen (Dänemark) kam es zu grossen Engpässen, da zu wenig mechanische Beatmungsgeräte (Eiserne Lungen, Rumpfbeatmungsgeräte) für die vielen Poliomyelitis-Betroffenen mit Atemlähmungen zur Verfügung standen. Daher wurde auf Tracheotomien zurückgegriffen, die bisher nur während Operationen benutzt wurden, und die Patientinnen und Patienten manuell beatmet. Für die Klinik bedeutete dies einen riesigen Aufwand an Personal. Zu Spitzenzeiten waren allein für die Beatmung der Poliomyelitis-Betroffenen permanent 35–40 Ärztinnen und Ärzte, 600 Pflegefachpersonen und 250 Medizinstudierende zuständig (Lassen, 1954). Es stellte sich heraus, dass diese Beatmungsmethode die Erfolge der Eisernen Lunge übertraf; daher entwickelte sie sich in Nordeuropa schnell zu einer akzeptierten Behandlungsmethode. Die Mortalitätsrate bei Atemlähmungen sank von 87% auf 30% (Trier Mörch, 1990). Später wurde die manuelle Beatmung durch elektrisch betriebene Beatmungsgeräte ersetzt (Somerson & Sicilia, 1992) und es kam zu einer raschen Entwicklung neuer Apparate (Hachenberg & Pfeiffer, 2002). Mit verschiedenen Weiterentwicklungen wurden die Beatmungsgeräte bis heute verbessert und das Anwendungsgebiet stark ausgeweitet (Bahns, 2007).

Nachdem es bereits seit den 1930er Jahren spezielle Stationen zur Nachbehandlung von Personen nach einer Operation gab, entwickelten sich in den 1950er Jahren in Skandinavien spezielle Bettenstationen für Menschen mit einer

spinobulbären Poliomyelitis (Lawin, 2002). Auch in der Schweiz verfügten unter anderem das Kinderspital Zürich (Fanconi, 1958a), das Kinderspital Basel (Hottinger, 1962) und das Inselspital in Bern (Leu, 2006) über eigene Abteilungen für beatmungspflichtige Poliomyelitis-Betroffene.

Die künstliche Beatmung mit apparativer Hilfe, vor allem mit der Eisernen Lunge, stellte das Personal vor besondere Herausforderungen. Durch die Zusammenlegung dieser Patientinnen und Patienten in einer Station konnten die Ressourcen gebündelt werden. Diese neu entstandenen Stationen für die Langzeitbeatmung waren neben Zentren für die Entgiftung von Patienten, Dialysestationen sowie den Coronary Care Units (Überwachung und Therapie nach akutem Myokardinfarkt in den USA) Vorläufer der internistischen Intensivstationen (Schuster, 2002).

Für die künstliche Beatmung verwendeten die Kinderspitäler bis 1945 vor allem den Biomotor mit zusätzlicher Sauerstoffgabe und medikamentöser Stimulation. Fanconi (1945) bedauerte damals, dass am Kinderspital Zürich noch keine Eisernen Lunge vorhanden war. Die grossen Erwartungen in dieses Gerät wurden jedoch schliesslich nicht erfüllt. Auch nach deren Anschaffung starb im Kinderspital Zürich noch Ende der 1940er Jahren die Hälfte der in der Eisernen Lunge behandelten Kinder. Von den Überlebenden blieben bei 50% schwere Paralysen zurück und weitere 50% konnten mit keinen oder gering beeinträchtigenden Lähmungen entlassen werden. Dennoch war die Eisernen Lunge ein Fortschritt gegenüber dem Biomotor, mit dem die Erfolge noch kleiner waren (Eichel, 1951). Die Apparate für die künstliche Beatmung waren sehr teuer in der Anschaffung. So arbeiteten die Spitäler zusammen und liehen sich gegenseitig die Beatmungsgeräte aus (Uehlinger, 2003). Zu diesem Zweck erhob das Eidgenössische Gesundheitsamt ab 1954 die Zahl und Art der in der Schweiz verfügbaren Geräte zur künstlichen Beatmung. Bis 1960 haben mehrere Kantone zusätzliche Beatmungsapparate angeschafft (Tabelle 5, S. 164). Wieso es im Kanton Waadt 1956 im Vergleich zu den Jahren 1954 und 1960 zu einem so starken Tiefstand kam, kann aus den verfügbaren Akten nicht mehr nachvollzogen werden. Die Kantone Schwyz, Ob- und Nidwalden, Zug und Appenzell Innerrhoden sowie Appenzell Ausserrhoden besaßen dagegen keine Möglichkeiten für eine Langzeitbeatmung (Verzeichnis der in der Schweiz vorhandenen Eisernen Lungen, 'Engström' – oder anderen Beatmungsapparate, 1954, BAR, E3300C#1000/766#461*; Verzeichnis der Beatmungsapparate der schweizerischen Spitäler (Stand Anfang April 1956), BAR, E3300C#1988/33#77*; Verzeichnis der Beatmungsapparate der schweizerischen Spitäler (Stand Anfang April 1960), BAR, E3300C#1988/33#77*).

Tabelle 5: Verfügbare Beatmungsgeräte in der Schweiz 1954–1960 (ebd.)

Kanton	1954	1956	1960
Zürich	15	19	23
Bern	17	28	26
Luzern	2	6	7
Uri	1	3	3
Glarus	1	1	2
Fribourg	2	2	3
Solothurn	1	3	6
Basel-Stadt	15	15	34
Baselland	1	4	3
Schaffhausen	1	1	1
St. Gallen	3	6	8
Graubünden	7	5	8
Aargau	1	3	11
Thurgau	4	2	3
Tessin	1	1	1
Waadt	21	10	17
Wallis	2	2	2
Neuenburg	2	2	2
Genf	10	12	13
Total	107	125	173

Gleichzeit mit der Erhebung der Geräte zur künstlichen Beatmung erhob das Eidgenössische Gesundheitsamt 1954 auch jene Kliniken, die akute Erkrankungsfälle aufnehmen konnten, sowie Kantone, die über Nachbehandlungszentren verfügten (Tabelle 6, S. 165). Einige grössere Allgemein-Kliniken boten auf bereits bestehenden Abteilungen Nachbehandlungen an oder eröffneten spezifische Stationen. Weiter bestanden spezialisierte Institutionen, die nur auf die Nachbehandlung gewisser Beeinträchtigungen ausgerichtet waren. Die angebotenen Therapien umfassten meistens Bäder, Heilgymnastik und Massagen (Spitalabteilungen in den grösseren Zentren, BAR, E3300C#1000/766#461*; Zentren für die Nachbehandlung der Poliomyelitis, BAR, E3300C#1000/766#461*).

Tabelle 6: Nachbehandlungszentren 1954 (Zentren für die Nachbehandlung der Poliomyelitis, BAR, E3300C#1000/766#461*)

Kanton	Nachbehandlungszentrum	weitere Informationen
Zürich	Aussenstation Affoltern am Albis Orthopädische Klinik und Poliklinik Balgrist	
Bern	Abteilung für Hydrotherapie Anna-Seiler-Haus Inselheim	20 20 20
Luzern	Kantonsspital Luzern	
St. Gallen	Kantonsspital, medizinische Abteilung Bad Ragaz Bad Pfäfers	Sommermonate Sommermonate
Graubünden	Kantons- und Regionalspital, Chur Kinderheilbad Giuvaulta, Rothenbrunnen	Bis zu 30 Kinder
Aargau	Kantonsspital Aarau, medizinische Abteilung Kantonsspital, Kinderabteilung, Eröffnung 1955 Sanatorium Rheinfelden, Eröffnung 1955 Kurort Baden Schinznach-Bad	Nur bei Bedarf 15–25 Erwachsene und Kinder
Waadt	Hospice orthopédique	80 Betten
Wallis	Institut de Loèche-les Bains Institut N.D. de Lourdes, Sierre	Kinder
Genf	Institut universitaire de physiothérapie, Kantonsspital Genf Clinique de pédiatrie	Kinder

Mit dem Fortschritt der Forschung, dem zunehmenden Wissen, vielen Versuchen und Irrtümern sowie der steigenden Erfahrung wandelten sich die Behandlungsansätze über die Jahrzehnte und neue Therapieformen wurden entwickelt. Am Beispiel des Behandlungsschemas des Kinderspitals Zürich aus dem Jahre 1958 kann das Ergebnis dieser jahrzehntelangen Suchbewegung aufgezeigt werden.

6.2.2 Behandlungsschema am Kinderspital Zürich 1958

Fanconi (1958a) beschreibt im Neujahrsblatt der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich, wie die Behandlung von Kindern mit Polio im Kinderspital Zürich organisiert war (Abb. 12, S. 167). 1958 konnte die Medizin in der Schweiz bereits auf jahrzehntelange Versuche der Behandlung von erkrankten Kindern zurückblicken. Nur wenige Jahre später war Poliomyelitis kaum mehr ein bedeutendes Thema für die Kinderspitäler. Die orthopädischen Kliniken bzw. Nachbehandlungszentren beschäftigen sich durchaus noch heute mit den Folgezuständen nach einer Poliomyelitis.

Einleitend bemerkt Fanconi, dass im Gegensatz zu den Fortschritten in der Behandlung bakterieller Infektionen noch kein Mittel gefunden wurde, um das Poliovirus direkt zu bekämpfen. Hauptziel war es daher, die Abwehrkräfte zu stärken, was unter anderem mit Bettruhe und der Vermeidung von überflüssiger Bewegung und Anstrengung erreicht werden sollte. Das Kinderspital Zürich orientierte sich bei der Behandlung am Vorgehen, so wie es von der Kopenhager Klinik 1952 durchgeführt wurde (Fanconi, 1958a).

Im Kinderspital Zürich wurden Kinder mit einer diagnostizierten oder vermuteten Poliomyelitis in eine Spezialabteilung verlegt. Fanconi führt nicht genauer aus, was dies für eine Abteilung war. Vermutlich handelte es sich um die Beobachtungs- und Isolierstation. Falls Anzeichen von Atemlähmung oder Schluckschwierigkeiten auftraten, wurden die Kinder in eine andere Abteilung verlegt, die mit verschiedenen Beatmungsgeräten (Engström-Respirator, Biomotor, Eiserne Lunge) und weiteren Hilfsmitteln (u. a. Bronchoskope, Absaugvorrichtungen, fahrbare Röntgenapparate, Dänische Wippe) ausgerüstet war. Die seit 1952 verfügbare Methode der Tracheotomie mit Überdruckbeatmung (Abb. 13, S. 168) bezeichnet Fanconi als Durchbruch in der Behandlung schwerer Atemlähmungen. Diese verlangte die enge Zusammenarbeit verschiedener Spezialfachkräfte. Er fordert daher aufgrund der Komplexität dieser verschiedenen Apparate sowie der benötigten Fachpersonen wenige, dafür hochspezialisierte Zentren, in denen alle Patientinnen und Patienten zusammengefasst werden können, die eine solche intratracheale Überdruckbeatmung (nicht nur wegen Poliomyelitis) benötigen (Fanconi, 1958a).

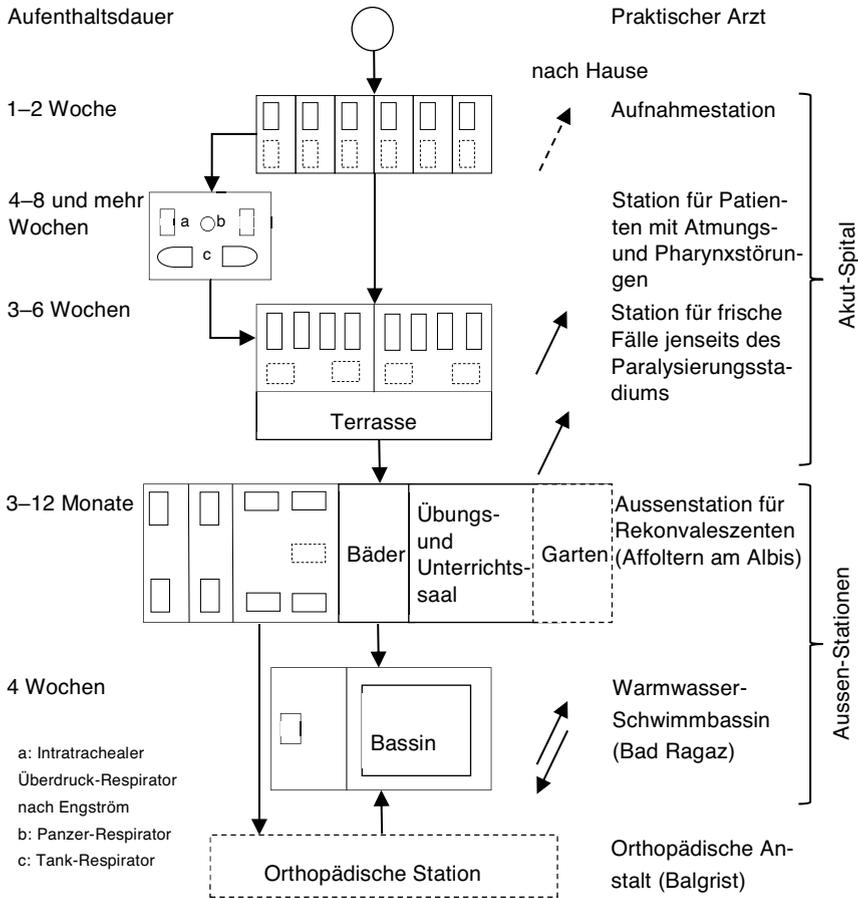


Abb. 12: Behandlungsschema Kinderspital Zürich (nach Fanconi, 1958a, S. 37)

Kinder mit Verdacht auf Poliomyelitis wurden vom behandelnden Arzt zur Beobachtung in die Aufnahme-Station überwiesen. Für jene mit Atemlähmungen und Schluckschwierigkeiten gab es eine spezialisierte Station, die mit verschiedensten Apparaten ausgestattet war. Nach Abklingen der akuten Beschwerden wurden die Kinder auf eine weitere Station verlegt. Hier sollten sie sich erholen. Einige konnten danach direkt nach Hause, andere wurden in der Aussenstation weiter behandelt.

Das Kinderspital Zürich bot zusammen mit der Anstalt Balgrist auch Bäderkuren in Bad Ragaz an. Hier konnten die Kinder entweder direkt vom Kinderspital, von der Aussenstation oder von zu Hause aus eintreten. Für die operative Behandlung der Lähmungsfolgen war die orthopädische Anstalt Balgrist zuständig.

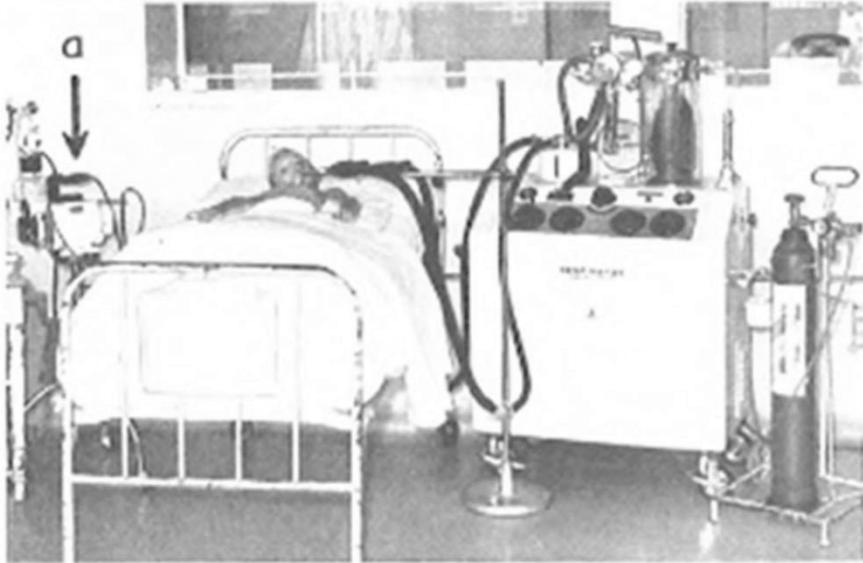


Abb. 13: Engström-Respirator mit elektrischem Absaugeapparat (Fanconi, 1958a, S. 38, mit freundlicher Erlaubnis der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich, www.ngzh.ch)

Ein wichtiges Ziel bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lähmungserscheinungen war, schlechte motorische Gewohnheiten und Kontrakturen zu vermeiden. Eine richtige Lagerung, die der betroffenen Person zugleich angenehm ist, sei daher von grosser Bedeutung. Keinesfalls sollten Muskeln völlig immobilisiert werden, sondern ca. alle vier Stunden passiv bewegt werden. Aktive Bewegungen seien dagegen zu vermeiden. Fanconi empfiehlt Ruhe und Schonung sowie die Anwendung von warmen Packungen nach Sister Kenny. Erst wenn das Lähmungsstadium beendet war, wurde begonnen, das Kind langsam an aktive Bewegungen heranzuführen. Dazu eignen sich nach Fanconi besonders Übungen im Wasser mit oder ohne Unterstützung einer Heiltherapeutin. Unbedingt vermieden werden sollten Schmerzen und psychische Traumen (Fanconi, 1958a).

Sobald die akute Phase vorbei war, das heisst, das Kind kein Fieber mehr hatte, wurde versucht, die Kinder, die auf Atemunterstützung angewiesen waren, davon zu entwöhnen. Dabei brauchte es psychologisches Feingefühl, da bei den Kindern und Jugendlichen Ängste aufkommen konnten, zu ersticken (vgl. Kap. 6.7.1). Auch zur Frage, wie mit Personen umgegangen werden soll, die auf-

grund der ausgedehnten Lähmungen nicht mehr von den Beatmungsgeräten entwöhnt werden konnten, äussert sich Fanconi, wenn auch nicht ganz eindeutig (Fanconi, 1958a):

Wie sich der Arzt in einem Falle schwerster ausgedehnter Lähmungen und angesichts der Unmöglichkeit, den Patienten vom Respirator freizubekommen, verhalten soll, ist mehr eine weltanschauliche als eine ärztliche Frage. (Fanconi, 1958a, S. 42)

Nach der akuten Krankheitsphase wurden die Kinder auf eine weitere Station verlegt, die der ersten Nachbehandlung diente; hier wurden sie für weitere drei bis sechs Wochen betreut. Im Zentrum dieser chronischen Phase standen zunächst physikalische Therapien, insbesondere Bewegungsübungen. Bei schweren Lähmungen wurden die Therapie-Anforderungen schrittweise gesteigert. Das bedeutet, dass die Bewegungen zunächst passiv, dann aktiv, aber mit Unterstützung, im Anschluss ohne Unterstützung und erst gegen Ende gegen Widerstand ausgeführt werden sollten. Die Wirkung der Schwerkraft wurde durch Schienen oder Wasser gemildert. Sobald die Muskeln wieder einigermaßen hergestellt waren, wurde mit Physiotherapie begonnen, um Tätigkeiten zu üben, die für das Erreichen der Selbstständigkeit nötig waren (Essen, An- und Ausziehen, Fortbewegung). Dazu wurden auch verschiedene Hilfsmittel eingesetzt, die teilweise individuell konstruiert wurden. Diese Therapien waren sehr anstrengend und die Fortschritte manchmal nur klein. Fanconi betont daher die Wichtigkeit der stetigen Motivierung der Patientinnen und Patienten durch die therapeutischen Fachpersonen (Fanconi, 1958a).

Operationen wurden frühestens nach einem Jahr durchgeführt. Als sehr wichtig bezeichnet Fanconi die Vermeidung von Skoliosen, was durch Übungen, gezielte Lagerung (z. B. im Gipsbett) und Stützapparate erreicht werden sollte (Abb. 14, S. 170). Um die Durchblutung und Erholung der Muskeln zu fördern, wurden Massagen im Wasser oder an der frischen Luft durchgeführt. Betont wird der Nutzen von Badekuren, die das Kinderspital zusammen mit der Anstalt Balgrist einmal im Jahr in Bad Ragaz durchführte. Dabei sollte Übermüdung, also eine zu starke Beanspruchung der gelähmten Muskeln, unbedingt vermieden werden (Fanconi, 1958a).

Kinder, die keine Lähmungserscheinungen zeigten, konnten nach einigen Wochen nach Hause entlassen werden, blieben aber unter ärztlicher Kontrolle, da sich die Folgen diskreter Paresen erst nach einer gewissen Zeit zeigten. Der Schulbesuch war dann wieder möglich, meistens noch längere Zeit zu einem reduzierten Pensum (Friderich, 1958).



Abb. 14: Teil eines Gipsbettes mit Zugvorrichtung (Privatfoto Erich Bühler)

Kinder nach einer paralytischen Poliomyelitis wurden nach Abklingen der akuten Phase in die Aussenstation Affoltern am Albis verlegt. Johanna Friderich (1958) schreibt über deren Behandlung und Betreuung Folgendes:

Neben den Schwestern ist es folgender Mitarbeiterkreis, der die Behandlung des Kindes und dessen Betreuung im weiteren Sinne aufnimmt: der *Stationsarzt*, mehrere *Heilgymnastinnen* (eine für 12 Patienten), der *Kinderpsychiater*, der alle 14 Tage jene Kinder untersucht und sich mit den Eltern ausspricht, bei denen die seelischen Schwierigkeiten gegenüber der Krankheit besondere Handlungsrichtlinien erfordern, der *Orthopäde*, dem alle Monate die Kinder zur Besprechung der notwendigen Apparate oder Operationen vorgestellt werden, der *Orthopädist*, der allwöchentlich anwesend ist, um Behelfsmittel instand zustellen, der *Vertrauensarzt der Kinderlähmungsversicherung*, der sich persönlich einem jeden Versicherten annimmt, der *Berufsberater* zur Vorbereitung der späteren Berufsbildung, die *Lehrerin* für die Unterstufe, der *Lehrer* für die Oberstufe, die im individuellen Unterricht, trotz kleinerer Stundenzahl oft das Ziel erreichen, die Schüler auf dem Stand ihrer Klasse halten zu können. Meist ist die Rückkehr nach Monaten in dieselbe Schulstufe für ein Kind mit sichtlicher körperlicher Behinderung eine Stärkung seines verletzligen Selbstbewusstseins. Die *Kindergärtnerin* sorgt für die Stimmung im Hause, spielt und bastelt mit den Kleinen, was der *Pfadfinderführer* ‚Trotz allem‘ mit den Grösseren unternimmt. Die *Fürsorgerinnen* und Vertreterinnen der *Pro*

Infirmis nehmen sich den finanziellen Schwierigkeiten der Nichtversicherten an. (Friderich, 1958, S. 50–51)

Für die Behandlung der Poliomyelitis hatte sich über die Jahrzehnte eine interdisziplinäre Herangehensweise entwickelt. Neben der körperlichen Symptomatik wurde dem Bericht zufolge grosser Wert auf die psychische Verfassung des Kindes und dessen kognitive Entwicklung gelegt. Bereits früh wurden auch Berufsberaterinnen und -berater involviert, um die Zukunft der Kinder zu planen. Diese Vorgehensweise entwickelte sich über mehrere Jahrzehnte. Die Kinderkliniken und orthopädischen Anstalten waren in der Zwischenzeit mit den verschiedensten Herausforderungen konfrontiert. Vor Beginn der Epidemien kannten die Ärztinnen und Ärzte zwar das Krankheitsbild der Poliomyelitis, hatten jedoch niemals mit so vielen Fällen zu tun wie in den Jahrzehnten zwischen 1920 und 1960. Wie die Kliniken mit dieser Zunahme umgegangen sind, wird in den beiden folgenden Kapiteln dargelegt.

6.2.3 Akutspitäler und Nachbehandlung: Kapazitätsgrenzen

Die Kinderkliniken konnten vor den ersten grossen Epidemien die Anzahl der akuten Poliomyelitis-Erkrankungen relativ gut bewältigen. Dennoch vermeldete das Kinderspital Zürich 1914, dass gerade im Bereich der Isoliermöglichkeiten bei ansteckenden Krankheiten erhebliche Mängel bestehen würden, dies umso mehr, da „im letzten Jahre zu den bekannten Infektionskrankheiten eine neue Geißel der Kindheit hinzugetreten ist in Form der epidemischen Kinderlähmung“ (o.V., 1914, 2. Morgenblatt). Dennoch war die Poliomyelitis kein vordringliches Problem der Kinderkliniken. Dies änderte sich, als die ersten grossen Epidemien auftraten.

Gerade in den Epidemie-Jahren hatten die Kinderspitäler mit grosser Platznot zu kämpfen. Da die meisten dieser Institutionen als Stiftungen organisiert waren, war Geldmangel ein immerwährendes Problem und ein Ausbau nicht ohne weiteres möglich. Als die Schweiz 1936 von der ersten grossen Poliomyelitis-Epidemie überrascht wurde, geriet das Kinderspital Zürich an seine Kapazitätsgrenze, obwohl es nur wenige Jahre zuvor vergrössert worden war⁴⁵ (Feer, 1937). Die Innere und Infektions-Abteilung mussten 1936 über hundert Kinder mehr betreuen, wovon die meisten eine Poliomyelitis-Erkrankung aufwiesen. Das Problem wurde durch die lange Aufenthaltsdauer der betroffenen Kinder von sechs

⁴⁵ Das Kinderspital Zürich verfügte seit dem Ausbau in den Jahren 1930/1931 über insgesamt 300 Betten, wovon 100 im Infektionshaus zur Verfügung standen (Feer, 1938).

oder mehr Wochen noch verstärkt. Dies führte dazu, dass 1936 und 1937 während mehrerer Monate die gesamte Beobachtungsstation sowie das ganze Isolierhaus nur für Poliomyelitis-krankte Kinder (1936: 118 Kinder, 1937: 166 Kinder) verwendet wurde (Fanconi, 1937, 1938).

1937 stand auch das Jenner-Kinderspital vor demselben Problem. Für die vielen Kinder mit einer Poliomyelitis-Erkrankung standen zu wenige Isoliermöglichkeiten zur Verfügung; daher musste improvisiert werden. Während der Epidemie griff man auf die beiden vorhandenen Isolationsboxen zurück und nutzte kurzfristig einen zusätzlichen Raum, um mehr Aufnahmemöglichkeiten zu schaffen. Eine Einzelquarantäne war meist nicht möglich, obwohl dies von Eduard Glanzmann, ausserordentlicher Professor und Leiter der Klinik, gerade bei Poliomyelitis als sehr wichtig angesehen wurde, da Kinder mit Atemlähmungen vor jedem zusätzlichen Infekt der Atemorgane geschützt werden sollten. Für das Jenner-Kinderspital bedeuteten nicht nur die vielen zu behandelnden akuten Polio-Erkrankungen Schwierigkeiten. Die erste grosse Epidemie hatte auch Auswirkungen auf den restlichen Spitalbetrieb. So beklagte Glanzmann, dass die Konsultationen der poliklinischen Sprechstunde 1937 zurückgegangen seien, da die Eltern aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Poliovirus das Kinderspital gemieden hätten (Glanzmann, 1938).

Die Poliomyelitis-Epidemien 1936 und 1937 gaben Eduard Glanzmann vom Jenner-Kinderspital ein neues Argument gegenüber der Stadt und dem Kanton Bern, um den seit 40 Jahren geplanten Bau des Absonderungshauses endlich in die Tat umzusetzen (Glanzmann, 1938). Dieses Mal lenkten die Behörden ein und bereits 1941 konnte das neue Gebäude mit 44 Betten eröffnet werden (von Erlach, 1942). Nicht nur die Kinderspitäler, sondern auch die Kantonsspitäler nahmen betroffene Kinder auf. Für die Nachbehandlung wurde unter anderem während der grossen Epidemie 1936 in Schaffhausen ein Notspital für die Behandlung der rekonvaleszenten Kinder eingerichtet (Uehlinger, 2003).

Nachdem es einige Jahre lang wieder etwas ruhiger geworden war, kam es 1941 in der Schweiz erneut zu einer massiven Zunahme der Poliomyelitis-Fälle vor allem in Zürich und Umgebung. Alleine das Kinderspital Zürich versorgte 358 Kinder. Dies überstieg mit bis zu 13 Aufnahmen pro Tag die Kapazität eindeutig und es musste in einem Gebäude des Kantonsspitals eine Dependence eingerichtet werden. Die Situation spitzte sich durch den Personalmangel aufgrund des Kriegsgeschehens im nahen Ausland massiv zu (Fanconi, 1942). Die Aussenstation Sonnenbühl des Kinderspitals Zürich wurde mit den Poliomyelitis-Epidemien immer mehr für Kinder nach einer Polio-Erkrankung gebraucht. Die Nachbehandlung anderer Krankheiten trat in den Hintergrund (vgl. Kap. 3.2.3).

Neben der immerwährenden Platznot der Kinderkliniken fehlten vor allem zu Beginn geeignete Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit einer Poliomyelitis. Insbesondere Kinder mit Atemlähmungen stellten die Spitäler vor grosse Herausforderungen. Erste Beatmungsgeräte wurden erst während den grossen Epidemien in den Jahren 1936 und 1937 angeschafft (Glanzmann, 1948; von Erlach & Freimüller, 1956; Acherknecht, 1974).

1946 stand das Kinderspital Zürich vor der Aufgabe, beinahe 200 Kinder mit Poliomyelitis behandeln zu müssen. Die zur Verfügung stehenden Beatmungsgeräte reichten dazu nicht aus. Das amerikanische Armeebüro in Deutschland stellte daher eine Eiserne Lunge zur Verfügung, mit der mindestens einem Kind das Leben gerettet werden konnte. Da diese Art von Beatmungsapparaten für die Überbrückung der Atemlähmungen geeignet zu sein schien, kaufte das Kinderspital zwei weitere; diese trafen Anfang des Jahres 1947 ein (Fanconi, 1947a). Auch die anderen Kliniken erwarben verschiedene Modelle von Beatmungsgeräten. Es kam trotz dieser Behandlungsmethode zu vielen tödlichen Verläufen (Fritz, 1957). Erst mit der Umstellung auf die Tracheotomie und damit verbundenen neuen Beatmungsgeräten verbesserten sich die Überlebenschancen. Einige Kinder und Erwachsene blieben über Monate oder Jahre auf die künstliche Beatmung angewiesen (o.V., 1955b). Aus diesem Grund entstanden, wie bereits erwähnt, an verschiedenen Kliniken spezielle Stationen für Betroffene, die auf eine künstliche Beatmung angewiesen waren (Fanconi, 1958a; Weisser, 1962). So eröffnete beispielsweise das Kinderspital Basel im Jahr 1955 nach dem Vorbild der Kopenhagener Klinik (vgl. Kap. 6.2.1, Exkurs) eine Abteilung für Kinder mit Atembeeinträchtigungen. Diese Station wurde im Erdgeschoss des Infektionshauses eingerichtet, welches bereits davor für Kinder und Jugendliche mit Polio vorgesehen war. Noch im Herbst desselben Jahres konnte das erste Mädchen mit einer schweren Verlaufsform einer Poliomyelitis erfolgreich behandelt werden. Nicht einmal ein Jahr später wurde Basel und Umgebung von einer schweren Poliomyelitis-Epidemie heimgesucht; über 120 Kinder mussten hospitalisiert werden. Dies stellte das betreuende Personal vor grosse Herausforderungen. Die drei vorhandenen Respiratoren waren bald besetzt und so mussten laufend neue Geräte angeschafft werden, damit die Kinder eine Überlebenschance hatten. Um die Stromversorgung zu gewährleisten, mussten in aller Eile neue Leitungen gelegt und ein Notstromaggregat eingebaut werden. Das Personal wurde speziell geschult und durfte während der achtstündigen Schichten das Krankenzimmer nicht verlassen (Weisser, 1962). Nach dem Rückgang der Neuerkrankungen in der Schweiz wurde die Poliostation in eine Lungen-Herz-Station umgewandelt (Hottinger, 1962).

Neben den Beatmungsstationen musste auch für die Kinder mit anderen Lähmungserscheinungen als Folge einer Poliomyelitis das Therapieangebot ausgebaut und angepasst werden. Badetherapien wurden dabei als eine geeignete Behandlung angesehen. Daher wurden ab den 1940er Jahren in verschiedenen Kliniken neue Einrichtungen gebaut, bestehende ausgebaut und neue Angebote geschaffen (Abb. 15, S. 175).

Wegen den vielen Kindern mit Lähmungsfolgen plante auch das Komitee des Kinderspitals Zürich zu Beginn der 1940er Jahre ein Schwimmbad mit Hydrotherapie zu errichten (Feer, 1943). Das Projekt wurde jedoch aufgeschoben und stattdessen in Zusammenarbeit mit der Anstalt Balgrist in Bad Ragaz (Thermalbad im Kanton St. Gallen) für zwei Monate eine Station eingerichtet, in der 25 Kinder mit Lähmungserscheinungen infolge einer Poliomyelitis balneotherapeutisch behandelt werden konnten. Diese Therapie wurde durch die Gesundheitsdirektion und die Bäderverwaltung finanziell unterstützt, wodurch die Behandlung zu einem niedrigen Preis angeboten werden konnte (Fanconi, 1943). Da die temporäre Therapiestation gut ausgelastet war, wurde 1943 neben Bad Ragaz noch eine kleinere Station in Rheinfelden eingerichtet (Fanconi, 1944). Das Angebot wurde in den folgenden Jahren noch stark ausgeweitet, blieb aber über den bearbeiteten Zeitraum hinaus bestehen (z. B. Fanconi, 1950, 1951, 1953). Die neu erworbene Aussenstation Sonnenbühl verfügte ebenfalls über eine eigene Bäderstation. Diese wurde ausgebaut und konnte nun unter anderem zur Nachbehandlung von Poliomyelitis benutzt werden (Fanconi, 1947b). Um die Kinder mit Poliomyelitis besser behandeln zu können, liess das Jenner-Kinderspital 1956 den Bau einer speziellen Badewanne für die Hydrotherapie in Auftrag geben (von Erlach & Freimüller, 1957).

Im Kinderspital Basel wurden Kinder mit orthopädischen Indikationen bis in die 1950er Jahre in der kinderchirurgischen Abteilung behandelt. Die hohe Zahl an Patienten mit Poliomyelitis überstieg deren Kapazität. Daher ein Jahr wurde nach der grossen Poliomyelitis-Epidemie 1956 ein orthopädischer Dienst eingerichtet, der schnell personell ausgebaut werden musste. Zu diesem neuen Angebot gehörten verschiedene Einrichtungen für die physikalische Therapie, eine orthopädische Poliklinik, eine Bettenstation, ein Physiotherapiedienst sowie Schule, Kindergarten und ein Transportservice. Letzterer holte die Kinder von

zu Hause ab und brachte sie nach der Therapie wieder zu den Eltern zurück (Taillard, 1962).

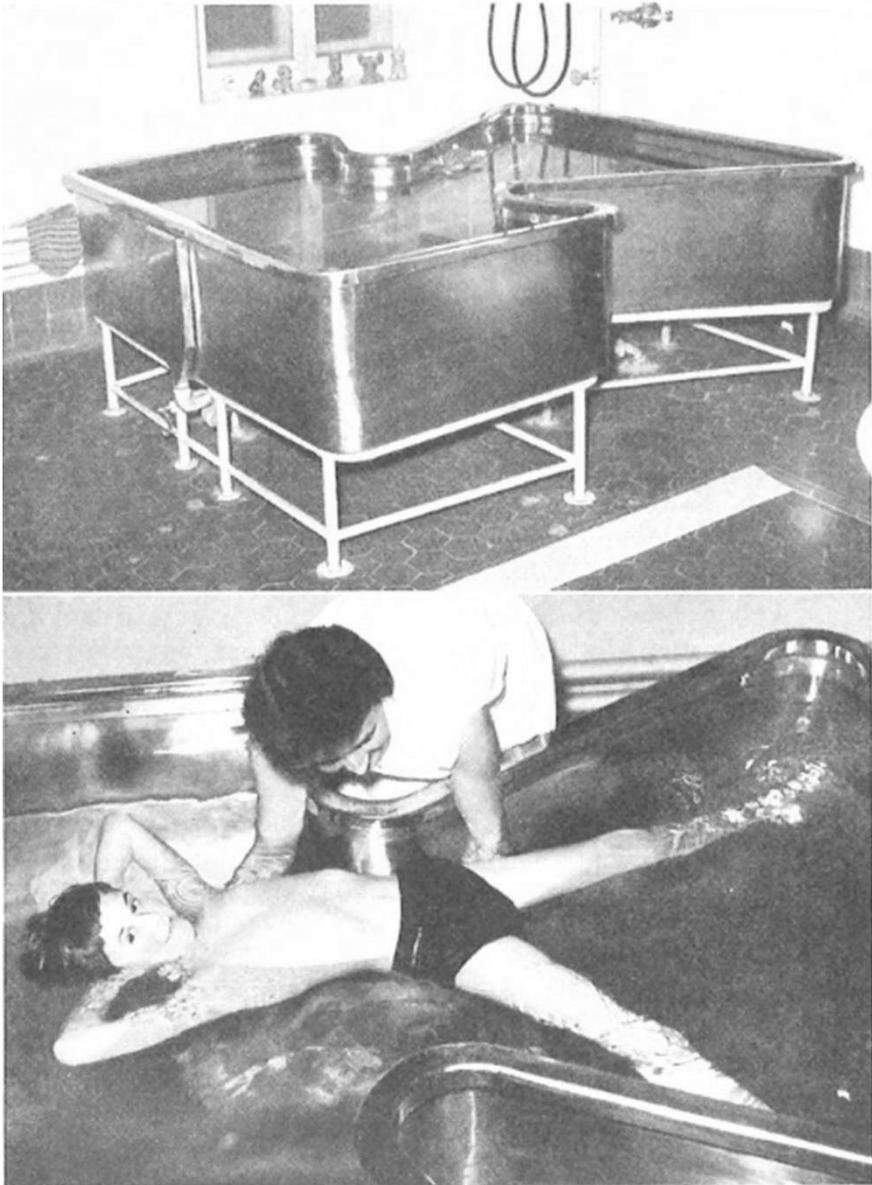


Abb. 15: Hubbard-Tank für Unterwassergymnastik (Fanconi, 1958a, S. 38, mit freundlicher Erlaubnis der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich, www.ngzh.ch)

In der Aussenstation Sonnenbühl des Kinderspitals Zürich führte die gestiegene durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufgrund der langwierigen Nachbehandlung der Poliomyelitis zu der Entscheidung, ein Unterrichtsangebot einzuführen (vgl. Kap. 3.2.3). Zusätzlich wurde eine Poliomyelitis-Sprechstunde (geleitet von Dr. Friderich) in der Poliklinik des Kinderspitals Zürich eingerichtet, durch welche die Kinder früher von der Aussenstation Sonnenbühl entlassen und ambulant weiterbehandelt werden konnten (Frick, 1957).

Neben dem Therapieangebot und damit teilweise verbunden, musste auch der Personalbestand erweitert werden. Um den Bedürfnissen der erkrankten Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden, mussten neue Therapeutinnen und Therapeuten sowie mehr Pflegefachpersonen eingestellt werden (Frick, 1955; Glanzmann, 1956), dennoch mussten auch einige Kinder abgewiesen werden (Glanzmann, 1956).

Die Kinderkliniken hatten regelmässig mit Platznot zu kämpfen. Die Kinder mussten über lange Zeit in den Kliniken behandelt werden und bedurften spezieller Behandlungsmethoden. Das führte dazu, dass die Spitäler neben verschiedenen Ausbau-Arbeiten auch neue Therapiemöglichkeiten einführten. Dies bedeutete einen hohen finanziellen Aufwand, insbesondere da die Kliniken zu Beginn noch als Stiftungen geführt wurden und sich daher nicht auf eine umfassende finanzielle Unterstützung des Kantons stützen konnten.

Nach der Behandlung der akuten Krankheitsphase entwickelten sich bei vielen Betroffenen mit bleibenden Lähmungen orthopädische Folgebeeinträchtigungen, die einer erneuten chirurgischen oder therapeutischen Behandlung bedurften. Dazu standen in der Schweiz zwei grössere Kliniken zur Verfügung.

6.2.4 Orthopädische Kliniken: Polio als bedeutendste Krankheitsgruppe

Die orthopädischen Kliniken in Zürich und Lausanne waren vor allem für die Behandlung und Therapie orthopädischer Langzeitfolgen zuständig. Aus der ganzen Schweiz reisten Betroffene an, um sich behandeln zu lassen. Poliomyelitis war dabei nur eines der Krankheitsbilder, wenn auch ein sehr bedeutendes.

Die Anstalt Balgrist, bestehend aus Poliklinik und Internat, wurde, wie in Kapitel 3.2.3 beschrieben, im November 1912 in Zürich eröffnet. Bereits im ersten Jahresbericht zeigt sich die Wichtigkeit dieser orthopädischen Klinik für Kinder mit Poliomyelitis. Schon in den ersten Monaten des Bestehens der Klinik waren 28 Kinder und Jugendliche mit Poliomyelitis in die Anstalt aufgenommen worden. Polio stellte damit eine der grössten Krankheitsgruppen im Internat dar (Tabelle 7, S. 177). Da vermutlich in der vierten Patientengruppe in dieser Tabelle

(nicht tuberkulöse Krankheiten der Muskeln, Knochen und Gelenke) diverse Krankheitsbilder zusammengefasst wurden, so kann man davon ausgehen, dass Poliomyelitis sogar das häufigste Krankheitsbild in dieser Klinik darstellte.

Tabelle 7: Patientengruppen der Anstalt Balgrist im Jahr 1912 (nach Schulthess & Scherb, 1913, S. 12–15)

Ursache der Beeinträchtigung	Internat	Poliklinik
1. Epidemische Kinderlähmung	28	28
2. Andere orthopädische Leiden im Anschluss an Neven-, Rückenmark- und Gehirnerkrankheiten	23	19
3. Tuberkulose	19	19
4. Nicht tuberkulöse Krankheiten der Muskeln, Knochen und Gelenke	37	83
5. Verschiedenes	2	7
6. Missbildungen	–	4

Bereits bevor Poliomyelitis in der Schweiz in den Fokus des Gesundheitswesens kam, scheint diese Erkrankung somit eine der Hauptursachen für eine behandlungsbedürftige körperliche Beeinträchtigung im Kindes- und Jugendalter gewesen zu sein. Der Schweizerische Verein für krüppelhafte Kinder schlug 1916 sogar vor, „ein eigenes Spital für diese Gruppe zu haben, da sie [die Kinderlähmung] eine jahrelange sorgfältige Pflege und Beaufsichtigung braucht“ (Bierbaum, 1916, 2. Mittagsblatt).

Die erste grosse Poliomyelitis-Epidemie in der Schweiz brachte der Anstalt Balgrist im Jahr 1936 eine starke Zunahme von Kindern mit Lähmungsfolgen und das Krankheitsbild wurde ausführlich diskutiert (Scherb, 1937). Aufgrund der Zunahme an Kindern mit Poliomyelitis nahm in dieser Zeit auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer leicht zu (Scherb, 1938). In den Jahren 1926–1932 lag der Prozentsatz an Patientinnen und Patienten, die sich wegen Folgeerscheinungen einer Poliomyelitis behandeln liessen, konstant bei ca. 15%. Nachdem in den Jahren 1933–1935 der Anteil etwas gesunken war, stieg er in der Folge der Poliomyelitis-Epidemien stetig an und erreichte 1940 und 1941 ca. 25% (Abb. 16, S. 178). Um der grossen Anzahl gerecht zu werden, wurde versucht, die Aufenthaltsdauer zugunsten der ambulanten Behandlung möglichst gering zu halten (Scherb, 1942). Neben den Badekuren für Kinder in Bad Ragaz, die zusammen mit dem Kinderspital angeboten wurden, organisierten die Verantwortlichen der

Anstalt Balgrist in Bad Pfäfers ein solches Therapieangebot für Erwachsene (Mützel & Brunner, 1947).

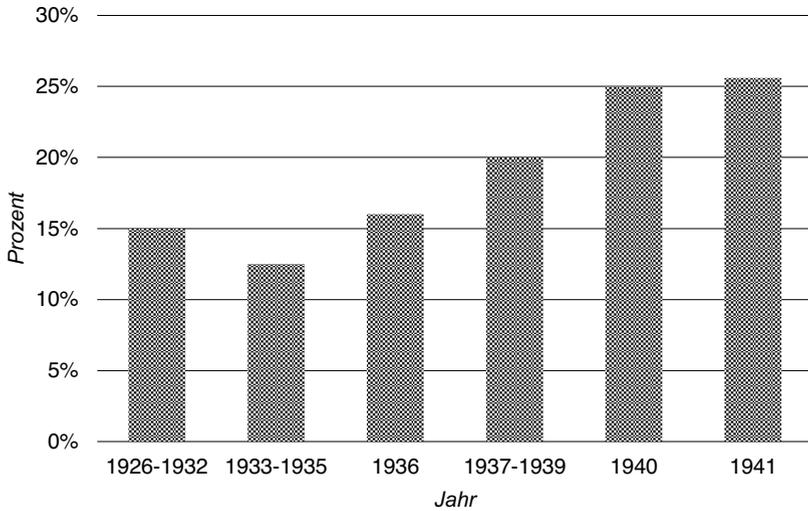


Abb. 16: Prozentsatz Poliomyelitis-Betroffener in der Anstalt Balgrist (nach Scherb, 1942)

Auch im Hospice orthopédique in Lausanne war Poliomyelitis eines der wichtigsten Krankheitsbilder. Während in den ersten Jahren unter Henri Martin (Gründer und Leiter der Klinik von 1876 bis 1906) jährlich kaum mehr als 10 Fälle behandelt wurden, stieg die Zahl am Ende seiner Amtszeit auf bis zu 30 Fälle an. Unter Placide Nicod, seinem Nachfolger, nahm die Zahl mit leichten Schwankungen kontinuierlich auf über 90 behandelte Kinder pro Jahr im Jahr 1946 zu. In den 1940er und 1950er Jahren schwankte die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Langzeitfolgen aufgrund einer Poliomyelitis zwischen 55 und knapp über 90. Kinder und Jugendliche mit Poliomyelitis-Erkrankungen waren damit, wie in der Anstalt Balgrist, über die Jahrzehnte eine der grössten Patientengruppen (Abb. 17, S. 179). Erst ab Mitte der 1950er Jahre nahm die Zahl wieder stark ab (Nicod, 1976).

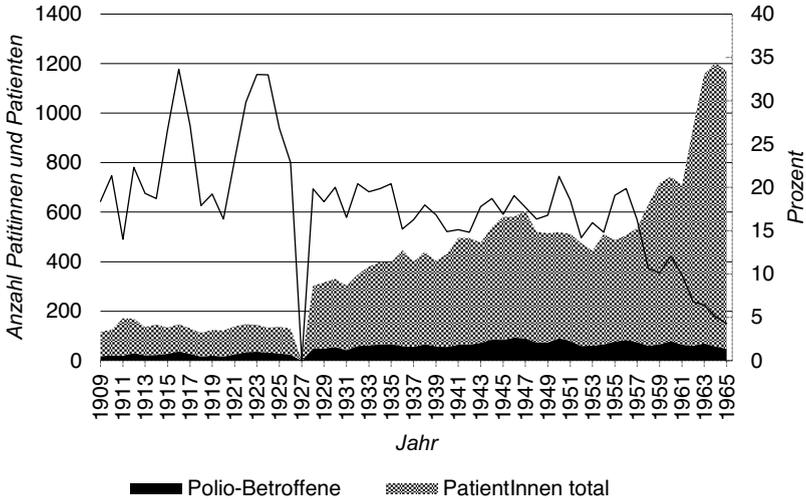


Abb. 17: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Poliomyelitis (Jahresberichte Hospice/Hôpital orthopédique 1910–1966, für das Jahr 1927 gibt es keinen Jahresbericht)

Zunächst standen lediglich acht Betten für Kinder zur Verfügung. Diese Zahl wurde über die Jahre stetig bis auf 80 Plätze erweitert (Hugli, 1976). Henri Martin hatte ein grosses Interesse an der Behandlung der Langzeitfolgen von Poliomyelitis-Erkrankungen, und auch Placide Nicod (Leiter der Klinik von 1906 bis 1947) beschäftigte sich intensiv mit diesem Krankheitsbild (Nicod, 1976).

Les paralysies infantiles, toujours en très grand nombre à l'hospice, ont bénéficié largement des procédés et des moyens thérapeutiques préconisés par le Dr Henri Martin. Qu'il me soit permis de rappeler ici que le vénéré fondateur dont nous avons déploré la mort cette année même, traitait avec une prédilection spéciale les paralysies infantiles et obtenait dans ce domaine de brillants succès. (Nicod, 1915, S. 6)

Louis Nicod, der Sohn von Placide Nicod, übernahm 1953 die medizinische Leitung der Klinik von Jean-Charles Scholder. Er war mit einer zunehmenden Zahl an Poliomyelitis-Betroffenen konfrontiert. Daher forderte er 1954 den Ausbau der Klinik, deren Öffnung für die Behandlung Erwachsener und die Erweiterung der bisherigen Therapiemöglichkeiten (Physiotherapie, Heilgymnastik) um Elektro-, Fango-, Ergotherapie, Bäderkur und forderte ein Schwimmbad für die Hydrotherapie (Nicod, 1976).

Une des principales raisons qui nous font désirer de disposer de plus de place, est l'hospitalisation et le traitement des malades atteints de poliomyélite, dont le nombre augmente sans cesse. (o.V., 1955c, S. 5)

Louis Nicod setzte sich zudem stark für die Wiedereingliederung der Betroffenen ein und initiierte eine Zusammenarbeit zwischen der Klinik und dem Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés, zu deren Gründungsmitgliedern er gehörte (Nicod, 1976).

Die orthopädischen Kliniken, die zunächst vor allem als Kinderkliniken gegründet worden waren, wandelten sich über die Jahrzehnte zu Kliniken für Erwachsene. Die Poliomyelitis-Folgeerkrankungen machten seit der Gründung der Kliniken einen grossen Teil der Patientinnen und Patienten aus. Ihre Zahl nahm mit den Epidemien noch zu. Eine Verschiebung zeichnete sich erst mit der Einführung der Impfung und dem damit verbundenen Rückgang der Neuerkrankungen ab.

Für die orthopädischen Kliniken hatten die Poliomyelitis-Epidemien weniger Auswirkungen als für Kliniken, die sich mit der akuten Erkrankung beschäftigten. Einerseits behandelte die Orthopädie nur Kinder und Jugendliche nach dem akuten Stadium und mit bleibenden, behandlungsbedürftigen Lähmungsercheinungen. Diese waren, im Vergleich zur Gesamtzahl der Infektionen, weit aus seltener. Ausserdem war die Notwendigkeit einer Behandlung nicht so dringlich und konnte hinausgeschoben werden. Strukturelle Anpassungen wie in den Kinderkliniken schienen daher nicht in gleichem Ausmass notwendig gewesen zu sein. Für das Erziehungswesen stellten sich dagegen ganz andere Herausforderungen.

6.3 Das Erziehungswesen: Akute Erkrankung und Langzeitfolgen

Das Erziehungswesen war je nach Phase der Poliomyelitis-Erkrankung mit unterschiedlichen Problemstellungen konfrontiert. Einerseits mussten die Erziehungsbehörden und die verantwortlichen Schulärztinnen und -ärzte aufgrund der jeweiligen Gesetzgebung auf akute Neuerkrankungen in der Schule reagieren und zum Beispiel Kinder von der Schule dispensieren sowie Klassen oder Schulen schliessen. Andererseits mussten sie einen Umgang mit jenen Kindern finden, die mit bleibenden Lähmungen zurück in die Schule kamen. Da es sich dabei um zwei unterschiedliche Herausforderungen handelt, werden sie auch in getrennten Kapiteln behandelt.

6.3.1 Verordnungen betreffend akute Erkrankungsfälle

Verschiedene Erlasse des Bundes regelten die Massnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten. Die Kantone verfügten auf der Basis dieser Erlasse Verordnungen, wie diese Regelungen auf kantonaler Ebene konkret umgesetzt werden sollten. Da die Vorschriften des Bundes einen gewissen Spielraum zuließen, kam es aufgrund der föderalistischen Struktur der Schweiz zu unterschiedlichen Massnahmen. Für Vorschriften, welche die Schule betrafen, wurden dabei oft separate Verordnungen erlassen.

Im Zuge der Neuerungen auf Bundesebene bezüglich der Meldepflicht von bestimmten Krankheiten im Jahr 1914 erliessen die Kantone neue Verordnungen bezüglich der Massnahmen zur Bekämpfung der Ausbreitung ansteckender Krankheiten. Da viele dieser Erkrankungen als Kinderkrankheiten angesehen wurden, bezogen sich die Verordnungen vor allem auf Kinder und die Schule. Sie regelten unter anderem das Meldewesen innerhalb der Schule, einen allfälligen Schulausschluss von betroffenen Kindern, Geschwisterkindern und Kindern, die in derselben Wohnung lebten, die Dauer der Dispensierung und das Vorgehen, falls in einer Klasse oder Schule mehrere Kinder betroffen waren. Diese kantonalen Verordnungen betrafen nicht nur die Poliomyelitis, sondern allgemein ansteckende Krankheiten (vgl. z. B. Verordnung betreffend Bekämpfung ansteckender Krankheiten vom 11. März 1916, 1916; Verordnung betreffend Massregeln gegen ansteckende Kinderkrankheiten vom 27. Oktober 1916; Verordnung betreffend die Massnahmen gegen Verbreitung ansteckender Krankheiten in der Schule vom 10. November 1916, 1917).

So wurde in der Verordnung des Kantons Thurgau festgehalten, dass die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, ansteckende Kinderkrankheiten der Schule zu melden. Diese musste dann die Lehrperson (bzw. den Geistlichen) des betreffenden Kindes informieren. Falls dagegen Lehrpersonen oder Geistliche eine dieser Erkrankungen bei einem Kind feststellten, so mussten diese die betreffenden Kinder der Präsidentin bzw. dem Präsidenten der Schulvorsteherschaft melden sowie die Eltern informieren. Diese hatten dann dafür zu sorgen, dass das Kind die Schule nicht mehr besuchte. War ein Kind an Poliomyelitis (Diphtherie, Genickstarre oder Scharlach) erkrankt, so durften auch die schulpflichtigen Geschwister oder Wohnungsgenossinnen und -genossen die Schule nicht mehr besuchen. Dies war erst wieder erlaubt, wenn „laut ärztlicher Bescheinigung für vollständige Absonderung des Kranken gesorgt und die vermutliche Inkubationszeit abgelaufen ist oder die amtlich angeordnete Wohnungsdesinfektion stattgefunden hat“ (Verordnung betreffend Massregeln gegen ansteckende

Kinderkrankheiten vom 27. Oktober 1916, S. 503). Den von der Schule ausgeschlossenen Kindern war es auch nicht erlaubt, Spielplätze zu besuchen oder mit anderen Kindern in Kontakt zu treten. Bevor das Kind wieder zur Schule zugelassen wurde, musste eine Ärztin oder ein Arzt eine Bewilligung ausstellen. Erkrankte eine in einem Schulhaus wohnende Person, so musste diese sofort auslogiert und eine amtliche Desinfektion vorgenommen werden. Alternativ dazu konnte die Schule geschlossen werden, bis die Person genesen und die Desinfektion vorgenommen worden war. Bei gehäuften Auftreten einer ansteckenden Krankheit konnte der Bezirksarzt die ganze Schule schliessen lassen (Verordnung betreffend Massregeln gegen ansteckende Kinderkrankheiten vom 27. Oktober 1916). Die Schule hatte den Auftrag, auch bisher nicht diagnostizierte Krankheiten zu melden, und wurde dadurch eine Art Kontrollinstanz. Da die Kinder und Jugendlichen aufgrund der allgemeinen Schulpflicht die Schule besuchen mussten, wurde diese Möglichkeit wahrgenommen, um Krankheiten, die bisher nicht gemeldet worden waren, dennoch aufzudecken und weitere Ansteckungen zu vermeiden.

1923 wurde der Kanton Luzern von einer Poliomyelitis-Epidemie heimgesucht. Da sich die Lage trotz der allgemeinen Massnahmen gegen ansteckende Krankheiten nicht besserte, wurden diese ausgedehnt. Ab dem 4. September 1923 wurden nun nicht nur die betroffenen Kinder, ihre Geschwister und die anderen in der gleichen Wohnung lebenden Kinder vom Schulbesuch ausgeschlossen, sondern alle Kinder, die im selben Haus lebten. Der Ausschluss dauerte vier Wochen, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Entfieberung. Die kranken Kinder durften von niemandem besucht werden und auch der Rest der Familie musste ihren Verkehr mit anderen Personen auf ein Minimum einschränken (Kreisschreiben der städtischen Polizeidirektion an die in der Stadt Luzern praktizierenden Aerzte betr. Massnahmen gegen die Poliomyelitis acuta vom 5. September 1923, 1923).

Nach der Unterstellung der Poliomyelitis unter das Epidemiegesetz (1937) wurden die kantonalen Verordnungen dementsprechend angepasst, die Massnahmen blieben praktisch identisch. Die Lehrpersonen waren weiterhin verpflichtet, krankheitsverdächtige Kinder zu melden. Erkrankte Kinder, Geschwister sowie weitere kindliche Mitbewohnerinnen und -bewohner wurden vom Schulbesuch bis auf weiteres ausgeschlossen sowie bei vermehrtem Auftreten Klassen oder ganze Schulen geschlossen. Auch die Bewegungseinschränkungen der ausgeschlossenen Kinder wurden beibehalten (vgl. z. B. Verordnung betreffend die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten vom 31. Dezember 1936, 1936a,

1936b; Verordnung über Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten vom 18. Dezember 1936, 1936b).

Das Eidgenössische Gesundheitsamt veröffentlichte nach den beiden grossen Poliomyelitis-Epidemien in den Jahren 1936 und 1937 Richtlinien für die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung. Sie versuchten damit die kantonal geltenden Massnahmen zu vereinheitlichen.

Bei Erkrankungen von Schülern oder Lehrern an Kinderlähmung, sowie beim Auftreten mehrerer Fälle von Kinderlähmung in einer Gemeinde oder in einem Schulbezirk entscheiden die zuständigen Behörden im Einvernehmen mit dem Schul- und Amtsarzt über den *Schul- oder Klassenschluß*.

Schüler und Lehrlinge aus Gemeinden, in denen die Schule geschlossen wurde, dürfen auswärts keinen Unterricht besuchen.

Bei der Anordnung solcher Massnahmen dürften sich wesentliche Unterschiede ergeben, je nachdem es sich um städtische oder ländliche Verhältnisse handelt.

Grundsätzlich soll für Erkrankte der *Schulausschluß* vom Zeitpunkt der Entfieberung an gerechnet, mindestens vier Wochen betragen.

Für Geschwister von Erkrankten ist eine Quarantäne von 14 Tagen vorzuschreiben, wenn der Erkrankte ins Spital versetzt worden ist. Wird er Zuhause behandelt, so soll der Schulausschluß 4 Wochen betragen.

Körperliche Ueberanstrengungen bei Turnen, Schwimmen, Ausflügen usw. sind in Zeiten der Kinderlähmungsgefahr tunlichst zu vermeiden. (Richtlinien für die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung, 1938, S. 227)

Die weiteren Änderungen des Epidemiegesetzes führten zu keinen bedeutenden Anpassungen mehr (vgl. z. B. Direktion des Gesundheitswesens des Kanton Zürich, 1944; Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in der Schule vom Kleinen Rat des Kantons Graubünden erlassen am 31. Oktober 1945, 1945; Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 14. April 1951, 1951; Weisungen für den Vollzug der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 29. Februar 1952, 1952; Kanton Zürich, 1953; Verordnung über die übertragbaren Krankheiten vom 4. August 1960, 1960). An einer Diskussionstagung der Gesellschaft der Schweizerischen Amtsärzte äusserte sich Dr. Bodmer, der Leiter des Schulärztlichen Dienstes von Zürich, über die Massnahmen bei Infektionskrankheiten in den Schulen:

Wir haben hierüber eigentlich nicht etwas Neues zu berichten. . . . Wir stehen heute unter dem Eindruck, dass Infektionskrankheiten in Schulen an Bedeutung verloren haben. Die Gründe für diese Wandlung kennen wir nur zum Teil mit Sicherheit. Gewiss, die Erfolge der Therapie und der Prophylaxe können wir abschätzen. Weniger sicher sind die Faktoren der Umwelt: gesunde Wohnung, bessere Ernährung, physiologische Arbeitsbedingungen. (Bodmer, 1965, S. 49)

Klassenschliessungen kamen in Zürich anscheinend kaum mehr vor, und wenn, dann wegen Grippewellen. Wegen vereinzelter Krankheitsfälle wurde diese Massnahme nicht mehr ergriffen (Bodmer, 1965). Die Infektionskrankheiten hatten allgemein an Bedeutung verloren. Einige konnten aufgrund der zur Verfügung stehenden Antibiotika gut behandelt werden und stellten daher keine so grosse Gefahr mehr dar. Andere waren aufgrund der Verfügbarkeit von Impfungen selten geworden.

Von 1914 bis in die 1950er Jahre wurde mit verschiedenen Massnahmen versucht, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten in der Schule zu vermeiden. Dies forderte das Erziehungswesen besonders in organisatorischer Hinsicht. Die grossen Epidemien in den Jahren 1936 und 1937 drängte die kantonalen Erziehungsbehörden zusammen mit den entsprechenden Gesundheitsbehörden dazu, Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu treffen. Da viele Wissensbestände zu Poliomyelitis noch umstritten waren und neben schulischen auch wirtschaftliche Überlegungen einbezogen werden mussten, waren sich die beteiligten Akteure nicht immer einig. Dies kann an den Vorgängen im Kanton Zürich verdeutlicht werden.

6.3.2 Umgang mit akuten Fällen am Beispiel der Epidemie 1936/1937 in Zürich

Als sich die Poliomyelitis-Fälle 1936 zu häufen begannen, bat der Schularzt der Kantonsschule Zürich die kantonale Gesundheitsdirektion Ende Juni darum, laufend über die gemeldeten Neuerkrankungen im Kanton informiert zu werden. Er war besorgt, dass sich in der Schule Krankheitsfälle mehren könnten, da 25% der Schülerinnen und Schüler ihren Wohnsitz ausserhalb der Stadt hatten und daher die Gefahr einer Einschleppung aus einem betroffenen Dorf bestand. Auch der Direktor des Erziehungswesens des Kantons Zürich wandte sich an die Direktion des Gesundheitswesens, da für die Mittelschule aufgrund des grossen Einzugsgebietes besondere Vorsichtsmassnahmen getroffen werden müssten. Er bat um möglichst tägliche Meldung der angezeigten Neuerkrankungen im Kanton und der angrenzenden Einzugsgebiete (Schularzt Kantonsschule Zürich, 20.06.1936, StAZH, S111 Teil 3).

Das Gesundheitsamt des Kantons Zürichs reagierte schnell auf diese Bitte. Bereits in der ersten Juliwoche 1936 wurden Angaben zu betroffenen Kindern übermittelt. In den Meldungen waren jeweils der Name, das Alter und die Adresse aufgeführt sowie das Krankenhaus, in das sie verlegt worden waren. Solche regelmässigen, direkten Meldungen sind nur für das Jahr 1936 überliefert; ob und

in welchem Umfang diese Praxis weitergeführt wurde, ist aus der Aktenlage nicht ersichtlich (Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, 03.07.1936–02.11.1936, StAZH, Z 34.9058).

Mit Beginn der Meldungen an die Erziehungsdirektion des Kantons Zürich wurde am 6. Juli 1936 eine Sitzung einberufen, um mit den verantwortlichen Personen aus der Stadt und dem Kanton Zürich die zu treffenden Massnahmen zu verhandeln. Teilnehmer waren Otto Pfister (Regierungsrat Kanton Zürich), William Silberschmidt (Professor für Hygiene der Universität Zürich), Guido Fanconi (Direktor des Kinderspitals und Professor für Pädiatrie), Wilhelm Löffler (Direktor der Poliklinik und ausserordentlicher Professor für Innere Medizin), Hugo Brunner (Stadtarzt), Ernst Bachmann (Kantonsschularzt), Hugo Remund (Bezirksarzt), Ernst Braun (Stadtschularzt), Werner Biber (Präsident der Ärztesgesellschaft), Manfred Mantel und Eduard Scheurmann (Sekretäre der Erziehungsdirektion) sowie Hans Amsler (Sekretär der Gesundheitsdirektion) (Protokoll über die auf Montag, den 6. Juli 1936, nachm. 14.15 Uhr anberaumte Sitzung zwecks Besprechung der Massnahmen betr. Kinderlähmung, StAZH, Z 34.9058). Nachdem bereits in Graubünden eine Epidemie ausgebrochen war, wollte man in Zürich gewappnet sein. Die Sitzungsteilnehmer diskutierten, ob und welche Massnahmen bezüglich der Schule, Ferienkolonien⁴⁶ und anderen Veranstaltungen getroffen werden sollten. Die Professoren Silberschmidt und Löffler rieten aufgrund der möglichen Schwere der Krankheit eher zu zu strengen Massnahmen, als zu wenig zu tun. Der Stadtschularzt Dr. Braun gab die finanziellen Auswirkungen eines generellen Schulschlusses zu bedenken. Falls Schulen geschlossen werden müssten, dann sollte dies lediglich situativ einzelne Schulen betreffen und nicht alle Schulhäuser des Kantons. Der Präsident der Ärztesgesellschaft, Guido Fanconi, wiegelte ab zwischen der Gefahr einer Epidemie und einer Panik in der Bevölkerung, die bei zu rigorosen Massnahmen entstehen könnte. Der Stadtarzt Dr. Brunner entgegnete jedoch, dass diese bereits ausgebrochen sei, und sah daher eine Aufklärung der Gesellschaft mit Hilfe der Presse als angebracht. Dr. Biber vertrat die Meinung, dass durch einen Schulschluss, zumindest im gesamten Stadtgebiet, einer Panik entgegengewirkt werden könnte und die Behörden dann ihre Verantwortlichkeit getan hätten (Protokoll über die auf Montag, den 6. Juli 1936, nachm. 14.15 Uhr anberaumte Sitzung zwecks Besprechung der Massnahmen betr. Kinderlähmung, StAZH, Z 34.9058).

⁴⁶ Ferienkolonien waren Ferienlager, meist in ländlicher Umgebung, für Schulkinder. Ziel war es, Kindern aus armen Familien Ferien zu ermöglichen und mittels pädagogischer Massnahmen Körper und Geist zu stärken (Grunder, 2005).

Dr. Biber: Wir haben nicht allein auf die Epidemie Rücksicht zu nehmen, sondern auch auf die Mentalität. Mit dem vorzeitigen Schulschluss können wir die Panik verhüten. Wenn wir die Schulen schliessen, so haben die Behörden gemacht, was sie tun konnten. (Protokoll über die auf Montag, den 6. Juli 1936, nachm. 14.15 Uhr anberaumte Sitzung zwecks Besprechung der Massnahmen betr. Kinderlähmung, StAZH, Z 34.9058, S. 3)

Für den Kantonsschularzt Dr. Bachmann war die Diskussion eigentlich überflüssig, da er aufgrund der vielen auswärtigen Schülerinnen und Schüler die Kantonsschule bereits hatte schliessen lassen. Obwohl der Stadtarzt Dr. Brunner sowie der Sekretär der Erziehungsdirektion, Dr. Mantel, der Massnahme kritisch entgegenstanden, entschieden sich die Sitzungsteilnehmer nach weiteren Diskussionen dafür, auch alle Stadtschulen zu schliessen. Die Gemeindeschulen sollten nur geschlossen werden, falls in letzter Zeit gehäuft Polio-Erkrankungen aufgetreten waren. Die Kinder aus diesen Gemeinden wurden auch von der Teilnahme an den ersten Ferienkolonien ausgeschlossen. Ferienhorte wurden ebenfalls geschlossen und Kindern aus betroffenen Gemeinden der Besuch von Festanlässen verboten (Protokoll über die auf Montag, den 6. Juli 1936, nachm. 14.15 Uhr anberaumte Sitzung zwecks Besprechung der Massnahmen betr. Kinderlähmung, StAZH, Z 34.9058).

Die Verlängerung der Sommerferien stellte die Kantonsschule vor Probleme. Die Abiturientinnen und Abiturienten standen kurz vor den Abschlussprüfungen und mussten noch einiges an prüfungsrelevantem Schulstoff mitgeteilt bekommen. Zudem ergab sich die Schwierigkeit, dass die Erfahrungsnote, die in die Abiturnote miteinfluss, sich dadurch nicht genügend sicher setzen liess. Auch eine Verschiebung des Prüfungsdatums war nicht mehr möglich. Das Rektorenpräsidium der Kantonsschule Zürich bat daher die Erziehungsdirektion, die Abiturklassen von der Ferienverlängerung auszunehmen. Die Kantonsschule wollte dafür sorgen, dass unter den Klassen so wenig Kontakt wie möglich bestehen würde, der Sportunterricht würde eingestellt und Jugendliche aus gefährdeten Gebieten ausgeschlossen (Rektoren-Präsidium Kantonsschule Zürich, 18.08.1937, StAZH, Z 34.10563). Dem Antrag wurde stattgegeben (Kantonsschule Zürich, Massnahmen wegen der Kinderlähmung, 21.08.1936, StAZH, UU2.88).

Nach dem ersten grösseren Epidemie-Jahr von 1936 war der Erziehungsrat des Kantons Zürich alarmiert und entschloss sich Ende Dezember 1936 einen Bericht über die Massnahmen gegen die Kinderlähmung und deren Wirkung einzufordern. Die Gesundheitsdirektion machte in ihrer Antwort klar, dass zu dieser Zeit einzig die Isolation als nützliches Instrument erachtet werden konnte und dass

auch 1937 in den bisher verschont gebliebenen Gebieten der Stadt und des Kantons Epidemien zu erwarten sei (Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, 22.02.1937, Z 34.10048).

Als auch 1937 die Zahl der Neuerkrankungen wieder besorgniserregende Ausmasse annahm, wurde am 13. August 1937 eine Sitzung einberufen. Teilnehmer waren dieses Mal Robert Briner (Regierungsrat), Rudolf Streuli (Regierungsrat), Hermann Mooser (Professor für Medizinische Mikrobiologie und Direktor des Hygiene-Institutes der Universität Zürich), Rektorenpräsident Guyer, Ernst Bachmann (Kantonsschularzt), Hugo Brunner (Stadtarzt), Ernst Braun (Stadt-schularzt), Hans Amsler (Sekretär der Gesundheitsdirektion) und Eduard Scheurmann (Sekretär der Erziehungsdirektion). Diskutiert wurde über eine mögliche Ferienverlängerung an den kantonalen Mittelschulen. Die verantwortlichen Personen waren sich über das Vorgehen erneut nicht einig. Dr. Bachmann, der Schularzt der Kantonsschule Zürich, befürwortete die Schliessung der Schulen, obwohl er deren Bedeutung für die Übertragung anzweifelte. Er fürchtete sich aber davor, dass die durch die Rückkehr der Familien aus den Ferien unweigerlich absehbare Zunahme von Neuerkrankungen der Schule angelastet werden könnte. Es ging ihm also insbesondere um den Schutz vor Anschuldigungen. Prof. Mooser sah es dagegen als erwiesen, dass jegliche Massenansammlung, also auch die Schule, zur Verbreitung beiträgt. Den Nutzen, nur die Schule zu schliessen und andere Massenansammlungen zuzulassen und auch die Erwachsenen in ihrem Verkehr nicht einzuschränken, wurde als gering eingeschätzt. Kurz zuvor war bereits beschlossen worden, dass die Stadtschulen regulär mit dem Unterricht beginnen würden. Der verantwortliche Stadtarzt Dr. Brunner nannte für diesen Entscheid vor allem wirtschaftliche Gründe, die aber nicht genauer ausgeführt wurden. Zudem war er der Meinung, dass die getroffenen Massnahmen keinen nachweisbaren Einfluss auf den Verlauf einer Epidemie haben. Die Sitzungsteilnehmer waren sich zwar grösstenteils einig, dass es sinnlos ist, bezüglich des Schulbeginns für städtische und kantonale Schulen unterschiedlich vorzugehen, konnten sich aber wie 1936 nicht zu einem gemeinsamen Entscheid durchringen. Daher wurden die Ferien für die Kantonsschule 14 Tage verlängert und die Stadtschulen begannen regulär mit dem Unterricht (Frage der Verschiebung der Unterrichtseröffnung an den kantonalen Mittelschule wegen der Kinderlähmungsepidemie, 13.08.1937, StAZH, Z 34.10859). Den Eltern von Kindern der städtischen Schulen wurde erlaubt, diese zu Hause zu behalten, falls sie sich vor einer Infektion fürchteten. Dieses Angebot wurde von den Eltern reger wahrgenommen. In einem Schulkreis wurden 130 und in einem anderen 100 Kinder von der Schule ferngehalten (Protokoll über die auf Freitag, den 27. August

1937, 14.15 Uhr anberaumte Sitzung zur Besprechung der Massnahmen betreffend Kinderlähmung, StAZH, Z 34.11047).

Wie aus einem nicht publizierten Artikel und einem Brief der Redaktion der NZZ hervorgeht, wurde dieser Entschluss per Boten von Haus zu Haus übermittelt und nicht, wie es damals üblich zu sein schien, über die Presse oder Telefonauskunft. Es wurde angeprangert, was auch den Sitzungsteilnehmern bewusst war: Eine Schliessung der Kantonsschule bei einem gleichzeitigen Beginn der Stadtschulen schien sinnlos. Dieses Vorgehen führte auch zu einer Verunsicherung der Bevölkerung (Redaktion Neue Zürcher Zeitung, 20. August 1937, StAZH, Z 34.11047).

Im Zusammenhang mit der Verlängerung der Kantonsschulferien und mit dem Auftreten der Kinderlähmung sind uns zahlreiche Anfragen und Stimmen zugekommen, von denen wir Ihnen eine unterbreiten, weil sie unseres Erachtens der Begründung nicht entbehrt. Wenn wir die Einsendung bisher nicht publizierten, so deswegen, um die herrschende Konfusion nicht noch zu vergrössern. Dagegen haben wir uns veranlasst gesehen, telephonisch sowohl mit den städtischen wie mit den kantonalen Instanzen Fühlung zu nehmen. Auch behalten wir uns vor, nach dem Zeitpunkt der Wiedereinberufung der Kantonsschule auf die Angelegenheit grundsätzlich zurückzukommen.

Die Presse hat das Menschenmögliche getan, um einer Panikstimmung vorzubeugen, wie sie letztes Jahr durch die zahlreichen Meldungen über das Auftreten der Kinderlähmung erzeugt worden ist. Hat man vergangenes Jahr zu viel Gerede gemacht, so scheint man dieses Jahr beinahe ins andere Extrem gefallen zu sein. So hätte unseres Erachtens ein so weittragender Beschluss wie die Verlängerung der Kantonsschulferien unbedingt in irgendeiner Form der Öffentlichkeit mitgeteilt werden müssen, weil ja die Auswirkungen derartiger Massnahmen sich niemals verheimlichen lassen. Es tritt dann, was wir in den letzten Tagen festzustellen die Gelegenheit hatten, die gegenteilige Reaktion in der Öffentlichkeit ein, indem Gerüchte herumschwirren und übertriebene Furcht erweckt wird. Nach den neusten Mitteilungen, die uns der Stadtarzt heute morgen [sic] zukommen liess, scheinen alle diese Befürchtungen nicht gerechtfertigt zu sein, da seit der Wiedereröffnung der Stadtschulen keine neuen Kinderlähmungsfälle im schulpflichtigen Alter aufgetreten sind. Da die Epidemie stagniert, ja eher zurückzugehen scheint und die städtischen Behörden ausserdem versprochen haben, im Falle einer Verschärfung der Öffentlichkeit sofort die nötigen Mitteilungen zukommen zu lassen, so sind wir bereit, vorläufig weiterhin Stillschweigen zu üben und, wie gesagt, auch die Frage der Nichtpublikation der Kantonsschulferien-Verlängerung vorläufig nicht zu diskutieren. (Redaktion Neue Zürcher Zeitung, 20. August 1937, StAZH, Z 34.11047)

Die Redaktion der NZZ warf den Direktionen für Gesundheit und Erziehung vor, durch ihr Handeln in der Bevölkerung eine Verunsicherung hervorzurufen und zu wenig zu informieren. Dennoch wollte sich auch der Redaktor der NZZ

aufgrund der aktuellen Lage nicht zu den Geschehnissen äussern und die Bevölkerung nicht aufklären. Die im Brief erwähnte Stimme gibt einen Einblick in die Wahrnehmung der Bevölkerung und verdeutlicht die Vorwürfe der NZZ.

Unsere Behörden legen in der Frage der Schulschliessung wegen der herrschenden Kinderlähmung eine erschreckende Ratlosigkeit an den Tag.

Nachdem im Laufe des Freitagabends der Beschluss gefasst worden war Kantonales Seminar in Küsnacht und Kantonsschule in Zürich einstweilen für die Dauer von 14 Tagen geschlossen zu halten, wurde die Nachricht per *Boten* von Elternhaus zu Elternhaus übermittelt. Mehr als diese reichlich altmodische Art der Benachrichtigung muss die Tatsache befremden, dass sich städtische und kantonale Behörde für das Stadtgebiet nicht zu einer gemeinsamen Massnahme durchringen konnte. Als ob die Ansteckungsgefahr nicht in allen Schulen dieselbe wäre! Der Eindruck dieser halben Massnahme auf die Familien, welche sehr oft Kinder in *städtischen und kantonalen* Schulen haben, ist deshalb ein höchst bedenklicher. Eine allfällige Berufung auf die kantonalen Bestimmungen des letzten Jahres, wonach bei einer Ueberschreitung gewisser Minimalzahlen von Erkrankungen einzelne Klassen und Schulhäuser zu schliessen sind, wäre im vorliegenden Fall nach 5 Wochen Ferien nicht stichhaltig.

Nachdem sich sämtliche Samstag- und Sonntagsblätter der NZZ mangels Benachrichtigung nicht zur Frage der Schulschliessung äussern konnten, ergab eine Anfrage bei der Telefonauskunft, dass die Schliessung der Kantonsschule dort ‚privatim‘ wohl bekannt sei, aber mangels einer amtlichen Mitteilung überhaupt keine Auskunft gegeben werden dürfe. So sehr eine solche Massnahme begrifflich erscheint, um die Verbreitung falscher Nachrichten zu verhindern, so unterstreicht sie umso deutlicher die Notwendigkeit, Eltern und Oeffentlichkeit *rechtzeitig* im Wege der Presse und Telefonauskunft, ev. auch des Radios zu benachrichtigen. Dies umso mehr, als infolge der Samstag-Sonntagsruhe die zuständigen Amtsstellen nicht angerufen werden konnten. Es ist doch ganz klar, dass die Eltern von Volksschülern, städtischen und kantonalen Sekundarschülern auf die Spitzfindigkeiten der Verwaltung nicht vorbereitet waren und sich gerne darüber vergewissert hätten, ob ihre Kinder am Montag zur Schule gehen müssten oder nicht. Auf diese Frage war nun aber Samstags und Sonntags keine authentische Antwort zu erhalten.

Noch eines: Weshalb wird in der Frage der Kinderlähmung der Kantonale Sanitätsrat nie versammelt und befragt? Hier ist die Instanz, wo Stadtarzt, die kantonalen Fakultätsmitglieder für Hygiene, Kinderkrankheiten etc., sowie praktische Aerzte zusammenkommen und Gelegenheit hätten, dem Gesundheitsdirektor, einem Nichtmediziner, einen kompetenten, nötigenfalls in Mehrheitsbeschluss gefassten Ratschlag zu geben, auf den er sich bei Anfragen und selbst Angriffen mit Recht stützen könnte. Wie die Dinge aber heute liegen, ist der Sanitätsrat, trotz seiner glücklichen Zusammensetzung, zu einem Schattendasein verurteilt. (o.V., dem Schreiben der Redaktion der NZZ beigelegter Brief, StAZH, Z 34.11047)

Dieser eingesandte, nicht veröffentlichte Leserbrief zeigt deutlich den Unmut und das Unverständnis gegenüber der ungleichen Entscheidung bezüglich der

Stadt- und Kantonsschulen. Sehr konkret wurde der Direktor des Gesundheitsamtes angegriffen und ihm als Nichtmediziner Inkompetenz vorgeworfen. Diese starke Reaktion sowie der Brief der NZZ zeigte Wirkung.

Am Freitag, dem 27. August 1937, wurde kurzfristig erneut eine Sitzung einberufen, um das weitere Vorgehen aufgrund der Verunsicherung der Bevölkerung und der Reaktion der Presse zu besprechen. Nun wurden auch die Sanitätsräte, wie im Leserbrief empfohlen, einbezogen. Die Sitzungsteilnehmer⁴⁷ diskutierten erneut über den Sinn von Schulschliessungen und das Problem der unterschiedlichen Vorgehensweisen der Stadtschule und der Kantonsschule. Dr. Braun verwies darauf, dass es unsinnig sei, Schulen in Quartieren zu schliessen, in denen keine Poliomyelitis-Fälle aufgetreten waren. Dafür müsse man in solchen Schulen konsequent Massnahmen ergreifen, die wirklich betroffen seien. Dr. Keller und Prof. Silberschmidt unterstützten Brauns Votum. Letzterer sprach sich dafür aus, die Bevölkerung über die Presse über die Gründe für ihren Entscheid aufzuklären. Prof. Mooser blieb dagegen bei seiner Meinung, dass ein alleiniger Schulschluss keinen Einfluss auf die Ausbreitung der Krankheit habe, sondern jegliche Massenansammlung vermieden werden müsse. Auch Prof. Löffler war der Ansicht, dass ein Schulschluss keinen Nutzen hat. Die Kantonsschulen, die Töchterschule und die Gewerbeschule seien von den Stadtschulen zu unterscheiden, da diese ein grösseres Einzugsgebiet aufweisen würden. Dr. Braun empfahl daher für diese Schulen ein Schulverbot für Kinder und Jugendliche aus Ortschaften, in denen Poliomyelitis-Fälle aufgetreten waren. Im Anschluss an diese Sitzung wurden alle Schulen wieder geöffnet und eine Mitteilung für die Presse verfasst (Protokoll über die auf Freitag, den 27. August 1937, 14.15 Uhr anberaumte Sitzung zur Besprechung der Massnahmen betreffend Kinderlähmung, StAZH, Z 34.11047).

Die Uneinigkeit der verschiedenen Vertreter des Gesundheits- und Erziehungswesens ist einerseits auf die unterschiedlichen Interessen zurückzuführen, andererseits auf die vielen unbekanntenen und umstrittenen Wissensbestände bezüglich Poliomyelitis. Die zu treffenden Entscheide und die Verordnungen betrafen vor allem die Schulorganisation. Die Schulpraxis war dagegen stärker mit jenen Kindern konfrontiert, die nach einer Erkrankung bleibende Lähmungen zurückbehielten.

⁴⁷ Regierungsratspräsident Pfister, Sanitätsräte Prof. Silberschmidt, Dr. Keller, Dr. Strasser und Dr. Hubacher, Stadtarzt Dr. Brunner, Prof. Fanconi, Prof. Mooser, Prof. Löffler, Stadtschularzt Dr. Braun, Kantonsschularzt Dr. Bachmann, Adjunkt der Gesundheitsdirektion Hafner.

6.3.3 Beschulung von Kindern mit Langzeitfolgen

Für die Zeit vor 1950 finden sich nur wenige Quellen dazu, was mit den Kindern geschehen ist, die nach einer Poliomyelitis-Infektion bleibende Lähmungen zurückbehalten hatten. Es ist davon auszugehen, dass die Situation identisch war wie bei anderen körperlichen Beeinträchtigungen. Falls möglich, wurden die Kinder und Jugendlichen in der Volksschule beschult (vgl. Kap. 3.2.5). Wie sie zum Schulhaus und ins Klassenzimmer kamen, wurde individuell geregelt. Es gab weder Transportdienste noch hatten alle Kinder einen Rollstuhl. Die Kinder und Jugendlichen waren auf die Unterstützung ihrer Eltern, Geschwister, Schulkameraden und Lehrpersonen angewiesen (vgl. Kap. 6.7.3). Erst in den 1950er Jahren wurde die Beschulung von Kindern mit einer Körperbeeinträchtigung vermehrt diskutiert und damit verbunden auch der Umgang mit Kindern mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis.

Nach der akuten Phase wurden die betroffenen Kinder und Jugendlichen häufig zunächst in ein Poliomyelitis-Nachbehandlungszentrum wie die Aussenstation Sonnenbühl des Kinderspitals Zürich verlegt. Dort wurde die Behandlung über Monate bis Jahre weitergeführt. Neben den Therapien wurden die Kinder aufgrund der Länge des Aufenthalts auch beschult (o.V., 1957a). In der Aussenstation Sonnenbühl wurde der Unterricht erst um 1956 als Folge der Zunahme der Kinder mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis und der dadurch verlängerten Aufenthaltsdauer eingeführt. In der Anstalt Balgrist war eine Beschulung schon von Beginn an Teil des Konzeptes, und im Hospice orthopédique wurde eine solche spätestens 1919 eingeführt (vgl. Kap. 3.2.3). Dies hat wahrscheinlich mit der ursprünglich unterschiedlichen Ausgangslage zu tun. Während die Anstalt Balgrist und das Hospice orthopédique von Beginn an auf längere Aufenthalte ausgerichtet waren, entwickelte sich die Aussenstation Sonnenbühl erst mit den Poliomyelitis-Epidemien zu einer Langzeiteinrichtung (vgl. Kap. 3.2.3). Nach dem Aufenthalt in der Akutklinik, einem Nachbehandlungszentrum oder einer orthopädischen Klinik war für viele eine Rückkehr nach Hause geplant; falls dies nicht möglich war, wurde ein Heimplatz gesucht.

Die Geschichte der ersten Bildungseinrichtungen für Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung verdeutlicht, dass in vielen dieser Institutionen das Krankheitsbild der Poliomyelitis einen grossen Teil der Schülerinnen und Schüler betraf. Der 1942 in Bern geplante Bau eines Schulheims, das vor allem für Kinder mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis-Erkrankung gedacht war, konnte erst 20 Jahre später umgesetzt werden. Da die Zahl der Neuerkrankungen

damals bereits stark abgenommen hatte, rückten Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen in den Vordergrund. Die Notwendigkeit eines orthopädischen Dienstes am Kinderspital in Basel wurde mit den Kapazitätsgrenzen aufgrund der vielen Poliomyelitis-erkrankten Kindern, vor allem nach der grossen Epidemie 1956, begründet. Zu diesen 1957 eingerichteten Angeboten gehörten auch eine Schule und ein Transportdienst. Kurz darauf gingen die gemeldeten Neuerkrankungen stark zurück, der orthopädische Dienst blieb aber bestehen (vgl. Kap. 3.2.3). Einige Kinder blieben bis zum Ende ihrer Schulzeit in einem Nachbehandlungszentrum oder einer orthopädischen Klinik (vgl. Kap. 3.2.3). Die Entfernung zu den Eltern war manchmal sehr gross und Besuche nur selten möglich. Das Thema der Wieder-Integration der Kinder in die Regelschule fand im Erziehungswesen kaum Beachtung. Weder in den Zeitschriften *Schweizer Schule*, der *Schweizerischen Lehrerzeitung* und *L'Éducateur* noch in den konsultierten Schularchiven finden sich Hinweise, wie entschieden oder vorgegangen wurde. Erst in einem Sonderheft der *Schweizerischen Lehrerzeitung* aus dem Jahre 1957 mit dem Titel ‚Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule‘ wird auf die Herausforderungen im Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen hingewiesen. Darin wurde die Leserschaft über Aspekte einer Poliomyelitis-Erkrankung durch verschiedene Fachpersonen aufgeklärt. Neben einem Artikel über die Psyche wurden auch die mit den Lähmungen verbundenen medizinischen und therapeutischen Herausforderungen dargelegt. Eine Lehrerin aus der Anstalt Balgrist sowie eine der Aussenstation Sonnenbühl des Kinderspitals Zürich beschreiben beispielhaft, wie sie mit den betroffenen Kindern umgehen und wie der Schulalltag in der Klinik bewältigt wird. Ergänzt wird das Sonderheft um die Aussagen eines Berufsberaters, der die Wichtigkeit der Bildung gerade bei körperlich beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen betont, sowie einen Artikel über die Pfadfindergruppe ‚Trotz Allem‘ (Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule, 1957, 7. Juni). Die verschiedenen Artikel sollten den Lehrpersonen eine Orientierungsmöglichkeit geben, beschrieben aber – mit Ausnahme der Berichte über die Aussenstation des Kinderspitals und die Schule der Anstalt Balgrist – nicht den konkreten Schulalltag.

Im Artikel über die Psyche des Kindes mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis wurde gefordert, dass die Lehrperson die psychischen Auswirkungen kennen und richtig darauf reagieren sollte. Die Kinder würden zu Tobsuchtsanfällen neigen und es könne zu einem Auseinanderdriften der intellektuellen und emotionalen Entwicklung kommen. Die körperliche Beeinträchtigung führe zudem

zu Minderwertigkeitsgefühlen, da gerade im Jugendalter der körperlichen Leistung eine besondere Bedeutung zugeschrieben werde. Einige Kinder würden sich daher von der Umwelt zurückziehen. Andere würden dagegen diese Gefühle mit anderen negativen Verhaltensweisen kompensieren. Diese Verhaltensweisen verschwänden mit der Zeit von selbst, falls dem Kind positive Kompensationsstrategien vermittelt würden. Dies sei auf verschiedene Arten möglich (Weber, 1957).

Ein erster Weg besteht darin, dem Kinde die körperliche Leistungsfähigkeit bis zu einem höchstmöglichen Masse wieder zu verschaffen. Dies geschieht durch die Behandlung in der Therapiestation.

Ein zweiter Weg besteht darin, dem Kinde gesunde Möglichkeiten körperlicher Kompensation zu eröffnen. So kann z. B. ein Kind mit einem gelähmten linken Arm zu einem ausgezeichneten Ping-Pong-Spieler geschult werden und dadurch wieder das Gefühl voller körperlicher Leistungsfähigkeit erlangen.

Ein dritter Weg besteht in der spezifischen Förderung des behinderten Kindes auf anderen Gebieten, vorwiegend in der geistig-künstlerischen Ebene. (Weber, 1957, S. 664)

Das Kind soll als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt werden und es sollte ihm kein Mitleid oder Erbarmen gezeigt werden. Die Forderung nach grösstmöglicher Selbstständigkeit stände der Gefahr der Überforderung gegenüber. Unbedingt vermieden werden müsse, dass es von den anderen Kindern ausgelacht werde. Dies könne durch eine gute Vorbereitung der Klasse erreicht werden (Weber, 1957).

Man muss sich immer vor Augen halten, dass diese Kinder an sich eine ganz besondere Bereitschaft mitbringen, auf alle erdenklichen Kleinigkeiten negativ zu reagieren. Sie befinden sich in einer Art seelischer Lauerstellung und beziehen alles mögliche (sic) auf sich. Eine grobe Verletzung ist es z. B., wenn ein Polio-Kind die Turnstunde seiner gesunden Mitschüler miterleben muss, es sei denn, dass es an einzelnen Übungen auch selber teilnehmen kann. (Weber, 1957, S. 664–665)

Die Lehrpersonen mussten also auf das Kind Rücksicht nehmen, es gleichzeitig fordern, nicht überfordern und in der Klasse für einen guten Umgang sorgen. Insgesamt wurde ein eher negatives Bild der Kinder gezeichnet, das aber durch die richtigen Verhaltensweisen der Umgebung geändert werden könnte.

Was die Rückkehr in die Schule angeht, so empfahl die Zürcher Kinderärztin Johanna Friderich eine langsame Aufstockung der Schulstunden. Die Kinder sollten in eine ihrer kognitiven und emotionalen Entwicklung angemessene Schulstufe eingegliedert werden (Friderich, 1957).

Je sichtbarer seine Infirmität, um so verletzlicher wird es auf das Benehmen der anderen reagieren. Diese Lebenssituation werden jene Schüler am besten meistern, die einer der

Klasse ebenbürtigen Leistungsfähigkeit sicher sind. Deshalb ist mit allen Mitteln anzustreben, dass ein normal begabter Poliomyelitis-Patient, auch nach längerer Abwesenheit, in die richtige Schulstufe aufgenommen werden kann. Oft ist er durch die Krankheit gereift, und wird, falls er in eine jüngere Klasse zurückversetzt wird, besonders in höheren Abteilungen unter der Anschlusslosigkeit an seine Mitschüler leiden. Dem Ausbau der entsprechenden Heimschulen ist deshalb viel Aufmerksamkeit zu widmen. (Friderich, 1957, S. 665)

Friderich spricht vermutlich gerade die Heimschulen besonders an, da in diesen die Klassen aufgrund der wenigen Kinder oft altersdurchmischt geführt wurden. Um die Regelschule im Dorf oder der Stadt besuchen zu können, müssen ausserdem der Schulweg gut organisiert und individuelle Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Um der Gefahr von Wirbelsäulenverkrümmungen entgegenzuwirken, sollten die Kinder im Schulzimmer so viel wie möglich auf einem Feldbett liegen können (Friderich, 1957).

Eine Heilgymnastin betonte die Wichtigkeit des Kontaktes zwischen der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und der Lehrperson. Neben Hinweisen zur Lagerung des Kindes und der Verwendung von Hilfsmitteln sollen auch Beobachtungen ausgetauscht werden können (Kady, 1957). Inwiefern die Ratschläge der verschiedenen Autoren, welche die Schule betreffen, umgesetzt und die Informationen wahrgenommen wurden, lässt sich anhand der verwendeten Quellen nicht beantworten.

Die Wichtigkeit einer guten Schulbildung von Kindern und Jugendlichen mit einer körperlichen Beeinträchtigung wurde immer wieder betont. Der Unterricht sollte dabei wenn möglich in der Regelschule abgehalten werden. So sieht Ernst Braun in seinem Artikel ‚Kinderlähmung und Schule‘ im Lexikon der Pädagogik aus dem Jahre 1951 keinen Grund, Kinder mit schweren Beeinträchtigungen nicht in der Regelschule zu unterrichten, selbst wenn diese eine besondere Rücksichtnahme brauchen.

Vielfach gilt es, den Opfern der K. [Kinderlähmung] wieder zu ihrer vollen Leistungsfähigkeit zu verhelfen und sie in die Gesamtheit einzugliedern. Hier fällt der Schule eine wichtige und dankbare Aufgabe zu. Da die Kinder mit Lähmungsfolgen mit einer lebenslänglichen Behinderung der körperlichen Möglichkeiten zu rechnen haben, ist ihre Förderung und Ausbildung auf geistigem Gebiete, das von der Krankheit nicht betroffen wird, voll auszunützen und mit besonderer Sorgfalt zu pflegen. Die leichtern Schäden fügen sich wohl ohne weiteres in die Schulgemeinschaft ein. Dagegen müssen für schwerer behinderte Kinder besondere Rücksichtnahmen von der Schule erwartet werden: Erleichterungen für den Schulweg, Erziehung der Nebenschüler zu rücksichtsvollem und hilfsbereitem Verhalten einem infirmen Klassenkameraden gegenüber. Förderung der ‚Dennoch‘- und ‚Trotzdem‘-Haltung der Gelähmten (vgl. auch *Infirmenbildung*). (Braun, 1951, S. 25)

Wie Weber (1957) verwies Braun bezüglich der Eingliederung auf die Bedeutung der intellektuellen Förderung und Vorbereitung der Klasse, damit die Kinder möglichst keine negativen Erfahrungen machen. Auch Brauchlin (1956) betonte die Wichtigkeit der Schule für die spätere gesellschaftliche Eingliederung. Neben der von Braun (1951) beschriebenen Rücksichtnahme beschreibt Brauchlin (1956) den geforderten Umgang mit den Kindern durch die Lehrperson etwas konkreter.

Der Lehrer begegne einem solchen Kinde stets freundlich und geduldig. Barschheit und Ungeduld, Überforcierung und Beschämung bei Versagen steigern eine möglicherweise latent vorhandene Mutlosigkeit und bringen das Kind in große innere Not und Einsamkeit. Doch wäre es auch falsch, wollte der Lehrer einem behinderten Kinde jedes Steinchen aus dem Wege räumen, so daß es zum Selbsttun gar nicht käme. Nicht nur, daß es auf diese Weise nicht lernen würde, seine ihm verbliebenen Kräfte zu gebrauchen und dabei zu entwickeln, es wäre ihm auch nicht wohl; denn ein seelisch gesundes Kind möchte nicht nur passiv sein. (Brauchlin, 1956, S. 764)

Das Ziel, das die Lehrpersonen verfolgen sollten, wird deutlich: Das Kind musste so weit gebracht werden, dass es eine Berufsausbildung machen und damit in das wirtschaftliche und gesellschaftliche Leben eingegliedert werden konnte.

Auf welcher Grundlage die Entscheidung gefällt wurde, ob ein Kind in der Regelschule oder in einem Heim beschult werden sollte, konnte nicht ermittelt werden. In den verfügbaren Protokollen der Schulgemeinden Sattel, Pfyn und Zürich finden sich keine Hinweise dazu (Moser, Pirmin, persönliche Mitteilung 28.04.2015; Protokoll der Schulvorsteherschaft Pfyn u. Schulgemeinde, 1917–1945; Kreisschulpflege Limmattal, Akten, StadtA ZH, V.H.c.78; V.H.a.79; V.H.c.116). Die Kreisschulpflege der Stadt Zürich beschäftigte sich zwar mit der Beschulung von Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen, Sprachschwierigkeiten oder Verhaltensstörungen. Die Poliomyelitis oder allgemein Körperbeeinträchtigungen waren in den Jahren 1936–1940 in der Kreisschulpflege Limmattal, deren Schulkreis im Jahr 1936 und 1937 besonders stark betroffen war, bezüglich der Schulfrage kaum ein Thema (Kreisschulpflege Limmattal, Akten, StadtA ZH, V.H.c.78; V.H.a.79; V.H.c.116).

Um Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen eine Ausbildung oder Umschulung zu ermöglichen und die medizinische Behandlung sowie Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, nahmen die Fürsorgeorganisationen einen hohen Stellenwert ein. Die finanzielle Belastung konnte schnell die Möglichkeiten einer Person oder Familie übersteigen. Auch die Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen waren äusserst beschränkt. Vor allem Erwachsene hatten unter Umständen grosse Schwierigkeiten, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnform zu finden.

6.4 Fürsorgewesen: Unterstützung und Wohnen

Eine Poliomyelitis-Erkrankung bedeutete für Betroffene und ihre Angehörigen unter Umständen eine völlige Umstellung des Lebens. Das Kind, die Ehepartnerin oder der Ehepartner waren plötzlich auf Pflege angewiesen. Neben der finanziellen Belastung durch die medizinische Behandlung, die Therapien und die Hilfsmittel bedeutete insbesondere der Ausfall des Einkommens grosse Not. Betroffene, die nicht in der Familie gepflegt werden konnten, mussten mangels geeigneter Alternativen in Heimen untergebracht werden. Für Erwachsene gab es aber noch weniger spezialisierte Unterbringungsmöglichkeiten als für Kinder. Dieses Problem blieb bis weit ins 20. Jahrhundert hinein bestehen. Gertrud Saxer, die selbst eine körperliche Beeinträchtigung hatte, forderte noch im Jahr 1974 mehr kleine Heime, in denen Menschen mit einer schweren körperlichen Beeinträchtigung wohnen und nach ihren Möglichkeiten arbeiten können sollten, damit sie nicht in Altersheime oder „Anstalten für Unheilbare“ (Saxer, 1974, S. 241) abgeschoben werden müssen (Saxer, 1974).

Der Fokus des folgenden Kapitels liegt einerseits auf der finanziellen Unterstützung und Hilfsmittelversorgung durch die Fürsorgeorganisationen, andererseits auf den Wohnmöglichkeiten für Erwachsene, die nicht im häuslichen Umfeld leben konnten.

6.4.1 Fürsorgeorganisationen

Die Fürsorgeorganisationen nahmen sich der Unterstützung von Menschen mit einer Beeinträchtigung an. In der Anstalt Balgrist wurde 1912 die erste Berufsberatungs- und Fürsorgestelle der Schweiz gegründet. Der Schweizerische Verband für Krüppelfürsorge entstand 1929 aus einem Zusammenschluss des Mathilde Escher-Heims, des Hospice Orthopédique de la Suisse Romande, des Regens Meyer-Heims, der Anstalt Balgrist und des Orthopädie-Fonds des Prälaten Meßmer. 1934 wurde der Verband in die Schweizerische Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide überführt und schloss sich als Fachverband Pro Infirmis an. Die Fürsorgekommission unterhielt diverse Heime und Fürsorgestellen. Pro Infirmis leitete ebenfalls eigene Fürsorgestellen, welche aber nicht auf eine spezifische Beeinträchtigung spezialisiert waren (Frey, 1949).

Die Fürsorgestellen boten verschiedene Beratungen sowie die Vermittlung und Koordination von medizinischen Behandlungen an. Des Weiteren unterstützten sie Betroffene bei der Suche nach einer geeigneten Lehr- oder Arbeitsstelle und bezüglich der Bezahlung von Hilfsmitteln oder Behandlungen. Eine langfristige

finanzielle Unterstützung im Sinne einer Rente konnte nicht geleistet werden. Hierfür war die Armenbehörde zuständig. Die Poliomyelitis-Epidemien führten 1948 dazu, dass 50% der über Pro Infirmis bei der Schweizerischen Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide eingegangenen Gesuche von Personen stammten, welche infolge einer Poliomyelitis um Unterstützung baten. Mit Blick in die Zukunft und mögliche weitere Epidemien stellte sich die Vereinigung die Frage, ob ein solch hohes Ausmass an Unterstützungsbedarf durch die private Fürsorge überhaupt noch leistbar sei oder ob neue Wege beschritten werden müssten (Frey, 1949).

Die Schwerpunkte der Fürsorgestellen von Pro Infirmis lagen vor allem in der Organisation von spezialärztlichen Untersuchungen, der Vermittlung und Durchführung von Anstalts-, Kur- und Beobachtungsaufenthalten sowie in der Finanzierung und Zurverfügungstellung von orthopädischen Hilfsmitteln (Pro Infirmis, 1956). Für die Unterstützung durch Dritte gab es jedoch keinen Rechtsanspruch. Dies versetzte die Betroffenen, noch stärker als heute, in eine Bittstellung und ein Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Fürsorgeorganisationen. Eine Poliomyelitis-Erkrankung konnte eine enorme finanzielle Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bedeuten. Selbst falls eine Versicherung vorhanden war, deckte diese meist nur einen Teil der Kosten (Flück, 1949). Die medizinischen Behandlungen und auch notwendige Hilfsmittel waren für viele kaum bezahlbar. Durchschnittlich kostete eine Nachbehandlung einer Poliomyelitis zwischen 2'000 und 5'000 Franken (o.V., 1949). Dies scheint aus heutiger Sicht nicht sehr viel zu sein. Bedenkt man, dass der durchschnittliche Monatslohn (1939: 360 Fr.; 1945: 500 Fr.; 1950: 639 Fr.; 1955: 720 Fr., 1960: 861 Fr.; 1965: 1'190 Fr.⁴⁸) damals sehr viel tiefer war (Ritzmann-Blickenstorfer & Halbeisen, 1996), so ist nachvollziehbar, dass es schnell zu grossen finanziellen Schwierigkeiten kommen konnte. Eltern und Betroffene waren auf die finanzielle und materielle Unterstützung verschiedener Stiftungen, Wohltätigkeitsorganisationen und Fürsorgeinstitutionen angewiesen. Auch die Kantone und die Heimatgemeinden beteiligten sich an den entstehenden Kosten (Tabelle 8, S. 198; Tabelle 9, S. 199).

⁴⁸ Die Zahlen gelten für Männer, nicht selbstständig arbeitende Angestellte mit einer Berufslehre oder besonderen Kenntnissen in Branchen des Zweiten und Dritten Sektors.

Tabelle 8: Kosten einer Behandlung Beispiel 1 (Fürsorgestelle Pro Infirmis Aargau, 1945, S. 51, in der Darstellung modifiziert)

<i>Angaben zur Person</i>	A. C., geb. 1926. Beruf des Vaters: Wagner, nicht armen-genössig. Einkommen des Vaters: 2'600 Fr. , zusätzlich kleine Landwirtschaft. Geschwister 4; davon 1 Bruder, geb. 1930, gleichfalls gelähmt	
<i>Gebrechen</i>	Schwere Lähmung beider Beine, zuzufolge Kinderlähmung. Skoliose (Rückgratverkrümmung)	
<i>Massnahmen</i>	1939:	1. Balgristbehandlung
	1940:	2. Balgristbehandlung
	1941:	3. Balgristbehandlung
	1942:	4. Balgristbehandlung
	1942: Oktober.	Beginn einer verlängerten Wäscheschneiderinnenlehre in einem Heim
	1943:	Beschaffung eines Stahlspangenapparates
<i>Kosten</i>	Total für Behandlung und Apparate	1'123.80 Fr.
	Bisherige Lehrkosten	1'961.67 Fr.
	Total	3'085.47 Fr.
<i>Verteilung dieser Kosten</i>	Aargauisches Lehrstipendium	170.00 Fr.
	Berufliche Stipendien der Gemeinde	400.00 Fr.
	Eltern	894.47 Fr.
	Pro Juventute	361.00 Fr.
	Katholisches Hilfswerk und Pfarramt	300.00 Fr.
	Aargauischer Verein für Invalidenfürsorge	505.00 Fr.
	Pro Infirmis	455.00 Fr.
	Total	3'085.47 Fr.

Die finanzielle Belastung konnte auch um ein Vielfaches höher sein. Sterchi (1956) spricht in ihrer Diplomarbeit von bis zu 100 Franken pro Tag im Krankenhaus. Bei schwereren Erkrankungen mit Beteiligung der Atemorgane konnten so schnell Beträge von mehreren zehntausend Franken entstehen.

Gerade in den ersten Epidemie-Jahren 1936/37 stiegen die Anfragen zur finanziellen Unterstützung an die Fürsorgeorganisationen stark an. Pro Infirmis erhöhte daher mehrfach die Gelder für die Schweizerische Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide und den Fonds zur Unterstützung von Einzelfällen (Briner, Altherr & Meyer, 1939; Protokoll Delegiertenversammlung, 30. Oktober 1937, Pro Infirmis, Protokolle Vorstand und Delegiertenversammlung, 1931–1946; Protokoll Delegiertenversammlung, 29. Oktober 1938, Pro Infirmis, Protokolle Vorstand und Delegiertenversammlung, 1931–1946). Der Zentralvorstand

wurde indes beauftragt, Überlegungen anzustellen, wie zusätzliche Mittel beschafft werden könnten (Protokoll Vorstandssitzung, 29. und 30. Oktober 1938, Pro Infirmis, Protokolle Vorstand und Delegiertenversammlung, 1931–1946).

Tabelle 9: Kosten einer Behandlung Beispiel 2 (Fürsorgestelle Pro Infirmis Aargau, 1945, S. 51–52, in der Darstellung modifiziert)

<i>Angaben zur Person</i>	B. Z., geb. 1922. Beruf des Vaters: Chauffeur, nicht armengemässigt. Einkommen des Vaters: damals 2'400 Fr.	
<i>Gebrechen</i>	Schwere Lähmung zufolge Kinderlähmung.	
<i>Massnahmen</i>	1936: Operative Behandlung	
	1938: Berufsberatung	
	1939: Suche und Abschluss einer kaufmännischen Anlehre in Fabrik am Wohnort	
	1941: Vermittlung eines Invalidenwagens, Selbstfahrer	
<i>Kosten</i>	für Behandlung und für Invalidenwagen	311.00 Fr. 620.00 Fr.
	Total	931.00 Fr.
<i>Verteilung dieser Kosten</i>	Eltern	81.00 Fr.
	Pfarramt, Fonds	50.00 Fr.
	Eine private Spende	420.00 Fr.
	Invalidenfürsorge	130.00 Fr.
	Pro Infirmis	250.00 Fr.
	Total	931.00 Fr.

Auch wenn ein Teil der Kosten durch die Krankenkasse, verschiedene Wohltätigkeitsorganisationen und öffentliche Stellen übernommen wurde, lasteten die hohen Rechnungen und der Erwerbsausfall schwer auf den Betroffenen und ihren Angehörigen. In finanzieller Hinsicht etwas besser ging es dabei jenen Personen, die im Militärdienst erkrankt waren. Sie erhielten eine Rente der eidgenössischen Militärversicherung und wurden von der Soldatenfürsorge unterstützt. Die Militärversicherung übernahm die Behandlungskosten und die Soldatenfürsorge beriet die Betroffenen bezüglich einer beruflichen Umschulung und organisierte Hilfsmittel wie ein individuell umgebautes Auto oder sprach gewisse zusätzliche Geldbeträge für bestimmte Anschaffungen oder Wohneigentum gut (Flück, 1949).

Das Bedürfnis nach geregelter finanzieller Unterstützung wurde auch bei der Einführung der Invalidenversicherung deutlich. Nach den ersten Monaten zeigte sich, dass Poliomyelitis eine der häufigsten Ursachen war, weshalb die Versicherungsleistungen in Anspruch genommen wurden (Jollos, 1960).

6.4.2 Fürsorgeinstitutionen: Wohnmöglichkeiten für Erwachsene

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurde ein Mangel an Wohnangeboten für Erwachsene, die nicht selbstständig leben oder bei Angehörigen unterkommen konnten, beklagt (Kesselring & Tobler-Weber, 1914); das Problem blieb auch in den nächsten Jahrzehnten bestehen. Während für Mädchen und Frauen beispielsweise mit dem Mathilde-Escher-Heim bereits Ende des 19. Jahrhunderts und ab den 1930er Jahren mit dem Anna-Stokar-Heim eine Schulungs-, Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeit bestand, gab es für Knaben und Männer kaum vergleichbare Angebote.

Das schwer zu lösende Problem der Schulungs- und Beschäftigungsmöglichkeit von körperlich schwer gebrechlichen Knaben und männlichen Erwachsenen – sehr oft sind es auch die Opfer der so viel Unheil bringenden Kinderlähmung – läßt das schon seit Jahren bestehende Postulat der Schaffung eines entsprechenden Heimes für geistig normale, körperlich schwer behinderte Jugendliche und Männer immer dringender werden. . . (Mützel & Brunner, 1947, S. 16–17).

Insbesondere die Poliomyelitis-Epidemien haben zu einer Zunahme der Zahl von Menschen geführt, die auf Pflege angewiesen waren. Mädchen und Frauen konnten anscheinend besser in der Ursprungsfamilie gepflegt und beschäftigt werden. Zusätzlich gab es einige Heime, die sich der Schulung, beruflichen Ausbildung und Pflege von Frauen mit einer schweren Körperbeeinträchtigung angenommen hatten. Dennoch bestand ein Platzmangel, vor allem für Männer. Dies nahmen Richard Scherb und der Vorstand der Schweizerischen Fürsorgekommission für Gebrechliche und Invalide zum Anlass, beim Bundesfeierkomitee ein Gesuch zu stellen, einen Teil der Sammlung für die Errichtung eines Heims für körperlich schwer beeinträchtigte Menschen zu verwenden. Auf dieses wurde eingegangen und die Fürsorgekommission erhielt 420'000 Franken. Entgegen der Planung wurde diese Summe nicht für die Errichtung eines Wohnheimes für pflegebedürftige Erwachsene mit einer körperlichen Beeinträchtigung eingesetzt, sondern für eine Institution für die berufliche Ausbildung und Integration (Scherb, 1948).

Die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten (Association Suisse des Paralyés, ASPr-SVG) diskutierte erstmals 1942 die Eröffnung eines eigenen Heimes für körperlich beeinträchtigte Erwachsene. Bis zur Umsetzung dieses Plans vergingen fast zehn Jahre. Schliesslich konnte in Vevey eine Liegenschaft günstig erworben werden. 1951 wurde das erste Heim eröffnet, das Foyer des Paralyés (heute Stiftung Les Eglatines). Initiatorin, Trägerin und Besitzerin war die

Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, die von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung geleitet wurde. Das Heim bot 14 Wohn- und Arbeitsplätze. Kurz darauf musste das Platzangebot bereits vergrössert werden, da die Nachfrage riesig war. Das Besondere an diesem ersten Heim war, dass die Bewohner die Aktivitäten und Mahlzeiten bestimmen konnten, also im Gegensatz zu anderen Heimen wesentlich mehr Selbstbestimmung hatten. Die anfängliche Selbstständigkeit und Freiheit im ersten Heim dieser Vereinigung wurde anscheinend nicht so umgesetzt wie geplant. Nach wenigen Jahren kam es zu Konflikten mit der Leitung, da diese die Bewohnerinnen und Bewohner zu stark einschränkte. 1961 öffnete eine weitere Institution, das Wohn- und Arbeitsheim für körperlich Schwerbehinderte in Thun-Gwatt (heute Wohn- und Arbeitsgemeinschaft für Körperbehinderte Gwatt, WAG), ebenfalls initiiert durch die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten⁴⁹ (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014b) sowie 1962 die Arbeitsstätte Strengelbach. Die Verantwortlichen der Anstalt Balgrist planten im Zuge des Neu- und Umbaus der Klinik ein dieser angegliedertes Heim für erwachsene Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung, die dauerhaft auf Pflege angewiesen waren. Ursprünglich war die Anstalt Balgrist zwar auch für solche Patienten gedacht. Dieses Ziel musste aufgrund des hohen Andrangs von Personen mit behandelbaren Körperbeeinträchtigungen weitgehend aufgegeben werden. Die Zielgruppe des neu zu schaffenden Heimes waren vor allem Personen, die trotz ihrer Körperbeeinträchtigung auf irgendeine Art noch schul- oder arbeitsfähig waren (Francillon, 1965).

Die durch die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten initiierten und unterstützten Heim-Eröffnungen sind zwar nicht direkt auf die Poliomyelitis-Epidemien zurückzuführen. Die Vereinigung war durch ihre Gründungsgeschichte und ihre Mitglieder aber eng mit dem Thema Poliomyelitis verbunden.

⁴⁹ Es folgten weitere Heime 1973 in Wetzikon (Invaliden Wohn- und Arbeitszentrum, heute: Schweizerisches Wohn- und Arbeitszentrum für Mobilitätsbehinderte, IWAZ), 1974 in Lausanne (Foyer Plein-Soleil, heute: Institution de Lavigny, Département Hébergement de Plein-Soleil), 1975 in Reinach (Wohn- und Bürozentrum für Gelähmte, heute: Wohn- und Bürozentrum für Körperbehinderte, WBZ), 1980/88 in Sion und Sitten (Centre Valais de Cœur) und 1990/91 in Neuchâtel und La Chaux-de-Fonds (Foyer Handicap de Neuchâtel und Foyer Handicap des Montagnes neuchâteloises).

Exkurs: Association Suisse des Paralysés – Schweizerische Vereinigung der Gelähmten:

Nachdem sich der Franzose André Trannoy 1927 im orthopädischen Zentrum in Lausanne aufgehalten hatte, um die Folgen einer Poliomyelitis behandeln zu lassen, gründete er eine Schreibgruppe⁵⁰, um mit drei weiteren Franzosen, die er dort kennengelernt hatte, in Kontakt zu bleiben. Nur fünf Jahre später sollte aus der losen Gemeinschaft eine Vereinigung werden. 1932 wurde in Lausanne von vier französischen Patientinnen und Patienten Placide Nicods, die Association des Paralysés et Rhumatisants gegründet (heute Association des Paralysés de France, APF). 1933 wurde die APF in Frankreich offiziell als Verein eingetragen. Schon zu Beginn waren fünf der 17 Mitglieder aus der Schweiz, was dazu führte, dass 1934 eine separate Schweizer Sektion gegründet wurde. Die Ziele der Vereinigung waren „die Behinderten aus der Isolation reissen, ihnen Perspektiven zeigen, angepasste Wohnsituationen ermöglichen [und] die Selbsthilfe fördern“ (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014d, S. 22).

Bereits 1938 wurde die Abspaltung der Schweizer Sektion diskutiert, um eine eigenständige Vereinigung zu gründen. Am 18. August 1939, kurz vor Ausbruch des Zweiten Weltkriegs, wurde die Abtrennung schliesslich vollzogen. Einerseits wurde befürchtet, dass sich der Krieg auf die Zusammenarbeit negativ auswirken könnte, andererseits forderten die besonderen Gegebenheiten in der Schweiz eine eigene Herangehensweise, um die Ziele der Vereinigung zu erreichen (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014d).

Die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten ist seit ihrer Gründung eine Vereinigung, die sich für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung verschiedenster Genese einsetzt. Ein grosser Teil ihrer Mitglieder hatte eine körperliche Beeinträchtigung als Folge einer Poliomyelitis (Abb. 18, S. 203). Dies zeigte sich deutlich in einer Umfrage aus dem Jahre 1956 über die Zusammensetzung der Beeinträchtigungsursachen (S. T., 1956).

⁵⁰ Schreibgruppen waren lange Zeit ein Markenzeichen der Schweizerischen Vereinigung der Gelähmten. Dabei handelt es sich um einen Zusammenschluss von sechs bis acht Personen, die jeweils in ein Heft, das anschliessend weitergeschickt wird, etwas hineinschreiben. Heute bestehen noch drei solche Schreibgruppen, deren Mitglieder im Durchschnitt 70 Jahre alt sind. Ein Versuch einer Internetschreibgruppe scheiterte Ende der 1990er Jahre (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014e).

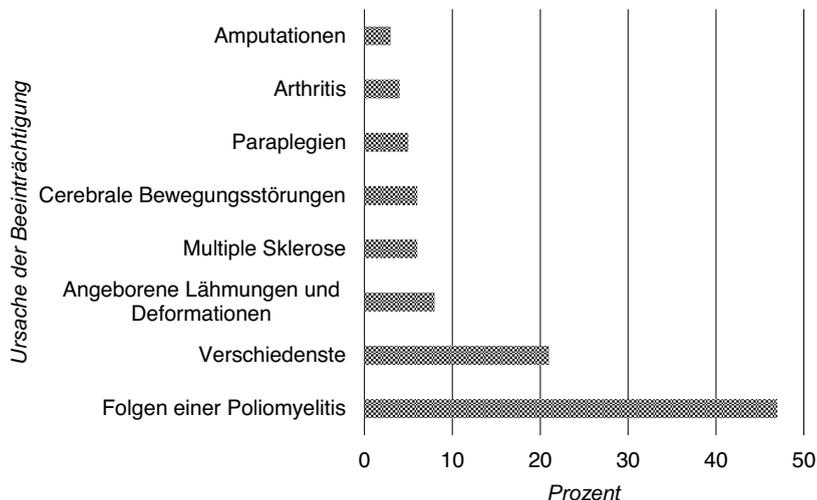


Abb. 18: Mitglieder Schweizerische Vereinigung der Gelähmten (S. T., 1956)

Die Heime, die durch diese Vereinigung gegründet wurden oder an denen sie Teile der Trägerschaft übernahm, verfügten alle über Wohn- und Arbeitsplätze für Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung. Eine Ausnahme bildete die Institution de Lavigny in Lausanne, die für ältere Menschen konzipiert worden war (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014b). Als Alternative zum Arbeitsplatz organisierte die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten auch Produktionsaufträge, die in Heimarbeit von ihren Mitgliedern erledigt werden konnten. Dieses Modell wurde 1962 aufgegeben (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014c).

Die Vereinigung prägte in den 1950er und Anfang der 1960er Jahren das Heimgangebot für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Daneben unterstützte die Vereinigung ihre Mitglieder bei der Finanzierung von Fortbewegungsmitteln, Hilfsmitteln und deren Reparaturen, Kuraufenthalten, Arztbesuchen etc. Sie finanzierte sich vor allem über Spendengelder, Standaktionen und den Verkauf von selbst gefertigten Produkten (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014c).

In den 1950er und 60er Jahren veränderte sich die Lage. Einerseits wurde das Spendensammeln immer schwieriger, da vermehrt andere Organisationen gegründet wurden, die sich ebenfalls mit Spenden über Wasser halten mussten. Andererseits nahmen einige dieser neuen Organisationen und das immer stärker

ausgebaute Sozialnetz der Vereinigung verschiedene Aufgaben ab, was die finanzielle Situation wiederum entspannte (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014c).

Die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten musste sich der wandelnden Situation anpassen. Die finanzielle und materielle Unterstützung ist heute in den Hintergrund getreten. Dafür werden die Ressourcen nun für die Wissensvermittlung in Form von Kursen, Tagungen, der Vereinszeitschrift ‚Faire Face‘ sowie Informationsmaterial für Laien und Fachleute eingesetzt. Weiterhin im Mittelpunkt steht dabei die Ermöglichung von sozialen Kontakten. Noch heute weisen viele der Mitglieder eine körperliche Beeinträchtigung als Folge einer Poliomyelitis-Infektion auf (Georges Neuhaus, Zentralsekretär der Schweizerischen Vereinigung für Gelähmte, persönliche Mitteilung 15.11.2016).

Die Poliomyelitis-Epidemien prägten die Wohnmöglichkeiten insofern, als sie zu einer Zunahme an Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung führten, die den Mangel an Wohnmöglichkeiten deutlich vor Augen führte und als Argument für die Errichtung neuer Heime hinzugezogen wurde. Die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten nahm dabei den Platz einer wichtigen Akteurin ein. Die Gründung von Heimen war aber eigentlich nur eine der möglichen Alternativen. Es hätte auch nach anderen Lösungen gesucht werden können. Die meisten Betroffenen konnten jedoch im häuslichen Umfeld wohnen bleiben.

Daneben war die finanzielle Unterstützung durch Dritte von grosser Bedeutung. Die zur Verfügung stehenden Gelder aus den verschiedenen Quellen reichten aber nicht aus. Der Klinik-Aufenthalt, die anschliessenden Behandlungen, die Hilfsmittel oder eine bleibende Invalidität verursachten sehr hohe Kosten. Aus dieser Not wurde ein Geschäftsmodell entwickelt: die Versicherung gegen die Kinderlähmung.

6.5 Versicherungswesen: Die Versicherung gegen die Kinderlähmung

Die Möglichkeiten, sich finanziell gegen Krankheit und Invalidität abzusichern, waren bis in die 1940er Jahren sehr beschränkt (vgl. Kap. 3.2.8). Die Kosten der Behandlung der Poliomyelitis sowie die Folgen für die Ausübung des Berufes konnten nur teilweise durch Versicherungsleistungen gedeckt werden. Das Versicherungswesen entdeckte diese Lücke und bot ab 1949 eine Versicherung gegen Poliomyelitis an. Die erste Versicherungsgesellschaft, welche diese Zusatz-

versicherung einführte, war die Zürich Allgemeine Unfall- und Haftpflichtversicherungs-Aktiengesellschaft (Abb. 19, S. 206). Diese ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ hatte die Form einer Familienpolice. Mit deren Abschluss war die gesamte Familie, unabhängig von der Anzahl der Kinder, gegen die Krankheit und deren Folgen versichert. Die Vertragsdauer konnte entweder zwei oder fünf Jahre betragen, bei Bezahlung einer einmaligen Prämie von 48 Franken bzw. 108 Franken. In der ersten Version der Police waren folgende Versicherungsleistungen inbegriffen:

1. Vergütung der *Heilungskosten* während längstens *drei Jahren* und bis 5'000.- pro Person, inbegriffen Transport zum Spital, Miete oder Anschaffung orthopädischer Apparate (Krücken, Schienen, Gehwagen, Stützkorsett usw.), Heilbäder, Massagen, Operationen, Beitrag an Verpflegungskosten, besondere Krankenpflege.
2. Ausrichtung einer Kapitalentschädigung von 50'000.- *bei Ganzinvalidität*, mit entsprechender Abstufung bei Teilinvalidität von mindestens einem Viertel. (ZÜRICH Allgemeine Unfall- und Haftpflicht-Versicherungs-Aktiengesellschaft, Oktober, 1949, S. 2)

Die Beschränkungen auf lediglich drei Jahre sowie die Obergrenze von 5'000 Franken waren in der Praxis unzureichend. Danach standen die Betroffenen häufig wieder vor den gleichen Problemen wie zuvor. Auch die Begrenzung der Summe auf 50'000 Franken bei vollkommener Erwerbsunmöglichkeit deckte nur einen Teil der finanziellen Folgen. Vor allem bei betroffenen Kindern und Jugendlichen hätte diese Summe wohl kaum ausgereicht.

Kurze Zeit nachdem die Zürich-Versicherung die ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ lanciert hatte, kamen ähnliche Angebote anderer Anbieter auf den Markt (Fanconi, 1958b). Bis 1960 boten insgesamt sechs Unfallversicherungsgesellschaften eine solche Versicherung an (Maurer, 1960).

Um genügend finanzielle Mittel aufbringen zu können, gründeten 1953 mehrere Versicherer zusammen mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (heute *santésuisse*) den Schweizerischen Verband für die erweiterte Krankenversicherung (SVK, heute Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer). Dieser nahm 1954 seinen Betrieb auf und bot eine Lähmungsversicherung an (SVK, 2014a). Durch einen Risikoausgleich wurde versucht, den freiwilligen Leistungsausbau der Krankenkassen voranzutreiben. Als Erstes war geplant, die ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ in die ordentlichen Kassenleistungen aufzunehmen und damit allen Versicherten zugänglich zu machen. Die ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ sollten nicht nur die finanziellen Folgen lindern, sondern auch einen vertrauensärztlichen Dienst bereitstellen und für den Bau von Nachbehandlungszentren für Poliomyelitis sorgen (Mitg., 1954).



Das Gespenst der Kinderlähmung!

Seit einer Reihe von Jahren tritt auch in unsern Lande die Kinderlähmung mit einer periodischen Regelmäßigkeit auf, die uns zeigt, daß diese gefürchtete Krankheit leider auch in unserm Volke Fuß gefaßt hat und Jahr für Jahr ihre Opfer fordert. Trotzdem medizinische Kunst und Forschung der ganzen zivilisierten Welt unter dem Einsatz fast unbegrenzter Mittel dem Erreger der Kinderlähmung den Kampf angesagt haben, ist er leider bis heute noch unbesiegt. Glücklicherweise führt die Krankheit nur bei einem kleineren Teil der Betroffenen zu dauernden Lähmungen. Der heutige Stand der ärztlichen Wissenschaft vermag in vielen Fällen ihre Folgen zu mildern, ja ganz zu beheben. Diese Behandlungsmethoden aber sind langwierig und erfordern neben der großen Geduld des Patienten zumeist erhebliche finanzielle Mittel. Dazu kommen noch die weitergehenden Folgen, die eine dauernd verminderte Erwerbsfähigkeit für den Patienten und seine Angehörigen haben kann. Es lag nahe, den Versuch zu unternehmen, den Betroffenen wenigstens die großen materiellen Sorgen durch eine Versicherung abzunehmen. Mit der neuartigen

kranken Familienmitglied ohne Zögern die beste Pflege und Behandlung angedeihen zu lassen. Zu einer einmaligen Prämie von

Fr. 48.— bei zweijähriger Dauer oder
Fr. 108.— bei fünfjähriger Dauer

sind die Ehegatten und ihre minderjährigen Kinder für Heilungskosten bis Fr. 5000.— und für Invalidität bis zu Fr. 50 000.— versichert. Und zwar gilt dieser Versicherungsanspruch für jedes einzelne Familienmitglied. Da die Kinderlähmung durch Ansteckung übertragbar ist und auch Erwachsene befällt, ist die Gültigkeit der Versicherung für die ganze Familie von besonderer Bedeutung.

Die „Zürich-Unfall“ begibt sich damit als erste Gesellschaft in der Schweiz auf ein neues Gebiet, für das versicherungstechnische Erfahrungen zum Teil fehlen. Die Versicherungsbedingungen sind denkbar einfach und liberal gehalten. Unser Prospekt „Kampf der Kinderlähmung“ gibt Ihnen nähere Auskunft. — Es gibt so viele Familien mit Kindern, die unsere Vertreter nicht alle besuchen können; wir sind darauf angewiesen, daß sich die verehrten Interessenten selber melden, um die nötigen Unterlagen anzufordern.

**Familien-Versicherung gegen
Kinderlähmung**

hat die „Zürich-Unfall“ den Versuch gewagt. Diese Familien-Versicherung soll die wirtschaftlichen Folgen der Kinderlähmung tragen oder mildern, vor allem die Angehörigen in die Lage versetzen, dem er-



Briefadresse: Postfach Zürich 22
Telefon (051) 27 36 10

Abb. 19: Werbung für die ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ (Zürich-Unfall, 1950)

Weiter sollte die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durch Umschulungen oder Massnahmen, um den Arbeitsweg bewältigen zu können, gefördert werden (Le Grand, 1958).

Im Herbst 1956 beschloss der SVK den Neubau zweier Poliomyelitis-Nachbehandlungszentren in Zurzach und in Leukerbad. Da die Kosten die finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen überstiegen, wurde zu einer öffentlichen Sammlung aufgerufen (o.V., 1956c). Als diese abgeschlossen war, wurden aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Poliomyelitis durch die nun verfügbare Impfung Überlegungen angestellt, in Zurzach statt einer ‚Kinderlähmungs-Heilstätte‘ ein allgemeines Wiederherstellungszentrum zu errichten. In diesem sollte eine Abteilung für Poliomyelitis-Behandlungen integriert werden (Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, 1957). Auch das geplante Polio-Zentrum Leukerbad änderte seinen Zweck bereits vor seiner Eröffnung 1962 und wurde als Nachbehandlungsinstitut für die Folgen von Lähmungen im Allgemeinen konzipiert (ag, 1962).

Der Schweizerische Verband für die erweiterte Krankenversicherung bot im Rahmen der Lähmungsversicherung eine Pflegeversicherung und eine Invaliditätsversicherung an. Der Pflegeversicherung waren 1960 bereits 3.4 Millionen Personen angeschlossen (65% der Schweizer Wohnbevölkerung). Die Lähmungs-Invaliditätsversicherung wurde in Zusammenarbeit mit der Fortuna Lebensversicherungs-Gesellschaft in Zürich und der COOP Lebensversicherungsgesellschaft in Basel offeriert. Als Rückversicherung war die Union Rückversicherungsgesellschaft involviert. Die Krankenkassen konnten für 1.20 Franken pro Person und Jahr ihre Krankenkassenmitglieder bei der SVK gegen Invalidität versichern lassen. Bereits ein Jahr nach der Einführung dieser Lähmungs-Invaliditätsversicherung waren eine halbe Million Personen angeschlossen. Die Zahl stieg bis 1960 auf 2.6 Millionen, was damals etwa der Hälfte der Schweizer Bevölkerung entsprach. Zusätzlich schlossen einige Krankenkassen, ohne die SVK, Kollektiv-Verträge mit Versicherungsgesellschaften, die ebenfalls eine Lähmungs-Invaliditätsversicherung anboten, ab. Auch verschiedene Unfallversicherungen boten Poliomyelitis-Versicherungen an. Zusammen mit der SVK waren 1960 wahrscheinlich rund drei Millionen Menschen in der Schweiz gegen Invalidität infolge einer Poliomyelitis-Erkrankung versichert (Maurer, 1960).

Das Problem der Lähmungs-Invaliditätsversicherung der SVK war, dass die Versicherungsgelder erst nach mehreren Jahren ausbezahlt wurden, nämlich erst, wenn feststand, dass tatsächlich eine bleibende Beeinträchtigung bestehen blieb. Dies konnte durchaus bis zu sechs Jahren dauern (Maurer, 1960). Gerade in der

Zeit vor der Einführung der eidgenössischen Invalidenversicherung in der Schweiz war dies eine sehr lange Wartefrist und bedeutete eine grosse Unsicherheit für die Betroffenen.

Auch nach der Einführung der Invalidenversicherung wollte die SVK noch an dieser speziellen Versicherung festhalten, da man sie als Ergänzung zu den oftmals knappen finanziellen Leistungen der Invalidenversicherung sah (Maurer, 1960). Aufgrund der rückläufigen Zahlen von Neuerkrankungen und der damit verbundenen sinkenden ausbezahlten Versicherungsleistungen entschlossen sich die Mitglieder der SVK bereits an der Delegiertenversammlung im Jahr 1960, die Poliomyelitis-Versicherung zu einer allgemeinen Lähmungsversicherung auszubauen. Das Ziel dieser neuen Versicherung war, von den ordentlichen Krankenkassenleistungen nicht getragene Kosten bis zu einem Betrag von 5'000 Franken zu übernehmen. Die Finanzierung einer dauernden Pflege wurde ausgeschlossen, da dies in den Aufgabenkreis der Invalidenversicherung gehörte. Die ‚Kinderlähmungs-Invaliditätsversicherung‘ wurde in eine Eigenversicherung überführt (ag, 1960). 1990 wurde die Lähmungspflege-Versicherung und 1991 die Lähmungs-Invaliditätsversicherung aufgehoben (SVK, 2014a).

Seit 1962 übernimmt der SVK eine Koordinationsaufgabe. Sowohl die Krankenkassen als auch unter bestimmten Bedingungen die Invalidenversicherung begleichen die Kosten medizinischer Behandlungen. Die Krankenkassen müssen zunächst die entstehenden Kosten einer Behandlung übernehmen. Der SVK klärt in der Folge für die ihm angeschlossenen Krankenversicherer ab, ob die Leistungen von der Invalidenversicherung zurückgefordert werden können, und leitet entsprechende Schritte ein (SVK, 2014b).

Mit der Einführung der Invalidenversicherung verbesserte sich die finanzielle Lage für viele Betroffene. Sie hatten nun einen Rechtsanspruch auf Unterstützung und waren nicht mehr in gleichem Ausmass auf die Unterstützung durch Fürsorgeorganisationen angewiesen. Die Möglichkeit der Impfung hatte der Poliomyelitis gleichzeitig etwas von ihrer Bedrohlichkeit genommen. In der Zeit, bevor greifende Präventivmassnahmen möglich waren, bewegte Polio jedes Jahr die Bevölkerung und führte zu Verunsicherung, Ängsten und Gerüchten.

6.6 Bevölkerung: Als Eltern den Sommer fürchteten

Jedes Jahr von Neuem fürchteten sich insbesondere Eltern vor Poliomyelitis. Die vielen unbekanntenen Komponenten wie die genaue Übertragungsweise, die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten und die schwerwiegenden, unvorhersehbaren Verläufe verunsicherten die Bevölkerung. Poliomyelitis gehörte in der

Schweiz daher über Jahre oder sogar Jahrzehnte zu den gefürchtetsten Infektionskrankheiten, und dies, obwohl Polio nicht zu den häufigsten übertragbaren Krankheiten gehörte. Die teilweise absichtlich oder unabsichtlich fehlenden oder widersprüchlichen Informationen seitens der Behörden, aber auch verschiedene Gerüchte haben die Verunsicherung der Bevölkerung sicherlich noch verstärkt. Am Beispiel der Epidemie im Jahre 1936 zeigen sich verschiedene Reaktionen der Bevölkerung auf die Zunahme der Erkrankungsfälle und die Weisungen der Behörden. Letztere versuchten durch verschiedene Massnahmen, welche die Bewegungsfreiheit der Bevölkerung teilweise stark einschränkten, eine weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhindern. Die Angst vor einer Ansteckung sowie die Massnahmen der Behörden führten zudem zu negativen Folgen für die Wirtschaft.

6.6.1 Be(un)ruhigung der Bevölkerung

Die Beunruhigung in der Bevölkerung führte dazu, dass schnell Gerüchte in Umlauf kamen, welche die Ängste und Befürchtungen noch verstärkten. Die Behörden versuchten dieser Beunruhigung mit Informationsvermittlung zu begegnen und veröffentlichten entsprechende Artikel in den Tageszeitungen. Die Gründe für die Ängste in der Bevölkerung sind vermutlich vielfältig. Einerseits liegen sie in Bedingungen der Poliomyelitis selbst, andererseits wurden sie durch das Verhalten der Behörden und der Presse wahrscheinlich noch verstärkt.

Konkrete Hinweise, wie die Bevölkerung mit den Epidemien oder den sporadischen Neuerkrankungen umgegangen ist, gibt es kaum. Es lässt sich nur erahnen, was die Krankheitswellen ausgelöst haben. Dass die Beunruhigung gross gewesen ist, ist unbestritten. In Zeitungsmeldungen und Fachartikeln ist immer wieder von Ängsten, Panik und Gerüchten rund um die Poliomyelitis-Epidemien zu lesen. Die Beunruhigung, die in der Bevölkerung geherrscht haben muss, wird vor allem in den aufklärenden Artikeln der Gesundheitsbehörden deutlich. Manchmal wurde darin sehr konkret und direkt geschrieben, dass kein Grund für eine Beunruhigung besteht, manchmal auch indirekt mit bestimmten Formulierungen dieser Eindruck vermittelt. Ein paar Beispiele aus verschiedenen Jahren sollen dies verdeutlichen.

Nachdem im Jahr 1929 mehrfach über Fälle von Kinderlähmung im Kanton Aargau berichtet worden war, veröffentlichte der Gemeinderat von Baden (Kanton Aargau) zur Beruhigung der Bevölkerung eine Pressemitteilung.

Wie der Gemeinderat Baden bekannt gibt, sind im Meierhof bei Baden drei Fälle von Kinderlähmung, wovon derjenige eines sechswöchigen Säuglings mit dem Tod endigte,

Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

festgestellt worden. Nach einem Bericht des Bezirksarztes liegt jedoch kein Grund zur Beunruhigung vor. Es wurden Massnahmen getroffen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern. (pt, 1929b, Morgenausgabe, Blatt 2)

Diese Ausführungen haben möglicherweise nicht den gewünschten Effekt gezeigt. Nur fünf Tage später erschien ein zweiter Beruhigungsversuch.

Zu der auch in der ‚N.Z.Z.‘ erschienenen Mitteilung über einige Fälle von Kinderlähmung in Baden erläßt das Stadtammannamt weitere beruhigende Erklärungen über die sanitätspolizeilichen Massnahmen. Eine Beunruhigung sei nach Ansicht der Badener Aerztekonzferenz nicht begründet, da sofort nach Erkennung der drei Krankheitsfälle vom Hausarzt und Schularzt Quarantäne, Spitalbehandlung und Desinfektion angeordnet wurden. Auch ist der ‚Meierhof‘, wo die Fälle auftraten, ein vom Stadtzentrum entferntes Außenquartier, das sich leicht isolieren läßt. (o.V., 1929, Mittagsausgabe, Blatt 6)

Als 1930 das Elsass von einer Epidemie heimgesucht wurde, kam es ebenfalls zu einer Verunsicherung der Bevölkerung. Nachdem mehrfach in den Tageszeitungen über die Epidemie berichtet wurde, sah sich das Eidgenössische Gesundheitsamt gezwungen, sich mit einer Pressemitteilung an die Bevölkerung zu wenden. Darin teilte es mit, dass es sich im Elsass nicht um eine Epidemie, sondern um eine starke Häufung von Einzelfällen handele, von denen dennoch eine Gefahr der Verschleppung in die Schweiz ausgehe (ag, 1930a).

Das eidgenössische Gesundheitsamt hat es für notwendig erachtet, gewisse Vorkehrungen zu treffen, um der Gefahr der Einschleppung von Poliomyelitisfällen, die übrigens nicht sehr dringend ist, nach Möglichkeit zu begegnen, ohne dabei Massregeln vorzuschlagen, die als Schikane aufgefaßt werden können. (ag, 1930a, Abendausgabe, Blatt 5)

Mit der Betonung der Tatsache, dass die Massnahmen nicht sehr dringend seien, sollte wohl das Gefühl vermittelt werden, dass keine grosse Gefahr bestehe. Der Beruhigungsversuch des Eidgenössischen Gesundheitsamtes scheint nicht gefruchtet zu haben. Trotz der offengelegten Massnahmen des Bundesrates (Verbot der Einreise, Untersuchung der Schulkinder) scheint es zu weiteren Ängsten in der Bevölkerung gekommen zu sein. Dies zeigt sich in einem Artikel vom 25. August 1930, in dem der Stadtarzt von Zürich über die Anzahl der betroffenen Kinder berichtete, die sich noch in der Inkubationszeit befanden, und über die getroffenen Massnahmen informierte (Schularzt Stadt Zürich, 1930).

Eine vom schulärztlichen Dienst gemachte Erhebung über die Einschleppungsmöglichkeit der spinalen Kinderlähmung in die Schulen durch Kinder, die sich in den Ferien im gefährlichen Gebiet aufhielten, ergab, daß sich z.Zt. in den stadtzürcherischen Volksschulen nur 28 Kinder aufhalten, die in den Ferien im Elsaß waren und die sich jetzt noch im kritischen Zeitpunkte der Uebertragungsmöglichkeit befinden. Den Eltern

dieser Kinder werden vom Gesundheitswesen aus die nötigen Weisungen zugehen. Eine namhafte Gefahr der Einschleppung dieser gefürchteten Krankheit scheint also nicht zu bestehen, und diese Feststellungen mögen auch der Beruhigung weiter Bevölkerungskreise dienen. (Schularzt Stadt Zürich, 1930, Morgenausgabe, Blatt 1)

Auch aus anderen Artikeln wird immer wieder ersichtlich, dass die Bevölkerung beunruhigt gewesen sein muss. So zum Beispiel bei auftretenden Poliomyelitis-Fällen in St. Gallen:

In den betroffenen Gemeinden herrscht große Besorgnis, so daß der Bezirksarzt eine Mitteilung veröffentlicht, um das Publikum einerseits auf die Gefahr aufmerksam zu machen und andererseits vor übertriebener Angst zu warnen. (ag, 1931a, Mittagaussgabe, Blatt 3)

Die Gesundheitskommission tritt in einer öffentlichen Mitteilung den wilden Gerüchten über die Zahl der Kinderlähmungsfälle in St. Gallen und der ungerechtfertigten Beunruhigung in der Bevölkerung entgegen. In den letzten zwei Wochen seien in der Stadt St. Gallen keine neuen Fälle von Kinderlähmung aufgetreten. Die Gesamtzahl der bisherigen Fälle sei sechs. Auch die Epidemie im übrigen Kanton schein den Höhepunkt überschritten zu haben, namentlich in dem Sinne, daß die einzelnen Kinderlähmungsfälle in weniger heftiger Form auftreten. (ag, 1931b, Mittagaussgabe, Blatt 3)

Selbst in der Zeit, als die Zahl der Neuerkrankungen im Vergleich zur Einwohnerzahl der Schweiz noch relativ klein war⁵¹, löste Poliomyelitis bereits Ängste und Befürchtungen aus. 1936 kam es zur ersten grossen Epidemie in der Schweiz. Einer der ersten Herde befand sich in Schiers im Kanton Graubünden. Schulen wurden geschlossen und Versammlungen sowie öffentliche Veranstaltungen abgesagt. Die Kinder der Lehranstalt Schiers wurden im Juni zwei Wochen unter Quarantäne gestellt und danach nach Hause entlassen (ag, 1936). Die Beunruhigung über die Entwicklung im Kanton Graubünden scheint spätestens im Juli Zürich erreicht zu haben.

In letzter Zeit scheint sich in weiten Kreisen unserer Stadt eine gesteigerte Angst vor einer Kinderlähmungsepidemie eingestellt zu haben, die beunruhigenden Gerüchten Nahrung bietet. Wie uns mitgeteilt wurde, sind nach der vorläufigen Feststellung in Zürich im ganzen etwa neun Erkrankungen in Behandlung. Diese Zahl entspreche der in Zürich fast jedes Jahr vorkommenden und dürfe im Verhältnis zur Bevölkerungszahl unserer Stadt als gering bezeichnet werden. Ein Grund zur Beunruhigung sei nicht vorhanden. (o.V., 1936c, Morgenausgabe, Blatt 2)

⁵¹ Zwischen 1914 und 1922 wurden jährlich 25–104 Neuerkrankungen gemeldet, zwischen 1923 und 1935 kamen jährlich 80–351 Fälle zur Anzeige (vgl. Kapitel 5.3).

Dass die Befürchtungen möglicherweise nicht ganz unbegründet waren, kann aus dem nur zwei Tage später getroffenen Beschluss, die Kantonsschulen vorsorglich zu schliessen (Näheres dazu in Kap. 6.3.2), um eine Verschleppung von Zürich in die umliegenden Städte und Dörfer zu verhindern, gefolgert werden. Da die Gerüchte über das gehäufte Auftreten der Poliomyelitis im Kanton weitergingen nicht verstummten, veröffentlichte die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich am Mittwoch, dem 8. Juli 1936, einen Artikel über den Stand der Poliomyelitis sowie die Empfehlung, die Schulen, obwohl von keiner Epidemie gesprochen werden könne, in allen Gemeinden, in denen die Poliomyelitis auftrat, vorsorglich zu schliessen sowie aus den jeweiligen Gemeinden keine Kinder in die Ferienkolonien zu schicken (Direktion des Gesundheitsamtes des Kantons Zürich, 1936).

Die Artikel der Gesundheitsbehörden scheinen ihre Wirkung verfehlt zu haben. Eine weitere, sehr klar formulierte Pressemitteilung vom 10. Juli 1936 sollte dies offenbar ändern.

Angesichts der Gerüchte, die zurzeit in der Schweiz und im Ausland über eine Epidemie von Kinderlähmung (Poliomyelitis) in unserem Lande herumgeboten werden, scheint uns eine Richtigstellung angezeigt. Es kann nicht von einer Epidemie gesprochen werden; es bestehen lediglich *zwei lokalisierte Herde*, wovon der eine, der gegenwärtig im Erlöschen ist, im Prättigau, der andere im nördlichen Teil des Kantons Thurgau. Daneben wurden eine Anzahl sporadischer Fälle in einigen anderen Gemeinden festgestellt, wie das jedes Jahr während der heißen Jahreszeit in der Schweiz und in den anderen Ländern Europas der Fall ist. Tatsächlich ist *der größte Teil der Schweiz gegenwärtig vollständig frei* von derartigen Erkrankungen, und die Verhältnisse rechtfertigen in keiner Weise die herrschenden Befürchtungen und die Gerüchte, die bei uns und besonders auch im Ausland umlaufen. (Eidgenössisches Gesundheitsamt, 1936, Mittagausgabe, Blatt 3)

Spätestens in den folgenden Wochen bestätigten sich die Ängste und Befürchtungen. Eine ausgedehnte Epidemie erfasste die Schweiz. Im Gegensatz zum Jahr 1936 erschienen im Jahr 1937 in der NZZ bedeutend weniger Artikel zum Thema Poliomyelitis. Aus einem Brief der Redaktion der NZZ an die Direktion des Gesundheits- und Erziehungswesens des Kantons Zürich wird ersichtlich, dass sich die Redaktion der NZZ absichtlich mit Meldungen zurückhielt, um eine Panikstimmung zu vermeiden (vgl. ebenfalls Kap.6.3.2).

Neben den Richtigstellungen und Beruhigungsversuchen wurde auch mittels Informationsvermittlung versucht, der Bevölkerung scheinbar unbegründete Ängste zu nehmen. So wurden immer wieder Artikel über das Krankheitsbild, verfügbare Therapien und mögliche Präventivmassnahmen veröffentlicht (z. B. Grumbach, 1936).

Vor fünfzig Jahren wurde der epidemische Charakter der Kinderlähmung erkannt. Seither gelang ferner die Feststellung des winzigen, im Mikroskop nicht wahrnehmbaren Erregers, und vielleicht wird in absehbarer Zeit auch die Entdeckung eines wirksamen besonderen Heilmittels folgen. Die Behandlung der Kinderlähmung machte in den letzten Jahren so große Fortschritte, daß nach den statistischen Erhebungen die Sterblichkeit jetzt durchschnittlich fünf Prozent beträgt Etwa 70 Prozent aller Fälle – rund 50 Prozent der Kranken sind Kinder im vorschulpflichtigen Alter – nehmen einen *ungefährlichen Verlauf*, und dank der unablässigen Bemühung um eine Verbesserung der Therapie können die meisten gefährlich Erkrankten mit Hilfe der Natur, die Schädigungen am Organismus nach Möglichkeit zurückgebildet, ohne bleibende Nachteile genesen. (p., 1941, Sonntagsausgabe, Blatt 5)

Anders als bei den bisherigen Beruhigungsversuchen wurde hier angestrebt, die wahrgenommene Gefährlichkeit der Erkrankung zu reduzieren, indem auf die Fortschritte der Behandlung verwiesen wurde. Bereits zu dieser Zeit von der Entdeckung eines möglichen Heilmittels zu sprechen war mit Blick auf die Virusforschung (vgl. Kap. 4.1.2) etwas verfrüht. Der Verweis auf eine Sterblichkeit von 5% war dagegen nicht wirklich beruhigend. Aus heutiger Sicht weist diese hohe Zahl auch darauf hin, dass nicht alle Poliomyelitis-Fälle erkannt wurden (nämlich diejenigen nicht, die ohne gravierende oder bleibende Lähmungen verliefen). Das Risiko, an einer Polio-Infektion zu sterben, liegt nach heutigem Wissensstand deutlich unter einem Prozent.

Gleichzeitig wurde auch der Bevölkerung das Gefühl gegeben, dass sie selbst etwas gegen die Weiterverbreitung tun kann, indem sie beispielsweise die Weisungen der Behörden unbedingt befolgt.

In einem Bündnerdorf, wo durch die Regierung nach Auftreten der ersten Krankheitsfälle die Ortssperre verhängt wurde, machten sich die Bewohner über diese Verordnung zunächst lustig, die amtlichen Anschläge wurden aus dem Kasten gerissen, und trotz Verbot wurde am Sonntag zur Kirche geläutet. Erst als die Krankheit weiter um sich gegriffen hatte, kam die bessere Einsicht, aber dann war es schon zu spät. Das Gegenstück dazu stellt eine andere kleine Bündner Ortschaft dar. Die Sperrmassnahmen wurden hier streng eingehalten. Diesem Umstand ist wohl zuzuschreiben, dass die benachbarten Orte vollkommen verschont blieben. (Willi, 1938, S. 291)

Vorsichtige Eltern und Hausärzte werden daher bei verdächtigen Fällen nicht auf das zweite Stadium warten. Die Tatsache, daß von zehn ins Kinderspital eingelieferten Patienten, bei denen der Verdacht auf Kinderlähmung besteht, durchschnittlich nicht weniger als neun wirklich die Kinderlähmung haben, stellt dem diagnostischen Können der Aerzte ein gutes Zeugnis aus. Aber ebenso wichtig wie das Erkennen ist auch das *Verhüten* der Krankheit zur rechten Zeit. Die Anmeldepflicht für neue Fälle beim Stadtarzt, sowie die Isolierungspflicht inner- und außerhalb des Spitals sind keine Schikane, sondern das einzige Mittel, das eine Ausbreitung der Epidemie einzuschränken vermag. Der Erfolg der Anordnungen der Behörden hängt allerdings in erster Linie

Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

vom vernünftigen und verantwortungsbewußten Verhalten der Bevölkerung ab. (p., 1941, Sonntagsausgabe, Blatt 5)

Neben den Beruhigungsversuchen, der Informationsvermittlung und dem Aufruf, sich an die Weisungen der Behörden zu halten, wurden den Eltern Ratschläge gegeben, wie sie versuchen können, sich oder ihre Kinder vor einer Ansteckung zu schützen.

Die wichtigste uns zur Verfügung stehende Verhütungsmaßnahme ist *die Erhaltung der allgemeinen Widerstandskraft* (unspezifische Dispositionsprophylaxe). Wir geben der Mutter den Rat, in Epidemiezeiten besonders dafür besorgt zu sein, daß der Gesundheitszustand des Kindes ein guter bleibe. Die Ernährung soll vernünftig und vollwertig sein. Täglich soll sie etwas Rohkost (Obst und Gemüse) enthalten. Das Kind soll viel ins Freie kommen und genügend Schlaf haben. Vor allem aber soll alles gemieden werden, was die Widerstandskraft des Kindes schädigen könnte: alle möglichen Infektionen, körperliche Uebermüdung (große Fuß- und Velotouren), Ueberhitzung, intensive Besonnung, Durchnässung und Abkühlung. In etwa drei Viertel aller Kinderlähmungsfälle lassen sich solche schwächende Einflüsse nachweisen. Jeder Arzt hat Kinderlähmungsfälle erlebt, die sich unmittelbar an größere *körperliche Belastungen* anschlossen. Sie sollten in Epidemiezeiten von den Eltern mehr beachtet werden. (Willi, 1941, Sonntagsausgabe, Blatt 3)

Das Thema Poliomyelitis interessierte die Bevölkerung, und Vorträge zu diesem Thema waren Publikumsmagneten. Dies zeigte sich, als zu Beginn des Jahres 1955 ein Vortrag von Guido Fanconi zum Thema ‚Kinderlähmung, Heutiger Stand der Forschung‘ angekündigt worden war (Freisinnige Partei Zürich, 1955). Der Andrang war so gross, dass rund hundert Besucher abgewiesen werden mussten (av, 1955).

Die Behörden versuchten wie erwähnt den Ängsten in der Bevölkerung mit Beruhigungsversuchen, Informationsvermittlung, Aufforderung zur Befolgung der Weisungen sowie der Vermittlung von selbst umsetzbaren Präventivmassnahmen zu begegnen. Wieso es bei Poliomyelitis, mit ihren insgesamt doch seltenen schweren Verläufen zu solcher Beunruhigung gekommen ist, lässt sich durch das Zusammenkommen verschiedener Faktoren erklären. Einerseits waren es sicher die möglichen individuellen und finanziellen Auswirkungen einer Erkrankung, andererseits vermutlich auch Unwissen über die genauen Übertragungswege sowie die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten.

Wenn heute bei uns ein Kind plötzlich an Fieber erkrankt, so taucht in den Gedanken jeder besorgten Mutter das Schreckgespenst der Kinderlähmung auf. Sie ist erlöst, wenn der zugezogene Arzt nach sorgfältiger Untersuchung diese Krankheit ausschließen kann. Nie unterläßt sie die Frage, was sie gegen diese unheimliche Krankheit tun könnte, wie sie sich zu verhalten hätte. Mit den gleichen Fragen sind auch viele Mütter

an ihren Hausarzt gelangt, deren Kinder von der Schule ausgeschlossen wurden, weil in ihren Klassen eine Kinderlähmung aufgetreten war.

Die Beantwortung dieser Frage wird nie ganz befriedigend ausfallen können, weil wir gestehen müssen, daß alle unsere prophylaktischen Maßnahmen leider noch sehr unsicher sind. (Willi, 1941, Sonntagsausgabe, Blatt 3)

Einige Fälle von Kinderlähmung, die in unserem Kanton vorgekommen sind, haben zu verschiedenen besorgniserregenden Presseartikeln Anlaß gegeben, die in der Öffentlichkeit Aufregung und Verwirrung hervorgerufen haben. Es sei hier deshalb festgestellt, daß die Gefahr der Lage überschätzt wurde. . . . Bei der Unsicherheit der Epidemiologie und Ansteckungsfähigkeit der Kinderlähmung ist es sehr schwer, prophylaktische Maßnahmen zu treffen, die sich weder als unzulänglich noch als übertrieben erweisen. (Kantonales Gesundheitsamt Wallis, 1949, Morgenausgabe, Blatt 1)

Es ist verständlich, dass gerade das fehlende Wissen über potenzielle Ansteckungsquellen die Poliomyelitis noch unheimlicher erscheinen liess. Dies führte zu verschiedenen Gerüchten über mögliche Gefahrenquellen und besonders gefährdete Personen.

Mit Besorgnis verfolgt die Bevölkerung das in diesem Sommer und Herbst im Vergleich zu den letzten Jahren erheblich stärkere Auftreten der Kinderlähmung. Die lange Zeit und die allgemeine Ungewißheit über die Häufigkeit und den Charakter der Heine-Medinschen Krankheit haben jedoch da und dort der Bildung von Gerüchten Vorschub geleistet, die durch die Uebertreibung und Entstellung des Tatsächlichen den systematischen Kampf der Behörden und der Aerzte gegen die Epidemie erschweren. So wird behauptet, die Kinderlähmung ‚bevorzuge‘ gewisse Quartiere und Volksschichten, sie gefährde besonders die sportlich und turnerisch Tüchtigen, sie habe den Umfang der Epidemie des Jahres 1937 bereits überschritten, seit dem Knabenschießen^[52] sei sie häufiger geworden, und die Heilkunde stehe ihr machtlos gegenüber. Alle diese Behauptungen sind unrichtig. (p., 1941, Sonntagsausgabe, Blatt 5)

Auf der anderen Seite gab es auch berechtigte Ängste vor Wasser als Überträgermedium der Poliomyelitis. Verunreinigten Gewässern, unter anderem Schwimmbädern, Weihern, Brunnen etc., wird das Potenzial zugeschrieben, zu einer Infektion führen zu können. So berichteten verschiedene Betroffene, dass sie nach dem Baden an Poliomyelitis erkrankten und die Behörden Schwimmbäder, Gewässer und Brunnen bei Epidemien schliessen liessen (persönliche Gespräche mit verschiedenen Betroffenen, 2015).

⁵² Das Knabenschiessen ist ein traditionelles Volksfest in der Stadt Zürich, welches seine Wurzeln im 16. Jahrhundert hat. An diesem Anlass findet ein Schützenwettbewerb für Kinder und Jugendliche statt (seit 1991 sind auch Mädchen zugelassen). Nach dem Wett-schiessen wird am Schluss eine Schützenkönigin bzw. ein Schützenkönig gekrönt. Gleichzeitig findet ein grosser Jahrmarkt statt (o.V., 2014).

Verschiedene andere Einflüsse könnten ebenfalls dazu beigetragen oder zumindest die Verunsicherung noch verstärkt haben. So haben die Kommunikationspolitik sowie die widersprüchlichen Entscheidungen der Behörden das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitswesen sicherlich geschwächt.

Während der Epidemie 1936 in Zürich wurde der Entscheid der Schulschließung, wie bereits im Kapitel 6.3.2 beschrieben, per Boten von Haus zu Haus übermittelt statt über die Presse oder Telefonauskunft. Und auch bei einer Epidemie 1946 erfuhr die Zürcher Bevölkerung erst über die ausländische Presse über die Häufung der Krankheitsfälle in der Stadt.

Es mag auf die Zürcher Bevölkerung einen merkwürdigen Eindruck machen, daß sie über das Auftreten der Kinderlähmung in unserer Stadt erst auf dem Umweg über die Meldung ausländischer Nachrichtenagenturen Kenntnis erhält. Allein schon die Tatsache, daß viele Eltern durch die in verschiedenen Schulhäusern bekannt gewordenen Fälle von Kinderlähmung in Besorgnis versetzt worden sind, hätte die Herausgabe einer offiziellen Meldung gerechtfertigt. Diese wäre sicher auch imstande gewesen, dem Ueberhandnehmen unkontrollierbarer Gerüchte vorzubeugen. (o.V., 1946a, Mittagaussgabe, Blatt 4)

Ohne Frage war es für die Gesundheitsbehörden eine schwierige Balance zwischen genügender Information und angstfördernder Kommunikation. Dazu kamen die widersprüchlichen Entscheidungen der Behörden. Diese wurden von der Bevölkerung durchaus wahrgenommen. Dies zeigt sich in zwei Leserbriefen aus den Jahren 1936 und 1941, die sehr klar auf die verschiedenen unlogischen Entscheide aufmerksam machten.

Die kantonalen und städtischen Behörden haben in den letzten Tagen zum Stand der Kinderlähmung Stellung genommen. Die *Direktion des Gesundheitswesens* stellt fest, daß von einem epidemischen Auftreten der Kinderlähmung im Kanton Zürich einstweilen nicht gesprochen werden könne; zu außerordentlichen Maßnahmen bestehe nach einstimmiger Ansicht einer Expertenkommission kein Anlaß. Das *Schulamt der Stadt Zürich* erklärt, daß sich auf Grund der Berichterstattung des Stadt- und Schularztes die Präsidentenkonferenz veranlaßt sehe, den umlaufenden und übertriebenen Gerüchten über gehäuftes Auftreten der Kinderlähmung in Schulen zu begegnen. Es seien in der Stadt Zürich nur zwei Fälle von Kinderlähmung im Schulalter festgestellt.

Die *Stadtschulen* setzten denn auch ihren Unterricht fort. Demgegenüber hat die *Kantonsschule* den Unterricht schon vor zwei Tagen eingestellt, obwohl dort kein einziger Fall vorgekommen ist. In der Stadt wurde verfügt, daß die ersten *Ferienkolonien* nicht abgehen dürfen. Da es sich hier um eine städtische Organisation handelt, fiel es zweifellos in die Kompetenz der Schulorgane zu entscheiden, ob die Maßnahme notwendig sei. Sie war einigermaßen verständlich, weil die Ferienkolonie in Gebiete gegangen wäre, in denen die Kinderlähmung verbreitet ist.

Gestern hat nun aber die Stadt auch allen anderen Ferienkolonien bis auf weiteres *verboten*, die *Ferienlager* anzutreten, so u. a. auch den Pfadfindern. Das hat zur Folge, daß sehr viele Kinder überhaupt um ihre Ferien kommen. Diese Maßnahme scheint uns,

nach dem oben gesagten, vollständig *unbegründet*. Wie kommt man dazu, heute, wo weniger Fälle von Kinderlähmung gemeldet worden sind als andere Jahre, den Zürcher Kindern die Ferien zu verbieten? Die meisten dieser Ferienlager wären in Gegenden abgehalten worden, in denen keine Kinderlähmungsfälle vorgekommen sind, so im Wallis, Tessin, usw. Die betreffenden Organisationen haben sich vorher erkundigt, ob diese Gegenden epidemiefrei seien. Haben die Eltern auch noch etwas dazu zu sagen, mit wem sie ihre Kinder in die Ferien schicken dürfen?

Die Maßnahme ist aber nach unserer Auffassung auch ganz *verfehlt*. Sie hat zur Folge, daß entweder die betreffenden Kinder nun fast den ganzen Tag zusammen im Strandbad und anderen Badanstanen sitzen oder sich auf den Gassen herumtreiben, oder daß sie sich gruppenweise zusammentun und so zu Fuß oder mit dem Rad in der Schweiz herumziehen. Dies ist nicht verboten! Ist das für die Kinder weniger gefährlich, als wenn sie unter *Aufsicht* und Kontrolle in einer gesunden Berggegend ihre Ferien verbringen können? Wenn man solch drastische Maßnahmen treffen und in die Rechte der Eltern eingreifen will, soll man auf der ganzen Linie dem Ernst der Situation entsprechend handeln. So hätte man in erster Linie die Schulen einstellen müssen. Dann ist aber auch unverantwortlich, daß man in Winterthur ein eidgenössisches Fest mit Massenquartieren abhält oder gar, daß man in Zürich den Jahrmarkt auf dem Bellevueplatz um einige Tage verlängert hat.

Die Eltern dürfen verlangen, dass die *Behörden* klar zur Frage *Stellung* nehmen und nicht am einen Tag Erklärungen in die Zeitung bringen, daß gar keine Gefahr vorhanden sei, um am anderen Tag solch rigorose Maßnahmen zu treffen. Man hat das Gefühl, daß diesen Ferienorganisationen nur deshalb die Ferienlager verboten worden sind, weil man sie nicht anders behandeln wollte als die städtischen Ferienkolonien. Es ist aber etwas durchaus anderes, ob die Stadt ihre Ferienkolonien durchführen will, oder die Eltern ihre Kinder privaten Organisationen anvertrauen wollen. (M.B., 1936, Abendausgabe, Blatt 7)

Der erste Leserbrief spricht gleich mehrere Punkte an: die unterschiedlichen Entschiede der Stadt- und Kantonsschule, das Verbot der Ferienkolonien, obwohl anscheinend keine Epidemie herrschte, das dadurch verursachte unkontrollierbare Herumtreiben der Kinder und das Erlauben von Veranstaltungen trotz der scheinbar herrschenden Gefahr. Auch die Teilnehmer verschiedener Sitzungen der Gesundheits- und Erziehungsbehörde der Stadt und des Kantons Zürich diskutierten in ihren Sitzungen 1936 und 1937 über den Sinn solcher singulären Massnahmen, entschieden sich aber dennoch dafür (vgl. Kap. 6.3.2). Eine solche Vorgehensweise war wahrscheinlich auch kaum zu verstehen, da die Behörden kurz zuvor noch bekannt gegeben hatten, dass keine Häufung der Fälle erkennbar sei. Ähnliche Vorwürfe werden auch im zweiten Leserbrief aus dem Jahr 1941 gemacht. Neben der Kommunikationspolitik wird auch hier auf die widersprüchlichen Massnahmen aufmerksam gemacht.

Schon während den Sommerferien sind eine Anzahl Fälle von Kinderlähmung in fast allen Quartieren festgestellt worden. Es wäre daher sicher zweckmäßiger gewesen, die

Eltern auf die Gefahr von Ansammlungen gleich bei Schulbeginn aufmerksam zu machen. Ich und mit mir viele andere Mütter sind sogar der Ansicht, es wäre die Pflicht der Gesundheitsbehörden gewesen, dies zu tun, selbst auf die Gefahr hin, daß eine Panik entstehe. Ungewarnt ließ man Hunderte von Kindern in den Zirkus Knie gehen. Trotz den aus Aerztekreisen und von Teilen der Schulbehörde geäußerten Bedenken gegen die Abhaltung des Knabenschießens stimmten die Behörden dieser doch zu. Seither haben die Fälle von Kinderlähmung stark zugenommen; trotzdem fand am 4. Oktober wieder ein Jugendtreffen statt sowie ein Turntag der höheren Kantonsschulklassen. Sind alle diese Veranstaltungen so wichtig, daß man sie nicht absagen oder verschieben könnte auf Monate, in denen nicht, wie bekannterweise im September die Kinderlähmung ganz besonders häufig auftritt? Sicher würden vorbeugende Maßnahmen zum Schutze der Jugend nicht eine Panikstimmung hervorrufen; hingegen sind viele Eltern über die Sorglosigkeit, mit der man ihre Kinder immer weiter neuer Ansteckungsgefahr aussetzt, empört. Es nützt nichts, die eigenen Kinder von den oben erwähnten Veranstaltungen fernzuhalten, solange andere diese besuchen und nachher in der Schule und im Quartier diese entsetzliche Krankheit verbreiten können . . . (R.W., 1941, Morgenausgabe, Blatt 2)

Diese fehlende Kommunikation sowie die widersprüchlichen Massnahmen haben dazu beigetragen, die Unsicherheit in der Bevölkerung zu verstärken. Einen weiteren Beitrag leisteten die Art der Presseberichte sowie die verwendeten Worte in Zeitungs- und Fachartikeln. Diese haben die emotionale Wahrnehmung der Poliomyelitis zusätzlich geprägt.

Die Presse berichtete regelmässig über Fälle von Kinderlähmung im In- und Ausland. Dabei wurden entgegen der heute üblichen Praxis der unbedingten Wahrung der Anonymität bis mindestens in die 1960er Jahre die erkrankten oder gestorbenen Personen namentlich genannt, wie folgende Beispiele zeigen:

In Burg bei Hüttlingen ist am Samstag die zwanzigjährige Tochter Lina Frieda des Landwirts Gotthold Schütter an spinaler Kinderlähmung gestorben. (ag, 1927, Mittagsausgabe, Blatt 3)

In Châtel-St-Denis hat die Kinderlähmung ein Todesopfer gefordert. Es ist der fünfjährige *Jean Genoud*, der nach mehrwöchiger Krankheit starb. (ag, 1953f, Morgenausgabe, Blatt 2)

Es ist vorstellbar, dass eine namentliche Nennung deutlicher als eine anonyme Meldung aufzeigte, dass eine Person hinter diesem Krankheitsfall steht, und so eine stärkere Betroffenheit auslöste. Auch die Art und Weise, wie über eine Krankheit geschrieben wurde, veränderte die Wahrnehmung in der Bevölkerung. So bemerkte der Sekretär von Pro Juventute, Sektion Glarus, an der Pro Juventute Regionalkonferenz:

Auf das umsichtige Vorgehen der Behörden und die bemerkenswerte Disziplin der Bevölkerung fiel der Schatten einer durch unüberlegte Publizistik gesteigerten Angstpsychose, die der eidgenössischen Solidarität nicht das beste Zeugnis ausstellte und die den Kanton wirtschaftlich schädigte. (Juon, 1953, Morgenausgabe, Blatt 2)

Die Presse schien sich ihrer Bedeutung für die Verbreitung von Ängsten durchaus bewusst gewesen zu sein, wollte aber dennoch nicht auf die Meldungen verzichten. Mitte August 1950 kam es im kleinen aargauischen Dorf Hellikon innert kürzester Zeit zu vier Fällen von Poliomyelitis, wovon drei tödlich verliefen. Nach einer dramatischen Schilderung der Krankheitsfälle wird die Berichterstattung begründet mit dem Wunsch der Bevölkerung, über die Gefährlichkeit der Poliomyelitis informiert zu werden.

Aus dem zwischen Möhlin und Wegenstellen gelegenen aargauischen Dorf *Hellikon* werden *vier schwere Fälle von Kinderlähmung gemeldet*. Die Erkundigungen, die wir eingeholt haben, geben ein beklemmendes Bild vom Auftreten der Krankheit. Als erster wurde, am vorletzten Sonntagabend, der auf dem Hof Hohnberg wohnhafte, 22 Jahre alte Anton Hottinger von der Krankheit befallen; ein plötzliches Unwohlsein war von sehr hohem Fieber begleitet, das bald wieder absank, dem aber starke Lähmungen der inneren Organe folgten. Auf Verordnung des aus Möhlin herbeigerufenen Arztes Dr. M. Ulrich wurde der Kranke sofort ins Bezirksspital Rheinfelden übergeführt, wo er zwei Tage nach der Einlieferung verschied. Am Tage darauf, am Mittwoch, ergriff die Krankheit den 33jährigen Alfons Schlienger, der sich während des ganzen Nachmittags durch Unpäßlichkeit bei der Ausführung seiner Wegbauarbeiten behindert gefühlt hatte. Die Ueberführung ins Spital Rheinfelden war nicht mehr möglich; kurz nachdem der junge Mann auf die Transportbahre des Krankenwagens gelegt worden war, starb er. Drei Tage später, am Samstagabend, ereignete sich der dritte Fall. Das fünfjährige Mädchen Irmgard Meier lag mit schwerer Atemnot im Bett; die Eltern vermuteten eine Lungenentzündung, der Arzt aber, der die sofortige Ueberführung ins Kinderspital anordnete, stellte die eindeutigen Symptome der Kinderlähmung fest. In rasender Fahrt eilte der Krankenwagen Basel zu, aber schon in Rheinfelden war es entschieden, daß das kleine Mädchen nur noch Augenblicke zu leben habe; die eiserne Lunge, in die es dort gelegt wurde, befreite es von der quälenden Atemnot, doch war die Durchschnittschädigung der inneren Organe bereits so weit fortgeschritten, daß das Kind nach der Abfahrt von Rheinfelden, abends um 22 Uhr, der Krankheit erlag. Am gleichen Abend wurde dieses Mädchens gleichaltrige Spielgefährtin, Edith Stocker, ebenfalls von den Lähmungen befallen. Das Kind ist kurze Zeit später nach Basel ins Kinderspital gebracht worden; die Aerzte hoffen, es retten zu können . . .

Wir berichten von diesen vier Fällen keineswegs so ausführlich, um unseren Lesern eine Sensation zu bieten, und es liegt uns durchaus fern, durch eingehende Schilderung der Erkrankungen und der teilweise dramatischen Umstände, von denen sie begleitet waren, eine panikartige Angststimmung heraufzubeschwören. Was uns veranlaßt, diese Fälle sehr schwerer Erkrankung näher zu erläutern, ist der Wunsch die Bevölkerung auf die Gefährlichkeit und Heimtücklichkeit dieser Krankheit, die zumeist im ausgehenden Sommer und im beginnenden Herbst stärker auftritt, erneut und nachdrücklich aufmerksam zu machen . . . (Schlappner, 1950, Morgenausgabe, Blatt 2)

Solche Meldungen, aber auch die in der Presse und anderen Veröffentlichungen verwendeten Wörter zur Beschreibung der Poliomyelitis wie ‚heimtückisch‘, ‚gefährlich‘, ‚gefürchtet‘, ‚unheimlich‘ oder ‚Schreckgespenst‘ beeinflussten vermutlich die Wahrnehmung der Krankheit. Alle Faktoren zusammen führten dazu, dass Poliomyelitis lange Zeit „unzweifelhaft die gefürchtetste Infektionskrankheit“ blieb (Willi, 1941, Sonntagsausgabe, Blatt 3).

Mit der Bekanntgabe, dass ein wirksamer Impfstoff gegen die Poliomyelitis gefunden wurde, scheint auch die Beunruhigung abgenommen zu haben. Es fanden sich zumindest kaum mehr Hinweise darauf. Die Impfung, die Diskussionen über eine mögliche kostenlose Abgabe oder ein Impf-Obligatorium sowie die Planung der Impfkationen standen ab diesem Zeitpunkt im Vordergrund. Da die Zahl der Neuerkrankungen mit dem Einsetzen der ersten Impfkationen stark rückläufig war und nun eine Präventionsmöglichkeit zur Verfügung stand, haben wahrscheinlich auch die Ängste und die Verunsicherungen abgenommen.

Die jährlich wiederkehrenden kleinen und grossen Krankheitswellen erzeugten immer wieder Ängste in der Bevölkerung. Die teilweise widersprüchlichen Massnahmen der Behörden sowie die mangelhafte Kommunikation führten zu einer zusätzlichen Verunsicherung. Die Beruhigungsversuche der Gesundheitsbehörden vermochten nur wenig zu bewirken. Die Presse nahm eine unklare Stellung ein. Einerseits versuchte sie durch Zurückhaltung der Pressemitteilungen eine Panik zu verhindern, auf der anderen Seite konnte die Art der Berichterstattung über Einzelfälle oder den Verlauf von Epidemien auch erst Panik schüren. Verschiedene Vorfälle aus dem ersten grossen Epidemie-Jahr 1936 zeigen, wie die Bevölkerung mit der Verunsicherung und den Weisungen der Behörden umgegangen ist.

6.6.2 Vorfälle am Beispiel der Epidemie 1936

Wie im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, löste die Poliomyelitis bei Eltern und im Gesundheitswesen grosse Verunsicherung aus. Dies lässt sich am Verhalten der Bevölkerung verdeutlichen. So wurde darauf geachtet, dass die Weisungen der Behörden eingehalten wurden, andererseits setzten sich einige auch über die Anordnungen hinweg. Die im Folgenden genannten Personen wurden anonymisiert; die verwendeten Namenskürzel (B, X, Z) lassen keinen Rückschluss auf die Personen zu.

Der Fall ‚Schiers‘: Aufgrund einer Epidemie in der Gemeinde Schiers im Kanton Graubünden 1936 wurde die Evangelische Lehranstalt geschlossen und die Schüler für 14 Tage unter Quarantäne gestellt. Danach wurden die Jugendlichen vorzeitig in die Ferien entlassen. Die Direktion des Gesundheitswesens schrieb die Bezirksärzte der Wohnbezirke der Schüler an und informierte sie über deren Ankunft (Direktion des Gesundheitswesens, 17. Juni 1936, StAZH, S 111, Teil 3). Der Bezirksarzt von Meilen, Dr. Pfisterer, befahl daraufhin eine weiterführende Quarantäne für die zurückgekehrten Jugendlichen bis am 29. Juni 1936. Am 10. Juli erhielt die Gesundheitskommission der Gemeinde Erlenbach einen Brief von der Schulpflege. Anscheinend hatten zwei Schüler der Evangelischen Lehranstalt die Quarantänebestimmungen nicht eingehalten. Eine der Mütter habe zwar den Brief des Bezirksarztes erhalten, sei aufgrund eines Artikels der Neuen Zürcher Zeitung zu der Meinung gelangt, dass die Gefahr vorbei sei. Die Schulpflege war über dieses Vergehen empört und verlangte von der Gesundheitskommission Konsequenzen (Schulpflege Erlenbach, 10. Juli 1936, StAZH, S 111 Teil 3). Ob das Verhalten der Jugendlichen und ihrer Eltern Folgen hatte, ist leider nicht überliefert. Die Lehranstalt öffnete ihre Türen am 10. August wieder. Die Schüler und Angestellten mussten aber nachweisen, dass innerhalb des letzten Monats in ihrem Wohnort kein neuer Fall von Poliomyelitis aufgetreten war (Kantonales Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, 21. Juli 1936, StAZH, S 111, Teil 3).

Der Fall ‚Schulhaus Schaffhausen‘: Ein Hausmeister eines Schulhauses in Schaffhausen meldete der Stadtpolizei eine Person B. Diese hatte bis am 20. August 1936 bei ihm gearbeitet, wohnte bei einer Familie in Thayingen und arbeite noch bei einer weiteren Familie. In dieser war jemand an Poliomyelitis erkrankt. Der Schularzt verfügte darauf, dass die Person B das Schulhaus nicht mehr betreten durfte. Der Hausmeister berichtete nun, dass er B seither fast täglich in der Stadt Schaffhausen gesehen habe, wie diese verschiedene Besuche machte. Er befürchtete eine Verschleppung der Poliomyelitis (Rapport Nr. 1690, 8. September 1936, StadtA SH, CII27.01.03.02.15). Ob dieses Verhalten Konsequenzen nach sich zog, ist nicht belegt. Es war wahrscheinlich nicht möglich, weitere Massnahmen auszusprechen, da dafür die gesetzlichen Bestimmungen fehlten und in die Kompetenz der Stadt Thayingen hätte eingegriffen werden müssen.

Der Fall ‚Schausteller‘: Am 19. Juni 1936 informierte die Gemeinde Regensdorf die Bevölkerung, dass in den letzten Wochen vier Fälle von Poliomyelitis aufgetreten waren und daher verschiedene Massnahmen getroffen worden seien. Die Schulen wurden geschlossen und die Eltern dazu aufgerufen, ihre Kinder streng

zu beaufsichtigen sowie grössere Menschenansammlungen zu vermeiden, insbesondere keine Feste, Rummelplätze und Strandbäder zu besuchen. Deutlich wurde auch auf das Einhalten der Körperhygiene hingewiesen (Merkblatt an die Bevölkerung von Regensdorf, 19. Juni 1936, StAZH, S 111 Teil 3). Zusätzlich wurde der Besuch von auswärtigen Festen und Veranstaltungen durch Ortsvereine verboten (Bezirksarzt Dielsdorf, 22.06.1936, StAZH, S 111 Teil 3).

Trotzdem reiste eine Schaustellerfamilie verbotenerweise aus Regensdorf samt Wohnwagen nach Bassersdorf, um dort Schaustellerei zu betreiben. Es wurde ihr nach ihrer Ankunft untersagt zu arbeiten und sie musste sich in unmittelbarer Nähe des Wohnwagens aufhalten. Damit die Familie keine finanziellen Verluste erlitt, durfte sie die Apparate durch Dritte bedienen lassen. Danach musste sie so bald als möglich wieder in die Heimatstadt zurückkehren. Ein Kantonspolizist wurde beauftragt, die Einhaltung der Anordnung zu überprüfen (Meldung, undatiert, StAZH, S 111, Teil 3).

Der Fall ‚Dr. X‘: Der Fall des Dr. X beschäftigte im Sommer 1936 die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. In Erlenbach hatte eine Mutter auf Anraten des Zürcher Arztes Dr. X ihre Kinder vor den Sommerferien nicht mehr in die Schule geschickt. Die Schulpflege wandte sich an die Gesundheitsdirektion mit der Frage, ob dieses Vorgehen von Dr. X nicht zu missbilligen sei (Direktion des Gesundheitswesens, 17. Juli 1936, StAZH, S 111, Teil 3). Diese empfand das Vorgehen als „ungehörige Einmischung in den Schulbetrieb und die amtsärztliche Tätigkeit“ und dass dieses eine Panik schüren würde. Das Amt bedauerte jedoch, dass es keine Möglichkeit hatte, Dr. X disziplinarrechtlich zu belangen, sondern ihn nur auf die „Ungehörigkeit seines Vorgehens“ aufmerksam machen konnte (Direktion des Gesundheitswesens, 17. Juli 1936, Brief an die Erziehungsdirektion des Kanton Zürich, StAZH, Z34.9058). Herr Dr. X bestätigte den Rat an die Mutter der Kinder. Die Mutter sei sehr nervös gewesen und er wollte sie so beruhigen (Schulpflege Erlenbach, 13. Juli 1936, StAZH, S 111, Teil 3). In einem Schreiben wurde Dr. X darauf hingewiesen, dass „im Interesse der Erhaltung der Schuldisziplin und einer gerechten Durchführung allfälliger durch ansteckende Krankheiten bedingten behördlichen Massnahmen“ er seine „Vorschläge bei den kompetenten Behörden“ anbringen soll (Direktion des Gesundheitswesens, 17. Juli 1936, Brief an Herr Dr. X, StAZH, Z34.9058)

Der Fall ‚Familie Z‘: Dass Familien eigenmächtig handelten und ihre Kinder von der Schule nahmen, zeigen auch weitere Fälle (vgl. z. B. Schulpflege Erlenbach,

13. Juli 1936, StAZH, S 111, Teil 3; An den Stadtschulrat Schaffhausen, 19. Oktober 1938, StadtA SH, CII31.01.04/052; Briefverkehr vom 31. August 1936, StadtA SH, CII31.01.94/049). Der Fall der Familie Z. soll hier als Beispiel dienen.

Wir [haben] uns entschlossen, [unser Kind] von heute ab vom Schul-Unterricht fernzuhalten & zu isolieren. Wir haben in Aussicht genommen, bzw. bereits das Nötige veranlasst, ihn entweder zu Verwandten in's Berner Oberland oder in ein Kinderheim in Pension zu geben & werden dafür besorgt sein, dass er, wo es nun auch sei, bestmöglichst weiter unterrichtet wird.

Selbstverständlich erachten wir diese präventive Massnahme nur solange als gegeben, als auf dem Platze Schaffhausen die Ansteckungsgefahr besteht. Wir sind der Auffassung, dass eine sofortige Einstellung des gesamten Schulbetriebes das wirksamste Mittel zur Bekämpfung dieser furchtbaren Krankheit ist & glauben, dass sich die hiesige Schulpflegebehörde über kurz oder lang zu dieser Massnahme wird entschliessen müssen. (Briefverkehr vom 31. August 1936, StadtA SH, CII31.01.94/049)

Solche von Eltern gewählten Massnahmen wurden von den Schulbehörden nicht akzeptiert und konnten mit Bussen belegt werden (An den Stadtschulrat Schaffhausen, 19. Oktober 1938, StadtA SH, CII31.01.04/052).

Zuwiderhandlungen gegen die Weisungen der Behörden wurden von der Bevölkerung angezeigt und auch von den Behörden verfolgt. Dennoch handelten gerade Eltern eigenmächtig, um ihre Kinder vor einer Ansteckung zu schützen. Die Gesundheitsbehörden versuchten durch verschiedene Massnahmen eine Ausbreitung der Poliomyelitis zu verhindern. Einige davon betrafen auch grosse Teile der Bevölkerung.

6.6.3 Einschränkungende Massnahmen

Personen, die an Poliomyelitis erkrankt waren, und manchmal auch Angehörige, Wohnungs- und Hausmitbewohnerinnen und -bewohner wurden isoliert und unter Quarantäne gestellt (vgl. Kap. 6.1.1 und 6.3.1). Wie bereits erwähnt, gab es auch ausgedehntere Massnahmen, die grössere Teile der Bevölkerung betrafen. Neben bewegungseinschränkenden Anordnungen wurden Veranstaltungen verboten, Ferienkolonien abgesagt und Weisungen für Ferienreisen erlassen.

Bewegungseinschränkung: Viele der bewegungseinschränkenden Massnahmen betrafen vor allem Kinder und Jugendliche sowie Armeeangehörige und waren damit auf einen Teil der Bevölkerung beschränkt. Falls im angrenzenden Ausland eine Epidemie ausgebrochen war, setzte das Eidgenössische Gesundheitsamt alles daran, dass diese nicht in die Schweiz eingeschleppt wurde, und verbot

mehrfach die Einreise von Kindern und Jugendlichen (vgl. z. B. ag, 1930b; o.V., 1935). Das Ausland griff ebenfalls zu dieser Massnahme, falls in der Schweiz Epidemien ausbrachen. So untersagten die Behörden in Säckingen (Deutschland) 1936 allen Jugendlichen unter 16 Jahren den Grenzübertritt (pt, 1936b). Falls es in der Schweiz zu lokalen Häufungen kam, durften Kinder und Jugendliche zu gewissen Zeiten nur noch in Begleitung Erwachsener auf die Strasse (o.V., 1936b).

Um die Truppen der Armee vor Ansteckungen zu schützen, wurde genau analysiert, wo gerade Fälle von Poliomyelitis aufgetreten waren. Einzelne Häuser, aber auch ganze Ortschaften wurden für die Soldaten gesperrt und der Austragungsort der Kurse und Übungen verschoben (vgl. z. B. pt, 1929a; ag, 1953c). Falls es zu Infektionen innerhalb einer Truppe gekommen war, wurde versucht die Zivilbevölkerung zu schützen, indem die Soldaten unter Quarantäne gestellt wurden, womit sich mancher Militärdienst verlängerte (vgl. z. B. Gebirgsinfanterie Regiment 37, 19.07.1937, BAR, E27#1000/721#19703*). Da der Erwerbssersatz erst ab 1940 eingeführt wurde (Kap. 3.2.8), war dies für die Betroffenen und deren Angehörige wahrscheinlich eine finanziell einschneidende Massnahme, selbst wenn diese Verlängerungen meistens nur einige Tage dauerten.

Veranstaltungen: Die Absage oder das Verschieben bestimmter Veranstaltungen war dagegen ein Mittel zur Epidemie-Bekämpfung, das die Allgemeinheit betraf. Menschenansammlungen galten als Risiko für eine schnellere Ausbreitung der Poliomyelitis. Diese Massnahme wurde jedoch weniger konsequent durchgesetzt oder flexibler gehandhabt, da bald erkannt wurde, dass Veranstaltungs- bzw. Versammlungsverbote keinen Einfluss auf den Verlauf einer Epidemie zu haben schienen. Einige Beispiele sollen diese Praxis verdeutlichen.

Als vom 17. bis 20. Juli 1936 das Eidgenössischen Turnfest in Winterthur stattfinden sollte, erlebte die Schweiz gerade die erste grosse Epidemie. Die Veranstaltung sollte dennoch nicht abgesagt werden, sondern mittels verschiedener Massnahmen eine Ausbreitung der Poliomyelitis verhindert werden. Bewohnerinnen und Bewohner aus Gemeinden, in denen Fälle von Poliomyelitis auftraten, durften zwar am Fest teilnehmen, aber nicht in der Stadt übernachten. Personen aus Häusern, in denen es in den letzten drei Wochen zu Neuerkrankungen gekommen war, durften gar nicht teilnehmen (o.V., 1936a). Statt das ganze Turnfest abzusagen, wurden also einzelnen Teilnehmenden besondere Vorschriften gemacht oder die Anreise verboten.

Am 19. September 1946 stand der Besuch Churchills in Zürich bevor. Es wurde dennoch entschieden, die Schule und den grössten Teil des Arbeitslebens normal

weiterlaufen zu lassen. Obwohl es für die Kinder und Jugendlichen ein Erlebnis gewesen wäre, den berühmten Politiker zu sehen, wurde der Unterricht nicht abgesagt. Begründet wurde der Entscheid damit, dass das vermehrte Verkehrsaufkommen für die Kinder gefährlich wäre und die Poliomyelitis-Epidemie immer noch nicht abgeflacht war (o.V., 1946b).

Als sich die Epidemie auch im September noch nicht abgeschwächt hatte, entschied man sich in der Stadt Zürich das Knabenschieszen zu verschieben (pt, 1936c), was damals sicher eine einschneidende Massnahme war. In den folgenden Jahren wurde diese Massnahme nicht mehr wiederholt, was wiederum Anlass zu Kritik gab (vgl. z. B. p., 1941, Sonntagausgabe, Blatt 5). Anderenorts wurden Monatsmärkte abgesagt (pt, 1936a) oder alle Versammlungen von Kindern unter 16 Jahren verboten (o.V., 1936b). Auch noch bei der Epidemie im Kanton Glarus im Jahr 1953 wurden, um die Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern, 1.-August-Feiern (Schweizer Nationalfeiertag) und das kantonale Schützenfest abgesagt (ag, 1953d, 1953e).

Ferienreisen: Neben den für spezifische Bevölkerungsgruppen ausgesprochenen Bewegungseinschränkungen und den unterschiedlich ausgedehnten Massnahmen bezüglich verschiedener Veranstaltungen waren auch die Ferienmöglichkeiten von Einschränkungen betroffen.

Ferienkolonien waren regelmässig Gegenstand von Massnahmen, um eine Ausbreitung zu verhindern. Nachdem 1936 bereits einige Kinder aus betroffenen Gemeinden nicht daran teilnehmen konnten (Direktion des Gesundheitsamtes des Kantons Zürich, 1936), durften die Eltern, deren Kinder in Stadtzürcher-Ferienkolonien weilten, diese nicht besuchen (Kesser, 1936). Auf der anderen Seite wurde zum Beispiel 1957 die Knabenferienkolonie im Bündnerland um eine Woche verlängert, um die Rückkehr der Kinder hinauszuzögern, da im Heimatort Schönewerd mehrere Polio-Erkrankungen vorgekommen waren (Korr., 1957).

Nicht nur innerhalb der Schweiz hatten die Epidemien Auswirkungen. Es wurde auch zu verhindern versucht, dass sich Reisende im Ausland ansteckten, so zum Beispiel im Jahr 1947 während einer Epidemie in Österreich. Die Schweizer Bevölkerung wurde dazu aufgerufen, wenn möglich nicht nach Österreich zu fahren. Gleichzeitig wurde österreichischen Kindern und Jugendlichen die Einreise in die Schweiz verboten. Österreichische Kinder, deren Aufenthalt in der Schweiz eigentlich beendet gewesen wäre, konnten, falls sie aus einem Epidemie-Gebiet stammten (und dahin zurückreisen sollten), den Aufenthalt in der Schweiz verlängern (Schweizerisches Rotes Kreuz, 1947). Im umgekehrten Fall sorgte die Sperrung der Stadt Zürich für Angehörige der alliierten Truppen 1946

für Aufsehen, zumal die Massnahme als übertrieben angesehen wurde (o.V., 1946a, Mittagausgabe, Blatt 4).

Auch innerhalb der Schweiz wurde zu drastischen Massnahmen gegriffen. Noch in den Jahren 1953 und 1961 wurde aufgrund einer grossen Epidemie im Kanton Glarus der gesamte Kanton für Truppen und Urlauber gesperrt (ag, 1953b, 1961) und erst nach mehreren Wochen wieder freigegeben (ag, 1953a). Solche einschneidenden Massnahmen hatten natürlich auch Auswirkungen auf die Wirtschaft.

6.6.4 Wirtschaftliche Folgen

Die Sperrung gewisser Gebiete, aber auch die Angst der Urlauber vor einer Ansteckung hatte Auswirkungen auf die vom Tourismus abhängigen Branchen. Die Schweiz (vor allem der Kanton Graubünden) als Ferienzziel deutscher Reisenden hatte bereits unter der grossen ersten Epidemie 1936 gelitten.

Ich vermute, dass aber wahrscheinlich auch wilde Gerüchte über die epidemische Kinderlähmung einen gewissen Einfluss gehabt und dazu beigetragen haben, dass der Kanton Graubünden, ich möchte sagen, fast katastrophal in seiner Fremdenindustrie getroffen worden ist. (Votum Etter, 1937, 9. Juni, S. 36)

So wies die Tourismusbranche mehrfach empfindliche Verluste auf, da Schweizerinnen und Schweizer wie auch ausländische Gäste verschiedene Gegenden aus Angst vor einer Ansteckung gemieden hatten (ag, 1937; o.V., 1937a). Auch die Zürcher Ferienkolonien sahen immer wieder auf finanziell schwierige Jahre zurück (H.G., 1937). Das Jugend- und Erholungsheim Giuvaulta⁵³ vermeldete ebenfalls einen Belegungsrückgang, da aufgrund der Poliomyelitis im Jahr 1936 140 Anmeldungen zurückgezogen wurden (c, 1937). Es ist davon auszugehen, dass auch die weiteren Epidemien zu teilweise markanten Einbrüchen in der Tourismusbranche führten, insbesondere bei den Sperrungen des gesamten Kantons Glarus in den Jahren 1953 und 1961.

⁵³ Ursprünglich war das Kinderheim für tuberkulosegefährdete Kinder gedacht. Nach dem Rückgang der Tuberkuloseerkrankungen öffnete sich die Institution für die Nachbehandlung von an Poliomyelitis erkrankten Kindern. Als deren Zahl aufgrund der Schutzimpfungen zurückging, war das Kinderheilbad Giuvaulta in Rothenbrunnen im Domleschg nicht mehr genügend belegt, geriet in finanzielle Schwierigkeiten und wurde daher im Herbst 1961 zu einem Heim für die Schulung von Kindern mit kognitiver Beeinträchtigung umgenutzt mit der Option, eine Gruppe für Kinder mit einer cerebralen Bewegungsstörung anzugliedern (o.V., 1961c).

Nicht nur die Tourismusbranche litt unter den Folgen der Epidemien. Diese hatten auch Auswirkungen auf einzelne andere Berufe. So konnte während einer Epidemie das Hausieren verboten werden (vgl. z. B. Moyon, 1936). Die Möglichkeit eines Berufsverbotes für gewisse Berufsgruppen war ebenfalls gesetzlich verankert (z. B. Verfügung betreffend Verhütung der weiteren Ausbreitung der spinalen Kinderlähmung (Verbot des Hausierhandels) vom 27. August 1936, 1936).

Neben diesen Massnahmen, welche die gesamte Bevölkerung mehr oder weniger betroffen haben, hatten Erkrankte und ihre Angehörigen mit weitaus gravierenden Konsequenzen zu kämpfen. Nicht nur das Erleben der Erkrankung selbst, sondern auch ihre möglichen Langzeitfolgen bedürfen noch einer genaueren Betrachtung.

6.7 Persönliche Berichte: Das Leben mit Poliomyelitis

Die Poliomyelitis wurde, wie gezeigt werden konnte, über die Jahrzehnte hinweg von der Bevölkerung gefürchtet. Seit der Einführung der Meldepflicht im Jahr 1914 wurden in der Schweiz über 20'000 Polio-Infektionen gemeldet (Bundesamt für Statistik, n.d.-a). Bei dieser Zahl handelt es sich wahrscheinlich nur um die Spitze des Eisbergs. Sehr viele Infektionen wurden vermutlich nicht erkannt, solange sie sich nicht in den typischen Lähmungen äusserten. Es sind insbesondere die paralytischen Krankheitsverläufe, welche die Poliomyelitis zu einer so gefürchteten Seuche gemacht haben. Dieses Kapitel soll sich deshalb jenen Menschen widmen, die direkt mit der Krankheit und ihren Folgen konfrontiert wurden – den Erkrankten und ihren Angehörigen (Abb. 20, S. 229). Die Erzählungen aus ihrer Perspektive verdeutlichen wie keine andere Quelle, was es bedeuten konnte, wenn die Befürchtungen wahr geworden waren.

6.7.1 Die Erkrankung

Das Erlebnis der akuten Krankheitsphase löste bei den Betroffenen und auch bei ihren Angehörigen tiefe Ängste aus. Niemand wusste, wie stark die Krankheit fortschreiten würde, ob die Lähmungen wieder zurückgehen, eine lebenslange Beeinträchtigung oder sogar der Tod drohten.

Die Phase der ersten Krankheitszeichen und die Einlieferung in ein Krankenhaus wurden von verschiedenen Betroffenen beschrieben. Bei Erkrankungen in der Kindheit konnten die Folgen zwar meistens noch nicht abgeschätzt werden, aber

die Erlebnisse, die Hilflosigkeit, die Isolation und die durch die Lähmungen hervorgerufenen Ängste werden von Betroffenen rückblickend in ihren Biografien eindrücklich beschrieben. Manchmal waren sie noch so klein, dass sie über diese Krankheitsphase lediglich aus Berichten ihrer Angehörigen erzählen konnten.

Erste Symptome: Die ersten Symptome einer Poliomyelitis können einer Grippe ähneln und sind daher sehr unspezifisch. Solange keine weiteren Fälle in der näheren Umgebung auftreten, ist eine korrekte Diagnose kaum zu stellen. Erst wenn die schlaffen Lähmungen dazukommen, muss an eine Poliomyelitis-Infektion gedacht werden.

Nina Dorizzi-Mahler⁵⁴:

Ich hatte plötzlich hohes Fieber, starke Gliederschmerzen und schreckliches Kopfweh. Es begann wie eine Grippe . . . Da sich gerade ein asiatischer Grippevirus verbreitete, war die Möglichkeit groß, daß auch ich an diesem litt. Mit Ausnahme eines Tages . . . lag ich die ganze Woche fest im Bett. . . Am Samstag konnte ich plötzlich kaum mehr atmen. Ich hatte das Gefühl, beim Einatmen mindestens hundert Kilo heben zu müssen. (Dorizzi-Mahler, 1993, S. 140–141)

Ruth Rieser⁵⁵:

Zwei Tage später [nach einer Fahrradfahrt während eines Unwetters im Oktober], die Schule hatte nach den Herbstferien eben wieder begonnen, verspürte ich Kopfschmerzen und fühlte mich müde, wollte aber der Schule nicht fernbleiben. Denn wir Schüler waren ein paar Tage in einen Saal eines Restaurants gezügelt worden, weil unsere Schulstube wieder einmal vom Militär beansprucht wurde . . . So bedauerte ich es, dass ich am zweiten Schultag fiebrig war, noch stärkere Kopfschmerzen hatte und zu Hause bleiben musste. Vorsorglicherweise benachrichtigte meine Mutter schon mal den Hausarzt, denn meine jüngere Schwester lag ebenfalls wegen Grippe schon ein paar Tage im Bett. Der Arzt stellte eine Genickstarre bei uns beiden fest, und mahnte uns auf jeden Fall im Bett zu bleiben. (Rieser, 1987, S. 11–12)

So unterschiedlich wie die ersten wahrgenommenen Symptome einer Poliomyelitis sein konnten, so unterschiedlich war auch der weitere Verlauf. Während bei einigen die Krankheit nach grippalen Symptomen zum Stillstand kam, entwickelten sich bei anderen plötzlich oder in einer zweiten Phase Lähmungen in unterschiedlicher Schnelligkeit und unterschiedlichem Ausmass.

⁵⁴ Nina Dorizzi-Mahler (geb. 1944) erkrankte mit 16 Jahren an Poliomyelitis.

⁵⁵ Ruth Rieser (geb. 1943) erkrankte 1956 an Poliomyelitis.



Abb. 20: Mädchen mit Bein-Orthesen nach einer Polio-Erkrankung mit ihrem Vater (Privatfoto Madeleine Hofer)

Geneviève Mühlemann⁵⁶:

Ich war 2.5 Jahre alt. Ich war am Seeufer, bei meinen Grosseltern. Ich weinte den ganzen Tag. Ich wollte, dass man mich aufrecht hinstellt, doch ich fiel jedes Mal hin. Man legte mich also in den Kinderwagen, und mein linkes Bein sei immer zur Seite weggeknickt – hat man mir erzählt. Und das hat allen Angst gemacht. . . . Es gab verwirrte Anrufe, man sagte, offensichtlich stimme etwas nicht, man müsse mich nach Cadolles [ein Krankenhaus] bringen, um herauszufinden, ob es wirklich Polio sei, denn man wusste von der Epidemie. Das waren die Dinge, die damals grassierten. (Amiguet & Rohrbach, 2008, TC 0.22.39–0.23.25)

Chasper Moggi⁵⁷:

Auch an jenem Abend im August 1922 hat niemand daran gedacht, dass plötzlich alles anders werden würde. Ich sei besonders übermütig gewesen, haben mir meine Eltern später erzählt, sei auf den Stuhl und von da aus auf den Tisch geklettert. Das war am 8. August. Am Tag darauf war ich um zehn Uhr morgens noch nicht aufgestanden. Das war eher ungewöhnlich, denn normalerweise wachte ich gleichzeitig mit meinen Eltern auf – noch vor sechs Uhr in der Früh. Als meine Mutter kam und mich auf die Beine stellen wollte, brach ich zusammen, und sie legte mich zurück ins Bett. (Moggi, 1997, S. 9)

Der Arzt vermutete, dass Chasper Moggi lediglich zahnen würde, und gab den Eltern ein paar Tage später ein Medikament, falls das Kind unruhig würde.

Ich wurde unruhig. Aber meine Eltern trauten der Sache nicht, sie gaben mir nur die Hälfte der vom Arzt empfohlenen Dosis. Was dann geschah, hat mir später meine Schwester erzählt. Nesa, Mutter und Vater standen um mein Bett und warteten. Allmählich wurde ich ruhiger, nach einiger Zeit begann ich mich zu strecken, lautlos und ganz langsam. In gesunden Tagen war ich ein rundlicher Bub mit kräftigen Gliedern, in jener Nacht aber wurde ich länger und dünner, meine Arme und Beine wurden schlaff und ich bewegte mich bald überhaupt nicht mehr. (Moggi, 1997, S. 10)

Manchmal wurde die Diagnose bereits vom Hausarzt, teilweise erst in der Klinik gestellt. Die Eltern fürchteten sich vor der Diagnose ‚Poliomyelitis‘, da sie wussten, was dies für ihr Kind bedeuten konnte.

Ruth Rieser:

Was Kinderlähmung für mich bedeuten würde, davon hatte ich keine Ahnung. Ich sah nur, wie sich bei der Mitteilung des Arztes die Augen meiner Mutter mit Tränen füllten. (Rieser, 1987, S. 12)

⁵⁶ Geneviève Mühlemann (geb. ca. 1945) erkrankte mit 2.5 Jahren an Poliomyelitis.

⁵⁷ Chasper Moggi (geb. 1920) erkrankte 1922 an Poliomyelitis.

Transport in die Klinik: Die angeordnete Isolation wurde meistens in einem Krankenhaus durchgeführt. Der Transport in die Klinik wurde unterschiedlich organisiert. Die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln war verboten, daher wurden vor allem Privat- oder Ambulanzfahrzeuge benutzt. Gerade bei bereits einsetzenden Atemlähmungen konnte dies zu dramatischen Szenen führen. Erinnerungen an den Abschied von zu Hause, die Fahrt in die Klinik sowie die Todesängste während der Fahrt haben sich den Betroffenen im Gedächtnis eingeprägt.

Maria Hensler-Auf der Maur ⁵⁸:

Was ich damals empfunden habe, das kann ich eigentlich nicht sagen. Ich erinnere mich daran, dass ein grosses, schwarzes Auto gekommen ist und mich geholt hat. Und im Estrich oben haben meine Schwester und mein Bruder hinausgeschaut und dieses Fenster hatte einen Sprung. An was ich mich an die Zeit im Spital von damals erinnern kann ist, dass das Bett so eng gewesen ist und dass ich immer geweint habe. Ich weiss nicht warum, aber ich erinnere mich einfach, dass ich immer geweint habe. (Amiguet & Rohrbach, 2008, TC 0.08.45–0.09.35)

Ruth Rieser:

Für den Transport ins Kantonsspital nach Frauenfeld hatte er [der Vater] tatsächlich den VW halb auseinandergenommen, die Schrauben der Rückenlehne gelöst, so dass ich liegen konnte und mich vielleicht weniger übergeben würde. (Rieser, 1987, S. 13)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Als ich auf dem Weg ins Krankenhaus fast erstickend um Luft ringen musste, konnte ich nicht mehr an die Krankheit selber denken. Ich fühlte nur noch eine furchtbare Angst. (Sterchi, 1956, S. 9)

Ruth Rieser:

Die Fahrt von Frauenfeld nach Zürich musste für meine beiden Begleiter dramatisch gewesen sein. Für mich war sie eine Irrfahrt, eine verrückte Hetzete . . . [schreibt über ihren Fiebertraum]. Die Atmung wurde immer flacher, immer schwächer. Auch Sauerstoff half nicht viel . . . ,Ruth, schnufe, tue schnufe'^[59], versuchte mich wieder eine Stimme zu erreichen. (Rieser, 1987, S. 16–17)

In der Klinik angekommen wurden die Betroffenen von anderen Patientinnen und Patienten isoliert, sofern klar war, dass es sich um Poliomyelitis handelte. Bei Mädchen wurden bei der Einlieferung manchmal die langen Haare abgeschnitten, um die Pflege zu vereinfachen. Persönliche Gegenstände, die nicht desinfiziert werden konnten, wurden verbrannt, so auch die mitgebrachten Stofftiere und Puppen der Kinder (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014a).

⁵⁸ Maria Hensler (geb. 1935) erkrankte in ihrem zweiten Lebensjahr an Poliomyelitis.

⁵⁹ „Ruth, atme, atme doch“ (Übers. d. Verf.).

Lumbalpunktion: Nach der Einlieferung in die Klinik wurden erste Untersuchungen vorgenommen. Ein prägendes Erlebnis waren vor allem die Lumbalpunktionen, die für die Diagnose und manchmal auch zu therapeutischen Zwecken eingesetzt wurden.

Geneviève Mühlemann:

Ich habe keine Erinnerung mehr daran, aber anscheinend bewegte sich bei mir nichts mehr, ausser meinen Augen. Ich war gelähmt. Nur meine Augen bewegten sich noch. Das hat, glaube ich, einen Tag angedauert, oder einen eineinhalb Tage, nach dem, was ich verstand. Im Spital bekam ich eine Lumbalpunktion. Ich sehe noch das grosse Fenster vor mir und den Tisch vor dem Fenster. Ich sehe die Ärzte und die Krankenschwestern, es waren 4 oder 5. Eine hielt mich in den Armen. Es spielte sich etwas Komisches ab. Ich verstand nicht, was los war. Sie sprachen unter sich. Ich verstand nicht richtig, was sie sagten. Und dann legten sie mich auf einen Tisch und hielten mich fest. Dann plötzlich dieser brennende Schmerz. Ich schrie. Ich höre noch immer die Schreie. Ich höre noch das Schreien, das Schluchzen, erinnere mich an die vielen Tränen Es ist meine erste richtige Erinnerung. Nach dem Geschrei wusste ich nicht, was los war. Ich habe wirklich nichts verstanden. (Amiguet & Rohrbach, 2008, TC 0.23.35–0.25.24)

Ruth Rieser:

Sie [die Ärzte und Schwestern] richteten eben für mich völlig unbekannte Instrumente und ich schaute gespannt zu, was nun passieren würde. Erklärt wurde mir dazu nichts. Ich wurde einfach gebeten, auf die Seite zu liegen, mit dem Rücken zur Bettkante, einen Katzenbuckel zu machen und die Knie ganz fest anzuziehen. Plötzlich spürte ich einen Stich im Rücken. Nicht sehr heftig, aber der ins rechte Bein ausstrahlende Schmerz zwang mich fast mich zu strecken. (Rieser, 1987, S. 13)

Die erste Zeit in der Klinik: Nach der Aufregung des Transportes und der Einweisung in ein Krankenhaus schilderten die Betroffenen die erste Zeit in der Klinik. Bei einigen verschlechterte sich der Zustand weiter oder sie wachten angeschlossen an einen Beatmungsapparat, vollkommen gelähmt auf. Bei anderen blieb der Zustand relativ stabil.

Ruth Rieser:

Und langsam realisierte ich auch, dass ich überhaupt nichts mehr bewegen konnte. Keinen Finger, keine Zehe, auch nicht den Kopf. Ich hörte ein Atemgeräusch neben mir, da ich aber den Kopf nicht zur Seite drehen konnte, glaubte ich, unser alter, dicker Nachbar liege neben mir und schnarche und stöhne. Jedesmal, wenn ich nun durch die Kanüle abgesaugt werden musste, wurde auch getestet, ob ich wieder einige Atemzüge selbstständig, ohne Maschine tun würde. Aber nicht der geringste Hauch war meiner Lunge zu entlocken. (Rieser, 1987, S. 19)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

An einem Nachmittag wurde ich mit hohen Fiebern eingeliefert. Die Ursache der Fieber war unbekannt und so kam ich auf eine allgemeine Abteilung. Gegen Mitternacht erwachte ich infolge Atemnot. Ich wollte der Nachtschwester läuten, merkte aber zu meinem Entsetzen, dass ich weder Arme noch Beine mehr rühren konnte. Rufen konnte ich ebenfalls nicht mehr. Es dauerte noch drei Stunden bis die Schwester kam. Es ist ein Wunder, dass ich nicht erstickt bin. Für mich waren es die grauenhaftesten Stunden meines Lebens. Trotz der hohen Fieber und der starken Schmerzen im ganzen Körper strengte ich meine äussersten Kräfte an, um Luft zu bekommen. Das Einzige, was mir noch klar war, war eine riesengrosse Angst, die mich zu zerdrücken drohte und gegen die ich mich zur Wehr setzen musste. Nie wird jemand ausdrücken können, was es bedeutet, hilflos dazuliegen und zu spüren, dass man ganz langsam ersticken muss. (Sterchi, 1956, S. 8)

Nina Dorizzi-Mahler:

Mit dem Erwachen kam die Realität. Mein ganzer Zustand, meine völlige Hilflosigkeit wurden mir plötzlich voll bewußt. Es war ein äusserst schmerzliches Bewußtwerden. Ich hatte die Kinderlähmung, das wußte ich. (Dorizzi-Mahler, 1993, S. 143)

Schule in der Akutklinik: Nachdem die akute Krankheitsphase vorüber war, wurden die Betroffenen von der Isolierstation auf eine andere Station gebracht, auf der sie sich weiter erholen sollten. Langsam wurde versucht, die Kinder wieder an die Schule heranzuführen. Dies wurde von Ruth Rieser als beliebte Abwechslung vom Klinikalltag erlebt.

Etwa vier Monate nach meiner Erkrankung, als sich die Phasen des Wohlbefindens allmählich verlängerten, wurde im Spital der Wiedereinstieg zum Schulunterricht gewagt. Ich las viel, war aber immer zu schnell mit einer Seite fertig und musste dann oft lange warten, bis mir jemand die nächste Seite wenden kam. Inzwischen lag ich auf einer normalen medizinischen Abteilung in einem Zimmer mit anderen Kindern. (Rieser, 1987, S. 30)

Glücklicherweise hatte das Kinderspital schon damals eine Lehrerin angestellt. Nach vier Monaten meiner Erkrankung habe ich die erste Schulstunde erhalten und war glücklich, wie die Lehrerin meinte, ich könnte doch gleich in die erste Sekundarklasse einsteigen. Zu Hause hätte ich mit viel Ängsten erst eine Aufnahmeprüfung machen müssen. Schule, Lernen, bedeutete mir unsagbar viel. Französisch lernte ich mit grosser Begeisterung. Obwohl ich noch kaum sprechen konnte, stellte die Lehrerin an meinen Lippenbewegungen fest, ob ich richtig ausspreche. Die Schule wurde nun zu der ganz grossen Ablenkung. Ich lernte wie besessen und wenn die Schule einmal ausfallen musste, war ich tief traurig. (Rieser, 1987, S. 38–39)

Atemunterstützung: Einige Betroffene waren in unterschiedlichem Ausmass auf Atemunterstützung angewiesen. Die künstliche Beatmung wurde ambivalent wahrgenommen. Einerseits erleichterte sie die Atmung und ermöglichte damit das Überleben. Andererseits wurde diese Abhängigkeit von einer Maschine als

unangenehm erlebt. Die Angst vor dem Ersticken blieb vorhanden. Bereits ein Stromausfall konnte zu dramatischen Szenen führen.

Ruth Rieser:

Für mich waren die ersten fünf Spitaljahre wohl die schlimmsten und schwersten. Nachdem ich nicht mehr isoliert liegen musste, wurde ich in einen Saal mit anderen Kindern verlegt – vorerst waren wir alles Polio, fünf am Respirator. Man sprach von unserem Zimmer nur vom Maschinensaal. (Rieser, 1987, S. 35)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

In der Eisernen Lunge fühlte ich mich zunächst überaus sicher, hatte aber den Eindruck, lebendig begraben zu sein. Meine Angst vor dem Ersticken war so gross, dass mich die Schwestern anfänglich kaum betten durften, da zu diesem Zweck die Lunge [Eiserne Lunge] geöffnet werden musste. Viel lieber wäre ich tagelang schmutzig und unbequem liegen geblieben. (Sterchi, 1956, S. 9)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Im Sommer 1955 setzte bei einem Gewitter die Elektrizität während kurzer Zeit aus. Damals konnte ich noch nicht mehr als drei Minuten alleine atmen. Diese Momente werde ich nie vergessen. Eine wahnsinnige Angst packte mich, die mir verunmöglichte, selber zu atmen. Ich war wie gelähmt vor Schreck und noch tagelang musste jemand ganz nah bei mir sitzen und den Apparat im Auge behalten. (Sterchi, 1956, S. 9–10)

Lernen, selbst zu atmen: Die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung stellte die Betroffenen ebenfalls vor eine grosse Herausforderung. Es ging darum, auf die Sicherheit zu verzichten, sich der Atemnot auszusetzen und wieder zu lernen, selbstständig zu atmen. Dies brauchte viel Einfühlungsvermögen der pflegenden Personen sowie viel Ausdauer auf beiden Seiten.

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Ein Aussenstehender wird sich nie vollständig vorstellen können, wie schwer es ist, sich vom Apparat zu lösen. Neben der ungeheuren körperlichen Anstrengung und der ermüdenden Denkarbeit – immer denken: ‚Du musst atmen, du musst atmen‘ – erfordert es einen eisernen Durchhaltewillen. Die Fortschritte waren bei mir winzig, so dass ich mich täglich fragte, was es für einen Sinn habe, so weiter zu arbeiten. Ohne intensive Mithilfe von Seiten des Pflegepersonals hätte ich bestimmt kapituliert. (Sterchi, 1956, S. 10)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Ich hatte so Angst. Oft sollte ich schon früher ohne Respirator zu atmen versuchen. Kein Mensch war dann jeweilen bei mir ausser einer Schwester, die ich nicht leiden mochte. Ging es nicht, hängte sie mich gleich wieder an den Respirator. Seit der neue Arzt da ist, hat sich alles geändert. Er bleibt bei mir, atmet im Takt mit mir, so dass ich nicht so verrückt denken muss. Dazu erzählt er mir von anderen Kranken, die auch wieder atmen lernten. Er ist streng mit mir, dafür aber kann ich jetzt schon 15 Minuten selber

atmen. Auch lerne ich die Froschatmung^[60]. Das ist lustig und dann brauche ich nicht mehr Angst zu haben, auch wenn einmal der Apparat kaputt ist, weil ich mir dann selber für einige Zeit genug Luft ‚schnappen‘ kann. (Sterchi, 1956, S. 11)

Nach der akuten Krankheitsphase und der anschliessenden mehrwöchigen Erholung, häufig auf separaten Poliomyelitis-Stationen, konnten viele wieder nach Hause gehen. Es folgte manchmal ein Leben zwischen zu Hause und weiteren Klinik- oder Kuraufenthalten. Personen, die infolge einer schweren Poliomyelitis-Infektion ausgedehntere Beeinträchtigungen zurückbehielten, verbrachten einen Grossteil oder manchmal auch ihr gesamtes weiteres Leben in einem Krankenhaus. Für diese Personengruppe wurde die Klinik eine Art Zuhause.

6.7.2 Zwischen Klinik und zu Hause – Klinik als Zuhause

Nach der akuten Krankheitsphase folgte eine Phase der Regeneration und Stabilisierung. Die Folgen der Lähmungen erforderten immer wieder neue Behandlungsphasen und damit verbunden unterschiedlich lange Klinikaufenthalte. Kinder, die aufgrund von ausgedehnten Lähmungsfolgen intensivere Therapien benötigten, verbrachten daher manchmal mehrere Jahre oder praktisch ihre gesamte Kindheit in einer Klinik. Aufgrund der grossen räumlichen Entfernung zu den Eltern kam es teilweise dazu, dass sich die Kinder von ihren Eltern entfremdeten (Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, 2014a). So schrieb Chasper Moggi, der 1920 in Santa Maria im Münstertal (Kanton Graubünden) geboren wurde, 1922 an Poliomyelitis erkrankte und 1923 in die Anstalt Balgrist (Kanton Zürich) eintrat:

So vergingen die Tage im ‚Balgrist‘. Ich wurde schliesslich fünf Jahre alt, mein Deutsch unterschied sich kaum mehr von dem meiner Zimmergenossen. Eines Tages jedoch stand plötzlich eine mir unbekannte Frau im Zimmer; sie sprach wohl Deutsch, aber es klang so fremd, dieses Bündner-Deutsch. Diese Frau war meine Mutter: Sie kam, um mich heimzuholen. (Moggi, 1997, S. 13)

Nicht nur in den 1920er Jahren kam es häufig zu sehr langen Klinikaufenthalten. Auch noch viele Jahre später blieben Kinder manchmal ihre gesamte Schulzeit in einer Klinik. Der Erfahrungsraum dieser Kinder war dabei gezwungenermassen

⁶⁰ Die Froschatmung bzw. glossopharyngeale Atmung ist eine Atemtechnik, die von Polio-Betroffenen während der Polio-Epidemien entwickelt und weitergegeben wurde. Mit Hilfe der Mund- und Rachenmuskulatur wird schrittweise Luft in die Lunge gepresst, wodurch eine selbstständige Atmung möglich wird (Dail, 1951).

stark eingeschränkt. So schreibt Alex Oberholzer⁶¹, der seine gesamte Kindheit in der Aussenstation Sonnenbühl des Kinderspitals Zürich verbrachte:

Wir lebten hier in einem absoluten Schonraum. Also, unser Horizont von der Welt hat aufgehört bei den Wäldern rundherum. Mehr haben wir gar nicht gekannt – der Parkplatz, das war die Welt. (Roy, Paltzer & Wirsing, 2006, TC 56.33–57.09, Übers. d. Verf.)

Kinder und Erwachsene, die auf dauernde Atemunterstützung angewiesen waren, konnten manchmal über Jahre ihr Zimmer nicht verlassen. Von der Umwelt abgeschnitten, waren sie darauf angewiesen, dass andere Personen ihnen diese Abwechslung brachten.

Verena Guggenbühl, Lehrerin am Kinderspital Zürich:

Aber auch wenn alle diese Schüler nicht wären, haben wir an unserem Spital doch zwei Patienten, die alleine eine Lehrerin rechtfertigen: die 18jährige Käthi und den 16jährigen Fritz, beide von einer Kinderlähmung her total gelähmt. Sie können beide kein Glied bewegen und werden mit einer Maschine beatmet. Käthi liegt schon fünf Jahre hier. Fritz seit einem halben Jahr. Vorher waren sie gesunde Kinder, die die Schule besuchten und auf ihre Körperkräfte vertrauten. Jetzt sind sie von der Welt abgeschlossen. Sie leben in der ewig gleichen Spitalatmosphäre; der Tagesablauf ist genau bestimmt. Ein kleiner Ausblick auf die Bäume vor dem Fenster muß ihnen die Jahreszeiten ersetzen. . . . Aber nicht nur der bisherige Erlebniskreis, sondern vor allem jede frühere Tätigkeit ist abgeschnitten. (Guggenbühl, 1962, S. 153)

Nina Dorizzi-Mahler:

Sechs Jahre lang lag ich immer nur im Bett und immer nur unter sterbenden Menschen. . . . An einem wunderschönen Frühlingstag nahmen mich nun zwei Schwestern in einem Rollstuhl in den herrlich blühenden Spitalgarten hinaus. Und da ich damals noch kein tragbares Beatmungsgerät hatte, beatmeten sie mich mit einem Beutel. Das war ein riesiges Erlebnis, nach sechs Jahren wieder zu ersten Mal draussen zu sein! (Dorizzi-Mahler, 1993, S. 168–170)

Insbesondere wenn die Erkrankten auf ausgedehnte Atemunterstützung angewiesen blieben, konnte diese oft nur in einer entsprechenden Institution gewährleistet werden. Das Leben in einer Klinik stellte die Betroffenen vor viele Herausforderungen. Soziale Kontakte zu knüpfen war schwierig und Verlegungen in andere Kliniken bedeuteten den Verlust von gewachsenen Beziehungen sowie der gewohnten Umgebung. So schrieb Ruth Rieser, die ursprünglich aus dem Kanton Thurgau stammte und nach mehreren Jahren im Kinderspital Zürich zu alt für die Klinik geworden war und daher verlegt werden musste:

⁶¹ Alex Oberholzer (geb. 1953) erkrankte als einjähriges Kind an Poliomyelitis.

Ruth Rieser

Eigentlich hätte ich nun zurück in den Kanton Thurgau verlegt werden müssen. Aber in den bald fünfzehn Jahren in Zürich hatte ich hier viele Freunde und Bekannte gefunden Als Schwerbehinderte, hinter Spitalmauern, ist ein Anknüpfen von neuen Kontakten unbeschreiblich schwierig. Als endlich feststand, dass ich ins Triemli⁶² übersiedeln würde, wurde das Mich-Loslösen und Scheiden doch sehr schmerzlich. (Rieser, 1987, S. 44)

Auch in den Interviews, die Kathrin Sterchi geführt hat, kam dieses Problem zur Sprache. Es wird deutlich, wie stark eine geeignete Wohnmöglichkeit fehlte und dies den Umgang mit den Folgen der Erkrankung zusätzlich erschwerte.

Aus einem Interview:

Es ist mir tatsächlich ein Problem, wo ich in Zukunft bleiben soll. In einem Poliozentrum sähe ich eine Lösung, doch dürfte dieses unter keinen Umständen Spitalcharakter aufweisen. Ich kann die Spitalatmosphäre nicht mehr ertragen. Eine Krankenschwester in der weissen Tracht, der Spitalgeruch, die langen Gänge, die Stille, all das bereitet mir Uebelkeit. Ein Haus mit privater Atmosphäre, wo jeder Patient sein eigenes Zimmer, vielleicht mit den eigenen Möbeln, hat, wäre das Ideale.

Wenn uns durch die Krankheit alles genommen wurde, warum versucht man nicht, uns in einem normalen Milieu ein wirkliches Heim zu bieten und uns damit den Weg zurück zu erleichtern...? (Sterchi, 1956, S. 28)

Tatsächlich bestanden noch gegen Ende der 1950er Jahre kaum Unterbringungsmöglichkeiten für dauerhaft atemgelähmte Polio-Betroffene (Sterchi, 1956). Ein Lebensort war die Poliozentrale am Inselspital in Bern. Dort verbrachten einige Betroffene teilweise mehrere Jahrzehnte nach ihrer Erkrankung, bis die Station 1991 aufgrund der veränderten Strukturen der Klinik aufgelöst wurde. Für die fünf Betroffenen, die damals noch auf dieser Station lebten, bedeutete die Verlegung in das Pflegeheim Wittigkofen den Verlust der ihnen vertrauten Umgebung (Däpp, 1991).

Während Personen, die ihr gesamtes restliches Leben in einer Klinik verbrachten, vor grossen Herausforderungen standen, ihrem Leben einen neuen Sinn zu geben und den Tag zu strukturieren, sahen sich auch jene Kinder und Erwachsene, die sich so weit erholt hatten, dass an einen Wiedereinstieg in die Schule oder einen Beruf zu denken war, grossen Hürden gegenüber.

6.7.3 Schule und Beruf

Der Weg zurück in die Schule oder ins Berufsleben war eine grosse Herausforderung. Durch den langen Klinikaufenthalt hatten die Kinder und Jugendlichen,

⁶² Das Triemli ist eine Klinik in der Stadt Zürich.

obwohl in vielen Klinken Schulunterricht geboten wurde, eine Lücke im Schulstoff, den es aufzuholen galt. Nicht nur sie mussten sich an die neue Situation anpassen, sondern auch die Lehrpersonen sowie Mitschülerinnen und Mitschüler.

Bereits der Schulweg oder der Weg ins Klassenzimmer konnte eine grosse Herausforderung darstellen. Weite, unwegsame Schulwege, Treppen sowie ein Mangel an geeigneten Hilfsmitteln wie Rollstühlen erschwerten den Schulbesuch. Die Kinder und Jugendlichen waren auf die Hilfe ihrer Eltern, Geschwister, Mitschülerinnen und Mitschüler oder anderen Personen angewiesen.

Maria Hensler-Auf der Maur:

Während des Zweiten Weltkrieges führte sie [die Schwester] mich sogar mit dem Kinderwagen zur Schule. Manchmal waren während dieser Zeit im Schulhaus auch Soldaten einquartiert, die mich dann in den ersten Stock ins Schulzimmer trugen. (Hensler, 2004, S. 40)

Aus dem Bericht einer Mutter:

Als es [das Kind] dann mit sechseinhalb Jahren die Schule besuchen musste, kamen neue Schwierigkeiten. Der Schulweg war ziemlich weit, und so ging's nicht zu Fuss. Bei schönem Wetter brachte ich [die Mutter] das Kind per Velo hin und holte es von der Schule ab, oder die Grösseren nahmen es mit dem Wägel. (B. F., 1956, S. 42)

Paul Desarzens:

Mais l'école? Le collègue est éloigné; le chemin rapide et pierreux ; jamais 'Brisegalette' n'aura la force de s'y rendre. Pourtant, vous le rencontrez chaque jour assis dans *un petit char* que ses camarades bienveillants et enthousiastes conduisent à l'aller comme au retour. (Desarzens, 1954, S. 149)

Ein Kind berichtet über die Erkrankung eines Freundes:

Nun holten wir ihn alle Tage ab, wenn es das Wetter erlaubte, und nahmen ihn mit zur Schule. Immer mit dem Schlitten. Als der Schnee geschmolzen war, wurde das gleiche mit einem Leiterwagen ausgeführt. Es war mühsam, weil unser Freund vom vielen Sitzen und Liegen sehr schwer geworden war. Nach und nach ging er, sich am hinteren Teil des Wagens haltend, einige Schritte selber. Wenn wir bei der Schule angekommen waren, holte ihn unser Lehrer ab und trug ihn in die Schulstube hinauf. (o.V., 1937b, S. 587)

Eine Lehrerin in der Anstalt Balgrist:

Es ist für das gebrechliche Kind von grosser Bedeutung, dass es mit den gesunden Kindern zusammen in die Schule gehen kann. Es wurde dies auch ziemlich schwer gebrechlichen Kindern immer wieder ermöglicht durch den Einsatz eines Lehrers. So weiss ich von ein paar Fällen, wo der Lehrer ein Kind durch Jahre manche Stufen oder gar Treppen hinauf- und hinuntertrug usw. (Mensing, 1957, S. 669)

Der Wille zur Unterstützung der Kinder durch die Lehrpersonen war sehr unterschiedlich. Während einige sehr wohl die betroffenen Kinder auf dem Weg in die Klassenzimmer unterstützten oder sich für die betroffenen Kinder einsetzten,

indem sie zum Beispiel selbst eine Liegepritsche für das Unterrichtszimmer bauten (Flück, 1949), waren andere nicht dazu bereit.

Maria Hensler-Auf der Maur:

Wenn keine Soldaten da waren, übernahm Mathilda [die Schwester] diese Arbeit. Und unsere Lehrerinnen, die Klosterfrauen, und auch der Lehrer schauten ihr dabei zu, wie sie mich mühsam die lange Treppe hoch tragen musste. Keiner von ihnen nahm das gelähmte Mädchen auf die Arme, um es ins Schulzimmer zu tragen. Obwohl sie als Erwachsene viel stärker gewesen wären, überliessen sie diese Last einem zehnjährigen Mädchen. (Hensler, 2004, S. 41)

Manchmal wurden auch ganz pragmatische Lösungen eingeschlagen, wie das Beispiel von Hans Huggler-Gloor zeigt. Um die Unterstützung in der Schule sicherzustellen, wurde der Schuleintritt der beiden unterschiedlich alten Brüder einfach zusammengelegt.

Nach Rücksprache mit der damaligen Lehrerin von Hausen, Frl. Anna Leuthold, hatte man meinen Schulversuchs-Anfang ein Jahr hinausgeschoben, damit ich dann gleichzeitig mit Bruder Werner den Schuleintritt unternehmen könne. Sein Eintritt wurde vorverlegt, versuchsweise. Eltern und Fräulein Leuthold waren der Meinung, so könnte Werner mir etwas behilflich sein, was auch zutraf. (Huggler-Gloor, 1984, S. 10)

Diese Hilfestellungen durch Angehörige, andere Kinder oder weitere Personen konnten den Schulbesuch nicht immer ermöglichen. So wurde nach verschiedenen anderen Lösungen gesucht. Neben der Unterbringung bei Verwandten oder Pflegefamilien oder dem Besuch eines Internats verbrachten viele Kinder und Jugendlichen ihre gesamte Schulzeit in orthopädischen Instituten wie dem Balgrist oder dem Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis.

Maria Hensler-Auf der Maur:

Ich durfte bei ihr [der Tante] wohnen, weil ich im Winter bei uns zu Hause die Schule nicht besuchen konnte. Der Schnee liegt dann zu hoch und die Strasse ist dann nur noch ein schmaler Fussweg, und die Schule bedeutete mir einfach alles, denn beim Lernen kannte ich keine Behinderung: Hier war ich frei, ich konnte denken wie die anderen, gesunden Schüler. (Hensler, 2004, S. 56)

Inserat in der Schweizerischen Lehrerzeitung:

Lehrerfamilie. In etwas hochgelegener Ortschaft wird Aufnahme für 13jähr. Mädchen, das infolge partieller Kinderlähmung am Stock geht, zwecks Schulbesuch gesucht. Das Kind ist gut erzogen, geistig normal. In Frage kommt Lehrerfamilie mit ungefähr gleichaltrigen Kindern, mit denen gemeinsam die Schule besucht werden könnte. Gute Verpflegung, liebevolle Behandlung, Schulhausnähe wird unbedingt verlangt. (Orell Füssli-Annoncen, 1923, S. 19)

Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

Maria Hensler-Auf der Maur, Eintritt ins Internat in Ingebohl (als einziges Mädchen im Rollstuhl):

Die Tage waren ausgefüllt mit Lernen. Endlich konnte ich jeden Tag in die Schule. Wie oft hatte ich mir das gewünscht, und nun war es Wirklichkeit geworden, mein Wunsch wurde erfüllt. (Hensler, 2004, S. 99)

Chasper Moggi:

Die Wochen [zu Hause] vergingen, doch das Glück sollte nicht von Dauer sein. Eines Tages hiess es, ich müsse zur Untersuchung zurück in den ‚Balgrist‘. Noch ahnte ich nichts Böses. Wie vor Jahren schon einmal fuhr ich mit meiner Mutter im Zug nach Zürich, man führte mich in ein Zimmer. Aber erst, als die Schwester etwas von ‚Abschied nehmen‘ murmelte und ich sah, dass meiner Mutter die Tränen in den Augen standen, begann ich zu begreifen. Ich musste im ‚Balgrist‘ bleiben, wegen der Schule und wegen der medizinischen Betreuung – das jedenfalls erklärte man mir. (Moggi, 1997, S. 16)

Hans Witschi⁶³:

Ich wurde, als ich neun Monate alt war, mit Poliomyelitis angesteckt und kam dann zuerst für drei Monate ins Kantonsspital Luzern und dann ins Kinderspital Zürich [Ausstation Sonnenbühl]. Dort habe ich von einjährig bis sechzehn meine Kindheit verbracht. (Roy et al., 2006, TC 58.00–58.36, Übers. d. Verf.)

Da Poliomyelitis die kognitive Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigte, fiel es den meisten Kindern nicht schwer, dem Schulstoff zu folgen. Die körperlichen Beeinträchtigungen äusserten sich daher vor allem im Sportunterricht oder bei der Teilnahme an Schulausflügen.

Willy Rohrbach⁶⁴:

Was die Schule betrifft, hat mich unter anderem der Sportunterricht am meisten geprägt. So wie die anderen konnte ich es eben nicht. Vielleicht bin ich mir da über meine Grenzen klar geworden, ohne sie akzeptieren zu wollen, und plötzlich fing es mich an zu stören, dass alle versuchten, mich dazu zu bringen, es wie jeder machen zu wollen. (Amiguet & Rohrbach, 2008, TC 0.30.05–0.30.30)

Nicht nur der Besuch der Schule war eine Herausforderung, sondern auch die Suche nach einer geeigneten Ausbildungsstelle oder einem passenden Arbeitsplatz gestaltete sich oft schwierig. Wie auch heute waren Firmen in der Schweiz nicht verpflichtet, Menschen mit einer Beeinträchtigung eine Anstellung zu geben. Ausbildungsplätze für Menschen mit einer Beeinträchtigung waren noch sehr selten. So schildern viele Betroffene eine Odyssee:

⁶³ Hans Witschi (geb. 1954) erkrankte als kleines Kind an Poliomyelitis.

⁶⁴ Willy Rohrbach (geb. 1947) erkrankte als Kind an Poliomyelitis.

Hans Huggler-Gloor:

Vor und nach der Konfirmation wurde ich viel gefragt, was ich nun vorhabe. Ich wusste es nicht. Ich musste vorläufig daheim bleiben, wo ich wohl Arbeit genug, aber keine Zukunft hatte. (Huggler-Gloor, 1984, S. 16)

Paul Desarzens:

Là se place une époque douloureuse de son existence: la réalité qui s'éveille en lui et qu'on éveille en lui. Chacun de ses amis est en apprentissage ou dans un canton suisse allemand pour se familiariser avec la langue de Goethe, et lui, il reste seul, personne ne veut l'engager. C'est subitement comme un haut mur élevé devant lui. Va-t-il sombrer? Non! Le temps ne doit pas être perdu; la lecture et les cours du soir vont enrichir ses connaissances en comptabilité, correspondance, dactylographie, droit, etc. La ville est voisine, mais il faut un effort pour l'atteindre et les rentrées sont pénibles, dans la nuit, par le froid, la neige et les chemins glissants. (Desarzens, 1954, S. 149)

Alex Oberholzer:

Ich habe zuerst Mathematik studiert und dann zwei Jahre als Mathematiker gearbeitet – gemerkt, dass ich als das nicht glücklich werde und gedacht: Jetzt mach ich nur noch das, was ich will. Und dann habe ich Germanistik, Kunstgeschichte und Publizistik studiert. Und dann sagte man mir immer, also die Berufsberater haben gesagt, das sei unmöglich, da findest du nie eine Stelle auf welcher du arbeiten kannst und heute verdiene ich damit mein Geld. (Roy et al., 2006, TC 1.09.15–1.09.29, Übers. d. Verf.)

Nicht immer waren daran die Firmen schuld, sondern auch die Versicherungen erschwerten die Anstellung eines Menschen mit einer Beeinträchtigung.

Willy Rohrbach:

Damals versuchte ich eine Festanstellung beim Fernsehen zu bekommen. Ich bewarb mich. Ich wurde mit Glück oder Verdienst aus vielen Bewerbern ausgewählt. Ich habe mich riesig gefreut. Doch nachdem sich das Fernsehen bei den Versicherungen erkundigt hatte, sagte man mir, dass ich wegen meiner Behinderung nicht in Frage käme. Das habe ich sehr schlecht aufgenommen, sehr sehr schlecht aufgenommen. Ich habe Einspruch erhoben, habe aber verloren. (Amiguet & Rohrbach, 2008, TC 0.30.05–0.30.30)

Auch war nach einer Erkrankung für viele Betroffene die Rückkehr in den ursprünglich erlernten Beruf nicht mehr möglich. Betroffene mussten daher eine neue Einkommensquelle suchen.

Karl Ernst, a. [alt, ehemaliger] Sekundarlehrer in Neftenbach (Zürich) hat in der ‚Schweizerischen Lehrerzeitung‘ sich empfohlen für Anfertigungen von Kopien, Vielfältigungen in Maschinenschrift und Drucksachen. Es sei hier auf den ausnahmsweise seltenen Fall besonders aufmerksam gemacht. K. Ernst erkrankte im August 1924 an spinaler Kinderlähmung. Durch tägliche orthopädische Übungen gekräftigt, hat er die Bewegungsfähigkeit in den Armen und Händen wiedererlangt, während die unteren Extremitäten noch gelähmt sind. Obschon er erst 30 Jahre alt ist, mußte er pensioniert werden. Da er aber erst wenige Jahre im Amte wirkte, genügt das Ruhegehalt nicht für den Unterhalt der Familie (Frau und dreijähriges Töchterchen). K. Ernst ist auf anderweitige Einnahmen angewiesen und er hofft, solche sich verschaffen zu können

durch Arbeiten auf der Schreibmaschine und Druckmaschine, die er gegen kleine Provision nach Vereinbarung mit einer leistungsfähigen Buchdruckerei vermittelt.

Den Kollegen speziell den Vorständen von Vereinen sei K. Ernst in Neftenbach für die Ausführung von Schreibmaschinen- und Druckerarbeiten zur Berücksichtigung dringend empfohlen! Der im höchsten Grad bedauernswerte Kollege ist für jeden Auftrag dankbar. (r, 1927, S. 416)

Für einige der Betroffenen, insbesondere solche, die praktisch dauernd auf maschinelle Atemhilfen angewiesen waren, kam ein Einstieg oder Rückkehr ins Berufsleben oft erst gar nicht in Frage.

Ruth Rieser:

Wie aber das Ende der Sekundarschule nahte, fing ich erneut an mich zu fragen, was nun! Ich dachte zurück an meine ehemaligen Schulkollegen und hörte von meinen Eltern, in welchen Beruf jeder Einzelne eintreten würde. Es schmerzte mich ungeheuerlich, dass eine Berufswahl für mich nie in Frage kommen würde. (Rieser, 1987, S. 39)

Die Berufswahl war für Personen mit bleibenden, ausgeprägten Lähmungen ein schwieriges Unterfangen. So blieb ihnen das Lehrdiplom (damals Lehrpatent) verwehrt, falls sie die Turnprüfung nicht absolvieren konnten. Ein Übertritt vom Lehrerseminar an die Lehramtsschule der Universität war aber möglich. Auch eine Ausbildung zur Sekretärin bzw. zum Sekretär war an öffentlichen Berufsschulen für Personen mit Arm- oder Handlähmungen nur eingeschränkt möglich. Eine Alternative boten hier Privatschulen, die bei den Abschlussprüfungen den Betroffenen entgegenkamen (Anpassung der geforderten Schnelligkeit in Stenografie und Maschinenschreiben). Auch weitere dem heutigen Nachteilsausgleich vergleichbare Leistungen wurden gewährt. So konnte eine Person aufgrund ihrer schnellen Übermüdung zusätzliche Ferien in Anspruch nehmen, was zwar die Ausbildungszeit verlängerte, ihr aber ihren Berufswunsch ermöglichte (Gerber, 1962). Dies sind nur einige wenige Beispiele, die dennoch zeigen, dass einige Berufsschulen den Betroffenen entgegenkamen. Deutlich wird auch, dass kein Recht darauf bestand, sondern die Betroffenen auf den Goodwill der Schulleitung und der Lehrpersonen angewiesen waren.

Auch die eigene Wohnung wurde für einige Betroffene zum Hindernis. War diese nicht gut zugänglich, konnte sie oft nicht ohne Hilfe verlassen werden. Einige Personen mit Langzeitlähmungen waren daher an ihre Wohnung gebunden und konnten diese teilweise über Jahre nicht verlassen (Gerber, 1962). Damit war eine andere Arbeit als Heimarbeit nicht möglich. Diese wurde von vielen Betroffenen als unbefriedigend angesehen und die Auftragslage verschlechterte sich mit zunehmender Technisierung immer mehr. Auch die Entlohnung war sehr bescheiden (Flück, 1949).

Der (Wieder-)Eintritt in die Schule und die Arbeit war also für einige Betroffene ein steiniger Weg, den es mit Kreativität und der Bereitschaft für Umwege zu gehen galt. Neben den Betroffenen selbst bedeutete eine Poliomyelitis-Erkrankung auch für die Angehörigen eine schwierige Situation.

6.7.4 Die Angehörigen

Die von Poliomyelitis betroffenen Personen waren aufgrund der fehlenden oder mangelhaften Unterstützungsleistungen von Versicherungsanstalten oder öffentlichen Stellen stark auf ihre Angehörigen angewiesen. Für diese war eine Erkrankung eines Familienmitgliedes ebenfalls ein einschneidendes Erlebnis. Auch sie mussten, neben den Sorgen um ihre Kinder, Eltern, Partnerinnen und Partner, ihre Lebenspläne den neuen Umständen anpassen.

Eltern sorgten sich um ihre Kinder, machten sich Vorwürfe, nicht alles Mögliche zu tun, und mussten ihre Jungen und Mädchen immer wieder in fremde Hände geben. Der Anblick des schwer kranken Kindes löste Verzweiflung und Zukunftssorgen aus.

Aus dem Bericht einer Mutter:

Eine Zeitlang wusste man sich fast nicht zu helfen und hatte ein schlechtes Gewissen, man tue nicht das Möglichste für sein geliebtes Kind. Und es gab dunkle Nächte und schwere Stunden, bis man sich zu dem klaren Schluss durchgerungen hatte: den behandelnden Ärzten voll vertrauen und ihnen das Wohl des Kindes ganz zu überlassen, und aber vor allem sich ganz Gottes Führung überlassen und Ja sagen zu dieser Prüfung. Auf Weihnachten nahmen wir unser liebes Jeanettli nach Hause, um es nach Neujahr in die Anstalt Balgrist zu bringen, von wo wir begreiflicherweise mehr Hilfe erwarteten. Es war eine selige Woche, die Kleine, die sonst gesund und munter war, bei uns zu haben, voll Wiedersehensfreude, aber auch schon vermischt mit Abschiedsschmerz. Es war etwas Grosses, dass es dem Kinde vergönnt war, nichts von unseren Gefühlen zu spüren. (B. F., 1956, S. 41)

Aus dem Interview mit einer Mutter:

Unser Kind war sehr selten krank, immer munter und lebhaft. Als es ins Spital gebracht wurde, hatten wir keine Ahnung, welche Krankheit es hatte. Wenige Stunden später wurde ich zu ihm gerufen, da es in Lebensgefahr schwebte. Nie werde ich den Augenblick vergessen, da ich mein Kind in der Eisernen Lunge liegen sah. Später kam es an den Respirator. Wir waren alle froh darüber. Nun haben wir es mit dem Apparat nach Hause nehmen können. Tagsüber besorgt eine Schwester die Pflege, nachts hüte ich. So froh wir sind, den Buben bei uns haben zu können, so schwer ist es auch. Wenn ich in der Nacht das monotone Geräusch des Respirators höre, überkommt mich oft Verzweiflung... (Sterchi, 1956, S. 15)

Nicht nur Eltern sahen sich einer neuen Situation ausgesetzt. Auch Eheleute mussten sich mit der eingetretenen Beeinträchtigung ihrer Partnerinnen oder Partner auseinandersetzen. Auch hier wird die Ambivalenz gegenüber der Möglichkeit der künstlichen Beatmung deutlich.

Aus einem Interview mit einer Ehefrau:

Mein Mann liegt jetzt schon seit Wochen im Spital, an den Respirator angeschlossen. Ich war so froh, dass man heute künstlich die ausbleibende Atmungsfunktion ersetzen kann. Immer hoffte ich auf langsame Wiederherstellung. Es ging aufwärts, doch erlitt mein Mann einen schlimmen Rückfall, infolge Ueberanstrengung. Jetzt geht es so schlecht wie am Anfang. Ich möchte so gern tapfer sein und ihm erleichtern, was ich kann. Aber meine Kraft reicht kaum mehr, um meine Tränen an seinem Bett zurückzuhalten. Ja es ist schon so weit gekommen, dass ich mich fragte, ob es nicht besser oder leichter gewesen wäre, wenn man nicht hätte helfen können... (Sterchi, 1956, S. 15)

Neben den eigenen Zukunftsängsten und der Herausforderung, sich mit den Folgen der Erkrankung abzufinden, hatten viele Betroffene gegenüber ihren Angehörigen ein schlechtes Gewissen, da sie nicht mehr die von ihnen erwarteten Aufgaben übernehmen konnten und damit gleichsam die Zukunftsperspektiven der Angehörigen verändert hatten.

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Wir sind noch nicht sehr lange verheiratet und hätten gerne noch Kinder gehabt. Ich bin aber nicht mehr kräftig genug. Herz und Lunge würden eine Schwangerschaft nicht ertragen. Für meinen Mann bedeutet dies eine ungeheure Enttäuschung. Er sagt wenig dazu, doch weiss ich, dass er eine andere Frau kennengelernt hat. Wir beide leiden unter diesem Zustand. Er hat ein schlechtes Gewissen und ich komme mir so minderwertig vor. Ohne Atemlähmung könnten wir noch Kinder haben. Es ist schwer, zu sehen, dass ich dem liebsten Menschen nicht mehr genügen kann... (Sterchi, 1956, S. 17)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Mehr als meine Krankheit plagt mich die Sorge um meine Kinder. Es ist so schwer, eine Hilfe für den Haushalt zu bekommen, die gleichzeitig etwas von Kindererziehung und Krankenpflege versteht, dazu Verständnis für meine Lage und eine Ahnung vom Funktionieren des Apparates hat. – Die Kinder sind hin- und hergerissen, wissen nicht, wem sie gehorchen sollen. Sie merken, dass ich nicht gehen und nicht rufen kann. Natürlich profitieren sie davon. Rege ich mich auf, verschleimt sich meine Lunge sofort, ich bekomme starke Atemnot und fühle mich elend. Die Kinder sehen das, es macht ihnen Angst. Sie brauchen mich in solchen Momenten ganz stark und ich kann ihnen nicht sein, was ich sollte... (Sterchi, 1956, S. 17)

Die Pflege und Betreuung einer Person mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis war sehr aufwendig und zeitintensiv. Die Betroffenen mussten eine Vielzahl an Übungen zu Hause weiterführen und verschiedene Therapien besuchen. Eltern betroffener Kinder waren in diese Aufgabe besonders involviert.

Hans Huggler-Gloor:

Natürlicherweise nahm sich besonders die Mutter meiner in aller erdenklicher Weise an, mit Bäder-Zubereiten, mit Massieren des Rückens und der Beine, Turnen, und Mit-den-Krücken-gehen-Lernen. Der Vater hatte mir ein Reck und zwei Lauflatten neben dem Haus aufgestellt. Die Mutter versuchte auch nach Rezepten für mich viel Diätkost aufzustellen . . . (Huggler-Gloor, 1984, S. 12)

Aus dem Bericht einer Mutter:

Es gab nun allerhand Anleitungen zu befolgen und auszuführen. Die Kleine kroch, da sie wohl nicht so bald laufen lernte, wenn es überhaupt dazu kam, umso munterer auf dem Boden. Bald rutschte sie die Treppe hinunter und über den ganzen Kiesplatz, als wäre dies die selbstverständlichste Sache. Der Sommer war herrlich und das Vergnügen gross. Aber jeden Tag war ein Söckli, ein Paar Hösli oder ein Stück der Farmerhosen durchgerutscht. Das bedeutete Arbeit. Und die Bäder und Massagen durften nicht vergessen werden. (B. F., 1956, S. 41)

Die Angehörigen sahen sich nach der Poliomyelitis-Erkrankung eines Familienmitgliedes in eine neue Situation versetzt. Das eigene Kind in fremde Hände zu geben, die ambivalenten Gefühle gegenüber der Möglichkeit der künstlichen Beatmung sowie der grosse Betreuungsaufwand waren nur drei Themen unter vielen. Die Betroffenen machten sich neben den Gedanken zum eigenen Leben auch Vorwürfe, ihren Angehörigen zur Last zu fallen. Zu diesen Sorgen kamen noch die finanziellen Folgen einer Erkrankung. Es mussten Therapien, Behandlungen, Pflegepersonal und Hilfsmittel bezahlt werden. Erkrankte ein Familienvater oder Ehepartner, fiel meistens der Hauptverdiener aus.

6.7.5 Finanzielle Aspekte

Die finanziellen Folgen waren eine grosse Last für die betroffenen Familien und Einzelpersonen. Selbst als die Möglichkeit bestand, sich gegen Poliomyelitis zu versichern, wurden im Erkrankungsfall nicht alle finanziellen Forderungen übernommen. Umso mehr waren die Betroffenen und deren Angehörige auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Um die Rechnungen begleichen zu können, mussten auch andere Einnahmequellen gesucht werden. Dies zeigt das Beispiel eines Inserates, in dem sich ein Elternpaar anbietet, einer zahlenden Person Französisch beizubringen, um die Behandlung der Tochter bezahlen zu können.

Sympathische Lehrerfamilie in Bourdonné, 2 Autostunden von Paris entfernt, nähme gerne einen zahlenden Gast auf, der Französisch in Wort und Schrift gründlich zu erlernen wünscht. Genügend Ernährung wird zugesichert. Pensionspreis pro Monat: Schweizerfranken 200.–. Ihr sechsjähriges Töchterchen wurde von schwerer Kinderlähmung befallen und muss im Hospice orthopédique in Lausanne eine sehr kostspielige Behandlung durchmachen. Um die Schulden dieser klinischen Betreuung abzahlen zu

können, möchten sich die Eltern als Gastgeber und Sprachlehrer betätigen. (Nabarra, 1948, S. 465)

Es musste nach zusätzlichen oder neuen Einkommensquellen gesucht werden, damit die Behandlungsmethoden oder der Lebensunterhalt bezahlt werden konnten. Trotz allem blieben finanzielle Einschränkungen bestehen. Diese hatten Auswirkungen auf das Familienleben und die Schulmöglichkeiten der Kinder.

Hans Huggler-Gloor:

Für meine Eltern war ich eine schwere Hypothek, die sich nur schwer amortisieren liess. Leider muss ich gestehen, dass die Kosten für alle Heilungsversuche mit der Zeit Probleme aufwarfen, die sich nur allzu oft in betrüblichen Störungen des häuslichen Friedens auswirkten. (Huggler-Gloor, 1984, S. 12)

Maria Hensler-Auf der Maur:

So gerne wäre ich weiterhin noch zur Schule gegangen, aber meinen Eltern fehlte dazu das Geld. Kein Mensch, aber auch keine Institution war bereit, mir die Schule weiterhin zu bezahlen, denn damals hatte das soziale Netz in der Schweiz noch viele grosse Lächer. (Hensler, 2004, S. 101)

Ein weiteres Problem stellte sich mit den Kranken- und Pensionskassen. Die Krankenkassen konnten aufgrund einer früheren Polio-Erkrankung verschiedene Vorbehalte anbringen (Ausschluss der Bezahlung von Taggeldern, Ausschluss aus der Spitalversicherung, Ausschluss von Poliomyelitis-Folgen aus der Versicherungsleistung etc.). Ähnlich verhielt es sich mit den Pensionskassen, insbesondere in öffentlichen Betrieben. Diese konnten sich, wie in Kapitel 6.7.3 erwähnt, die Aufnahme verweigern, was die Übernahme der Arbeitsstelle verunmöglichte (Gerber, 1962).

Trotz der Auswirkungen einer Poliomyelitis-Erkrankung auf verschiedenste Lebensbereiche und der beschränkten Möglichkeiten der Medizin blieb die Hoffnung auf Heilung oder auf ein Wunder erhalten.

6.7.6 Die Hoffnung auf Heilung

Die schulmedizinische Behandlung machte zwar über die Jahre Fortschritte, neue Operationsmethoden wurden entwickelt, orthopädische Hilfsmittel verbessert und neue Therapieansätze entstanden. Diese führten nicht immer zum erhofften Erfolg. Insbesondere die Mütter betroffener Kinder liessen nichts unversucht, damit sich Fortschritte einstellten, und suchten nach Hilfen ausserhalb der Schulmedizin (Flück, 1949).

Maria Hensler-Auf der Maur:

Jahrelang hat meine Mutter um das Wunder meiner Heilung gebetet. Jahrzehntlang wurde ihr Gebet nicht erhört, und trotzdem betete sie voller Hoffnung immer weiter. Ob sie dieses Gebet jemals aufgegeben hat, weiss ich nicht, vielleicht dann, als sie sah, dass ich auch als gelähmte Frau ein glückliches Leben zu leben vermochte. (Hensler, 2004, S. 36)

Wieder einmal waren wir nach einem Wallfahrtstag zu Hause. Und noch immer konnte ich nicht laufen. (Hensler, 2004, S. 38)

Ab einem gewissen Zeitpunkt war klar, dass sich die Situation kurz- oder mittelfristig nicht ändern würde. Die Betroffenen und ihre Angehörigen mussten ihren Lebensplan den neuen Gegebenheiten anpassen.

6.7.7 Umgang mit bleibenden Lähmungsfolgen

Die meisten Lähmungen bildeten sich in unterschiedlichem Ausmass zurück. Manche Betroffenen blieben zeitlebens komplett gelähmt und auf intensive Pflege angewiesen, andere erholten sich vollständig. Bei vielen, die an einer paralytischen Polio erkrankten, blieben Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit zurück. Vor allem bei Jugendlichen oder Erwachsenen, die sich bereits eine konkrete Vorstellung von ihrem zukünftigen Leben gemacht hatten, bedeuteten bleibende Lähmungen, Berufs- und Lebensziele aufzugeben sowie einen neuen Lebenssinn zu suchen.

Er hat einmal davon geträumt, Sattler zu werden. Jetzt muß er sich auf einen sitzenden Beruf umstellen, vielleicht auf den Beruf eines Schuhmachers (Seelig, 1947, Morgenausgabe, Blatt 4)

Aus einem Bericht einer Lehrerin des Kinderspitals Zürich:

Fritz half bereits wacker auf dem väterlichen Bauernhof, er hatte die Schulpflicht ‚zum Glück‘ erfüllt und wollte Bauer werden; die Schule hatte ihn nämlich nie gefreut, er war viel lieber auf dem Feld und bei den Tieren. Nun war ihm alles genommen. Er sah nur neben sich das gelähmte Mädchen, für ihn das schrecklichste Zukunftsbild. . . . Er glaubte, sein Leben sei nicht mehr lebenswert, und wir, die Gesunden, hätten ihm alle nichts mehr zu sagen. Alles, was ihm bis jetzt Freude gemacht hatte, war ihm genommen. (Guggenbühl, 1962, S. 153–154)

Vor allem für jene Personen, die dauerhaft auf Atemunterstützung angewiesen blieben, war die Suche nach einem neuen Lebenssinn eine besondere Herausforderung. Die Phase der Neuorientierung war oft von Rückschlägen und wiederkehrenden Zweifeln geprägt und bedeutete daher einen grossen Kraftakt. Einige sind daran zerbrochen und haben sich das Leben genommen (Sterchi, 1956).

Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

Nina Dorizzi-Mahler:

Oft fragte ich mich, ob das als Strafe Gottes zu betrachten sei. Ich kam nicht weiter. Der Wunsch, diesem armseligen Leben ein Ende zu machen, regte sich immer deutlicher. Niemand nahm mich ernst, niemand redete mit mir darüber. Und schon wieder bekam ich zu hören: 'Es wird schon wieder gehen!' Niemand mochte über den Tod sprechen, und schon gar nicht über *mein* Leben. (Dorizzi-Mahler, 1993, S. 145)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Als ich zum ersten Mal wieder klar denken und mir Rechenschaft über meinen hoffnungslosen Zustand geben konnte, schien mir alles sinnlos. Damals verwünschte ich, dass man mich durch ärztliche Kunst am Leben erhalten hatte. Ich gestehe, dass diese Gedanken mich heute dann und wann noch plagen. (Sterchi, 1956, S. 13)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Eigentlich kommt die schlimme Zeit erst jetzt, da ich stundenweise wieder selber atmen kann. So bin ich tagsüber für einige Stunden ein normaler Mensch, der nicht mechanisch aufgepumpt zu werden braucht. Manchmal packt mich eine Wut auf diese Krankheit, die mich zu einem Hampelmann macht. Es ist für mich so entwürdigend, still dazuliegen und mit mir alles geschehen zu lassen. Ich bin so machtlos, nicht einmal vermag ich laut schimpfend meiner Empfindung Luft zu machen. (Sterchi, 1956, S. 13)

Nach dieser Phase der ambivalenten Gefühle, der Wut und Trauer über die Situation stellte sich bei einigen eine Phase der Resignation oder Akzeptanz ein.

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Es gab und gibt noch Zeiten, wo ich mich auflehnen möchte. Sie sind selten, denn die Krankheit mit ihren Folgen ist da und bleibt da. Das ist eine Tatsache, an der nicht zu rütteln ist. Tatsachen kann man annehmen. Je nach dem stellt man sich ein... (Sterchi, 1956, S. 12)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Heute lebe ich weiter, eigentlich wie selbstverständlich; allerdings ist mir nicht ganz klar, wie es auf die Dauer weitergehen soll. Ich bin aber über jeden kleinen Fortschritt froh und freue mich darüber. (Sterchi, 1956, S. 13)

Aus einem Interview mit einer betroffenen Person:

Ich bin nicht mehr der gleiche Mensch und werde auch nie mehr das tun können, was ich früher machte. Aber meine Familie braucht mich trotzdem noch und mein Leben kann auch so weiter seinen Zweck und Sinn haben. (Sterchi, 1956, S. 12)

Bereits kleine Hilfestellungen konnten den Betroffenen bei der Neuorientierung behilflich sein. Der Kauf von Hilfsmitteln bedeutete unter Umständen eine zusätzliche finanzielle Belastung, neben den zu bezahlenden Behandlungen und Therapien. So berichtet Hans Huggler-Gloor, was die Anschaffung eines Dreirades für seine Selbstständigkeit bedeutete.

Gegen das Schulende und zum Besuch der Kinderlehre und Unterweisung wurde es dann möglich, für mich ein gebrauchtes Dreiradvelo anzuschaffen, das die Eltern zum grössten Teil selber bezahlen mussten, es gab noch keine IV. Nun wurde ich selbstständig in meiner Umwelt, ein fast unbegreiflich schönes Gefühl nach so vielen Jahren, in welchen ich ‚herumgeschleipft‘ werden musste. Bis dahin wurde ich nämlich in einem Leiterwägeli in die Schule und heim geführt, wobei ich meinem Bruder, den Eltern, aber auch vielen Schulkameraden und Kameradinnen für ihre Zugdienste noch heute den Hafer schuldig bin. (Huggler-Gloor, 1984, S. 13)

Da Nina Dorizzi-Mahler auf dauernde Atemunterstützung angewiesen war, die Krankenkasse und die Invalidenversicherung aber kein portables Beatmungsgerät bezahlen wollten, wurde im Kleinen eine Geldsammlung gestartet. Nachdem die Zeitschrift ‚Beobachter‘ auf den Fall aufmerksam geworden war und einen Artikel darüber veröffentlicht hatte, nahm die Spendenaktion grössere Dimensionen an.

Endlich – das Gerät war an meinem Rollstuhl montiert und mit viel Phantasie und Liebe von dem Mechaniker äußerst praktisch installiert. Mit jedem Tag mehrten sich meine Erlebnisse und Erfahrungen. Ich wurde ins Kino, ins Theater und in die Natur geführt. Ich machte Schiffsfahrten, Einkaufsbummel – kurzum, ich eroberte mir ein kleines Stück Welt. Für mich war es ein Riesenstück. (Dorizzi-Mahler, 1993, S. 184–185)

Ähnlich wie heute bereiteten manchmal auch die öffentlichen Verkehrsmittel Schwierigkeiten bei der Wiedererlangung der Selbstständigkeit. So beschrieb Maria Hensler-Auf der Maur in ihrem Buch ‚Das Singen der Erde. Mein Leben mit Kinderlähmung‘ folgende Szenen:

Es war ein herrlicher Frühlingstag, als Mathilda [die Schwester] mich wieder einmal in die Klinik Balgrist nach Zürich begleitete. Meine Schwester war älter geworden und ihr Rücken stärker, auch ich war älter geworden und hatte zudem an Gewicht zugenommen. Aber noch immer besass ich keinen brauchbaren Rollstuhl, der uns das Reisen erleichtert hätte. Der Postchauffeur weigerte sich immer, meinen nicht zusammenlegbaren Rollstuhl zu verladen, da er zuviel [sic] Platz wegnähme. Postautos baute man damals, wie auch leider heute noch oftmals, nur für nicht gehbehinderte Menschen. (Hensler, 2004, S. 42)

Die Einführung der Invalidenversicherung bedeutete für viele Betroffene ein breiteres Spektrum an Berufsmöglichkeiten. Während in der Zeit davor Hilfsmittel (Abb. 21, S. 250) für die Fortbewegung kaum erschwinglich waren und wenn überhaupt oft nur mit finanzieller Unterstützung Dritter (Stiftungen, Wohltätigkeitsorganisationen, Pro Infirmis, Pro Juventute etc.) angeschafft werden konnten, übernahm nun die Invalidenversicherung teilweise diese Hilfsmittel (Gerber, 1962). Natürlich bedeutete dies eine neue Abhängigkeit, die nicht unterschätzt werden darf. Es gab aber das erste Mal einen Rechtsanspruch auf Unterstützung.



Abb. 21: Alltagsgegenstände als Hilfsmittel (Privatfoto Erich Bühler)

Eine Poliomyelitis-Infektion wurde erst dann zu einer massgebenden Einflussgrösse auf das Leben, wenn es zu Lähmungserscheinungen kam. Die meisten Biografien und Berichte sind von und über Menschen, bei denen es zu einem paralytischen Verlauf gekommen ist. Die Beschreibungen der Erlebnisse der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder sonstigen Kontaktpersonen zeigen auf eindrückliche Weise, was eine Poliomyelitis-Erkrankung bedeuten konnte. Dabei wurde der Fokus lediglich auf einige wenige Aspekte gelegt. Eine umfassende Beschreibung war aufgrund der Vielfältigkeit der Krankheitsverläufe sowie der Individualität jeder einzelnen Person nicht möglich. Es wurde jedoch deutlich, dass die Kontextfaktoren sehr viel bedeutender waren als die Ausprägung der Beeinträchtigung. Die Bedeutung der personenbezogenen Faktoren wie das Alter, Gewohnheiten, sozialer Hintergrund, Bewältigungsstil etc. wurde in den Biografien nur selten angesprochen. Viel deutlicher wird die Relevanz der Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, der Unterstützungsbereitschaft von anderen Personen, baulicher Barrieren etc. Die materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umweltfaktoren beeinflussten massgeblich die Möglichkeit der Teilhabe und damit, ob aus der körperlichen Beeinträchtigung eine Behinderung wurde.

7 Diskussion und Schlussbetrachtung

In diesem Promotionsprojekt wurde drei verschiedenen Fragestellungen nachgegangen. In einem ersten Schritt wurde analysiert, wie sich die Poliomyelitis von einer sporadisch zu einer epidemisch auftretenden Krankheit entwickelt hat. Danach wurde untersucht, was eine Poliomyelitis-Erkrankung in der Zeit vor der Einführung der Impfung und dem Ausbau der Sozialversicherungen bedeutet hat und ob die Poliomyelitis-Epidemien zu Veränderungen der rechtlichen, politischen, medizinischen, schulischen oder sozialen Rahmenbedingungen geführt haben.

Um die wichtigsten Erkenntnisse abschliessend darzustellen, werden die wichtigsten Ergebnisse der Kapitel 5 und 6 kurz dargestellt und im Anschluss sechs Thesen formuliert, in denen die Ergebnisse untereinander und mit dem Kontext in Beziehung gesetzt werden. Die in den ersten beiden Kapiteln dargestellten methodischen Überlegungen sowie die Kontextkapitel 3 und 4 sind in die Ergebnisse und die Thesen miteingeflossen; auf eine Zusammenfassung wird daher verzichtet. Im Anschluss an die Thesen wird das Vorgehen reflektiert und in einem Ausblick verbleibende Forschungsdesiderate aufgezeigt.

7.1 Epidemiologie der Poliomyelitis

Über die Ausbreitung der Poliomyelitis kann über Jahrtausende keine klare Aussage gemacht werden. Verschiedene Hinweise lassen vermuten, dass sie die Menschheit schon seit Langem begleitet. Hinweise dazu geben Skelette und Mumien, bildliche Darstellungen und Textstellen in Werken von Hippokrates oder in der Bibel. Diese Funde können aber nicht eindeutig einer Poliomyelitis zugeschrieben werden. Erst mit den genaueren Beschreibungen des Krankheitsbildes im 18. und vor allem 19. Jahrhundert, unter anderem durch Michael Underwood, Jakob Heine oder Oskar Medin, ist es möglich, eine ungefähre Prävalenz abzuschätzen (vgl. Kap. 5.1).

Erste grosse Epidemien sind für die westliche Welt Anfang des 20. Jahrhunderts belegt. Die Zahl der Epidemien und deren Ausmass nahmen in der Folgezeit immer mehr zu. Sie entwickelten sich von lokalen zu überregionalen Ereignissen und betrafen immer mehr Länder. Die ersten sehr grossen Epidemien erfassten im beginnenden 20. Jahrhundert Skandinavien und kurz darauf die USA. Wäh-

rend für die Zeit des Ersten Weltkriegs kaum Epidemien überliefert sind, nahmen diese danach immer mehr zu und synchronisierten sich ab dem Zweiten Weltkrieg global in ihrem Auftreten (vgl. Kap. 5.2).

Die Schweiz wurde zunächst ebenfalls von mehreren kleinen, lokalen Epidemien getroffen. Statistische Angaben sind aber erst mit der Einführung der Meldepflicht im Jahr 1914 verfügbar. Diese eignen sich nur bedingt für einen Beleg der tatsächlichen Betroffenheit, da verschiedene Faktoren dazu führten, dass nicht alle Neuerkrankungen gemeldet oder andere Erkrankungen fälschlicherweise als Poliomyelitis diagnostiziert worden waren. Mangels anderer Daten muss auf diese Meldezahlen zurückgegriffen werden. Trotz der Einschränkungen geben sie einen Anhaltspunkt, um die Betroffenheit der Schweiz einschätzen zu können (vgl. Kap. 2.4 und 5.3).

Die erste grössere Epidemie trat 1923 auf. In diesem Jahr wurden 257 Erkrankungen gemeldet. Auch 1929 und 1931 wurden mit 229 bzw. 351 im Vergleich zu den Vorjahren ähnlich viele Erkrankungen angezeigt. 1936 kam es schliesslich zu einer sprunghaften Zunahme auf 1'269 und 1937 auf 1'494 gemeldete Erkrankungen. Im Gegensatz zu früheren Epidemien waren mehrere Kantone gleichzeitig stark betroffen. Neben weiterhin kleinen Epidemien wurde nun die Schweiz mehrfach (1941, 1944, 1954) von Epidemien grossen Ausmasses (1'479–1'793 gemeldete Erkrankungen) getroffen. Erst als die ersten Impfkationen mit dem Salk- und einige Jahre später mit dem Sabin-Impfstoff durchgeführt werden konnten, nahmen die gemeldeten Erkrankungszahlen ab. Ab 1965 kam es zu maximal zwei angezeigten Erkrankungen pro Jahr, bis 1982 die bisher letzte Erkrankung gemeldet wurde, die durch einen Wildvirus verursacht worden war (vgl. Kap. 5.3). Diese Entwicklung war in diversen Ländern zu beobachten, welche zentral geplante Impfkationen durchgeführt haben.

Aufgrund der grossen Erfolge in mehreren Ländern startete die WHO mit verschiedenen Partnerorganisationen 1988 eine Kampagne zur weltweiten Ausrottung der Poliomyelitis bis ins Jahr 2000. Schon mehrfach musste dieses Ziel hinausgeschoben werden. Auch die neuste Version, der Polio Eradication and Endgame Strategic Plan, wird sein Ziel einer poliofreien Welt bis 2018 wahrscheinlich nicht erreichen. Verkehrstechnisch schlecht erschlossene Dörfer, Vorbehalte gegenüber der Impfung und die Anschläge gegen Impfteams durch die terroristischen Organisationen Boko Haram und Taliban führen dazu, dass in gewissen Gebieten nicht genügend Kinder geimpft werden können. Die starke Abnahme der weltweit gemeldeten Erkrankungen bestätigt die Bestrebungen, das Ziel weiter zu verfolgen (vgl. Kap. 5.4).

7.2 Die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz

Die Schweiz wurde durch die Poliomyelitis-Epidemien vor grosse Herausforderungen gestellt. In den verschiedenen Krankheitsphasen sowie infolge der Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche waren unterschiedlichste Akteurinnen und Akteure involviert.

Die frühe Unterstellung der Poliomyelitis unter die Meldepflicht aufgrund des Kriegsausbruchs 1914 war zunächst einmal eine vorsorgliche Massnahme, da es in der Schweiz bis zu diesem Zeitpunkt, soweit bekannt, noch zu keiner dramatischen Zunahme von Neuerkrankungen gekommen war. Nachdem das schweizerische Gesundheitsamt zunächst Sammelanzeigen als ausreichend betrachtete, wurde bereits bei der ersten, noch kleineren Epidemie im Jahr 1923 die Einzelanzeige für Poliomyelitis-Erkrankungen eingeführt. Die Massnahmen, um eine Weiterverbreitung zu vermeiden, umfassten die Trias Anzeige – Isolation – Desinfektion. Aufgrund der stark gestiegenen Ausgaben für die Desinfektion der Wohnungen und die Lohnausfallentschädigungen forderten die Kantone nach der ersten grossen und kantonsübergreifenden Epidemie 1936 die Unterstellung der Poliomyelitis unter das Epidemiegesezt, was vom Bundesrat zunächst abgelehnt wurde. Erst als im darauffolgenden Jahr erneut eine grosse Epidemie auftrat, wurde beschlossen, diesen Schritt vorzunehmen. Ausdrücklich ausgeschlossen wurde jedoch die Übernahme der Behandlungs- und Verpflegungskosten, wie es bei den anderen Krankheiten, die dem Epidemiegesezt unterstellt waren, üblich war. Begründet wurde diese Entscheidung mit den sehr hohen Behandlungskosten bei Poliomyelitis sowie der Zunahme jenes Anteils der Bevölkerung, der krankenversichert war. Es folgten einige kleinere gesetzliche Anpassungen bezüglich der Meldepflicht; die vorgeschriebenen Massnahmen blieben über die Jahrzehnte praktisch identisch, ausser dass dem Rekonvaleszenten-Serum ab den 1930er Jahren ein wichtiger Stellenwert in der Prävention zugeschrieben und dessen Sammlung daher ebenfalls subventioniert wurde (vgl. Kap. 6.1.1).

Die Unterschiedlichkeit in der Umsetzung, zum Beispiel bezüglich der Dauer der Isolation, war dem eidgenössischen Gesundheitsamt ein Dorn im Auge. Es veröffentlichte daher 1938 Richtlinien für die Bekämpfung der Poliomyelitis, die einen Mindeststandard darstellen sollten. Poliomyelitis behielt in der Gesetzgebung auch nach weiteren Anpassungen eine Sonderstellung inne, indem sich der Bund an bestimmten Bekämpfungsmassnahmen und der Impfung beteiligte (vgl. Kap. 6.1.1).

Mit verschiedenen weiteren Massnahmen wurde versucht, eine Einschleppung in die Schweiz oder eine Ausbreitung innerhalb des Landes zu verhindern. Neben Einreisekontrollen und -verboten für Kindergruppen aus dem Ausland wurden unter anderem gewisse Gebiete für Reisende gesperrt, Veranstaltungsverbote sowie Haus- und Wohnungsbanne ausgesprochen. Viele kantonale Vorkehrungen betrafen vor allem Kinder und Jugendliche, obwohl bereits früh klar war, dass auch Erwachsene erkranken und das Virus übertragen konnten. Die Unsinnigkeit dieser Beschränkung wurde von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren und der Bevölkerung durchaus wahrgenommen, führte aber zu keiner Änderung der Vorgehensweise (vgl. Kap. 6.1.1 und 6.6.3).

Der Impfstoff wurde nach den positiven Forschungsergebnissen vom 12. April 1955 sehr schnell für die Produktion freigegeben. Da die Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern eine hohe Morbidität aufwies und auch weitere Voraussetzungen erfüllte, konnte sie früh von den Exporten aus den USA profitieren und wurde als erstes europäisches Land mit dem Impfstoff beliefert. Die ersten Impfaktionen fanden daher bereits Ende 1956 statt. Da die Schweiz zunächst auf die Importe aus den USA angewiesen war, da es keine Konkurrenzprodukte gab, musste sie sich an deren Vorgabe – die eingeschränkte Abgabe an gewisse Altersgruppen – halten. Erst mit der Zeit konnten diese ausgeweitet und auch Erwachsene geimpft werden. Die Salk-Impfung (IPV) war relativ teuer und konnte nur von medizinischen Personal mittels einer Spritze verabreicht werden. Unter anderem aus diesen Gründen wurde so bald wie möglich auf die Schluckimpfung (OPV) umgestellt. Heute wird in der Schweiz wieder die IPV empfohlen (vgl. Kap. 6.1.2).

Die Impfkationen wurden über Zeitungsinserate der Bevölkerung bekannt gegeben. Im Gegensatz zu Ländern wie Deutschland und den USA handelte es sich dabei um nüchterne Anzeigen und keine emotionalen Kampagnen. Eine nationale Impfkampagne, in die verschiedene Medien einbezogen wurden, fand erst 1985 statt. Aufgrund der hohen Durchimpfungsrate, finanzieller Erwägungen und Schwierigkeiten der OPV bei HIV-infizierten Menschen wurde auf weitere nationale Kampagnen verzichtet (vgl. Kap. 6.1.2).

In den 1950er Jahren war man noch weit von diesen Entwicklungen entfernt. Daher wurde 1954 die Schweizerische Vereinigung gegen Poliomyelitis gegründet. Sie gehörte der Association européenne contre la Poliomyélite mit Sitz in Brüssel an. Sie hatte neben der Unterstützung der Forschung das Ziel, Wissen über die Poliomyelitis zu verbreiten, Spezialpersonal auszubilden sowie medizinische Apparate und individuelle Hilfsmittel zu vermitteln. Die Vorstandsmitglieder

kamen aus den verschiedenen involvierten Bereichen des Gesundheits-, Fürsorge- und Versicherungswesens. Nachdem kurz nach der Gründung die Impfung zur Verfügung stand und sich dadurch die Zahl der Neuerkrankungen massiv reduzierte, löste sich die Vereinigung 1971 wieder auf (vgl. Kap. 6.1.3).

Bis die Poliomyelitis in der Schweiz zurückgedrängt werden konnte, befasste sich die Medizin stark mit den akut Erkrankten und deren orthopädischer Nachbehandlung. Die Suche nach einer Möglichkeit, den Verlauf einer Infektion zu beeinflussen, blieb erfolglos. Zunächst stark propagierte Massnahmen wurden nach einiger Zeit wieder verworfen. In der akuten Phase kann bis heute nur eine Symptombekämpfung (Fiebersenkung, Schmerzlinderung) betrieben werden. Für die Überbrückung von Respirationsschwierigkeiten standen in der Schweiz ab den 1930er Jahren Geräte für die künstliche Beatmung zur Verfügung. Dennoch konnten erst in den 1950er Jahren, nach der Entdeckung der Antibiotika und mit der Verwendung der Tracheotomie zur langfristigen Beatmung, die Überlebenschancen deutlich erhöht werden (vgl. Kap. 6.2.1). Die Poliomyelitis-Epidemien haben die Entwicklung der Beatmungstechnik stark vorangetrieben. Die Beatmungsstationen gelten als Vorläufer der heutigen internistischen Intensivstationen. Für die Behandlung der Lähmungsfolgen wurden Bäder- und Bewegungstherapien sowie operative Techniken und Hilfsmittel wie Orthesen als Methoden der Wahl angesehen, und die Orthopädie konnte sich durch die Polio-Epidemien schnell weiterentwickeln (vgl. Kap. 3.2.2, 6.2.1).

Die Kinderkliniken, die sich mit den akuten Krankheitsfällen beschäftigten, hatten aufgrund der Epidemien immer wieder mit Platznot zu kämpfen. Kinder mit Atemlähmungen waren auf Beatmungsgeräte angewiesen. Da diese in der Anschaffung sehr teuer waren, halfen sich die Kliniken gegenseitig aus; auch die Schweizerische Vereinigung gegen Poliomyelitis besass einige Apparate, die sie den Kliniken auslieh. Die verschiedenen Krankenhäuser mussten ihren Personalbestand und das Therapieangebot ausweiten, um möglichst viele Kinder behandeln zu können und bessere Ergebnisse zu erzielen. Auch für die Nachbehandlung nach der akuten Erkrankung wurden verschiedene Einrichtungen für physikalische Therapien (Heilgymnastik, Bäder) angeschafft und eigene Stationen zu diesem Zweck eröffnet (vgl. Kap. 6.2.3). Die orthopädischen Kliniken hatten zwar ebenfalls chronisch mit Platznot zu kämpfen; diese war aber nicht so akut wie in den Kinderkliniken, die sich um die akut erkrankten Kinder kümmerten. Die Behandlung von Lähmungsfolgen konnte ohne Bedenken einige Zeit hinausgeschoben werden, im Gegensatz zu den dringend nötigen Massnahmen bei

akuten Erkrankungen. Poliomyelitis gehörte über viele Jahrzehnte zu den bedeutendsten Krankheitsgruppen, die in den orthopädischen Kliniken behandelt wurden (vgl. Kap. 6.2.4).

Neben den Gesundheitswesen musste sich auch das Erziehungswesen mit der Poliomyelitis auseinandersetzen. Die Erziehungsbehörden mussten sich mit den akuten Erkrankungsfällen beschäftigen, wenn auch nur auf organisatorischer Ebene. Für den Umgang mit akuten Erkrankungen in Schulen wurden eigene Verordnungen erlassen, die vor allem die Schulorganisation betrafen (Meldevorgänge, Schulausschluss, Klassen- und Schulschliessungen). Diese Massnahmen zur Prävention einer Ausbreitung waren keineswegs unumstritten. Anhand der Diskussionen der verantwortlichen Personen der Gesundheits- und Erziehungsbehörden im Kanton Zürich während den Epidemie-Jahren 1936 und 1937 konnte dies aufgezeigt werden. Die Schulschliessungen als solitäre Massnahme für Kinder und Jugendliche, ohne weiterführende Verordnungen auch für Erwachsene zu treffen oder Veranstaltungen zu verbieten, schienen wirkungslos. Da keine Einigung auf eine gemeinsame Strategie erzielt werden konnte, wurde mit den Stadt- und Kantonsschulen unterschiedlich verfahren. Dies wurde von der Bevölkerung natürlich wahrgenommen und auch kritisiert (vgl. Kap. 6.3.1 und 6.3.2).

Nach dem Krankenhausaufenthalt infolge der akuten Erkrankung wurden die meisten Kinder und Jugendlichen wieder nach Hause entlassen. Falls ein Schulbesuch im Wohnort nicht als möglich erachtet wurde, wurden die Kinder in einem Heim untergebracht oder verblieben in einem Nachbehandlungszentrum oder einer orthopädischen Klinik. Während in den orthopädischen Kliniken bereits vor der Zunahme der Poliomyelitis-Erkrankungen in der Schweiz Schulunterricht eingeführt wurde, geschah dies in der Aussenstation des Kinderspitals Zürich erst infolge der verlängerten Aufenthaltsdauer, welche die Nachbehandlung einer Poliomyelitis mit sich brachte. Im betrachteten Zeitraum erweiterten zwar einige Institutionen ihre Zielgruppe auf Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen, doch geschah dies meistens aus anderen Beweggründen, wie der Abnahme der Tuberkulose-Erkrankungen. Die neu gegründeten Institutionen (1930 in Luzern, 1941 in Sierre) könnten einen Zusammenhang mit den Poliomyelitis-Epidemien aufweisen, diese waren aber wahrscheinlich nicht der alleinige Beweggrund. Lediglich die Einrichtung des orthopädischen Dienstes in Basel 1957 wurde mit der grossen Zahl von Kindern mit Lähmungserscheinungen nach einer Poliomyelitis begründet. Die Beschulung in den beiden in Sierre und Luzern gegründeten Institutionen war sehr reduziert und die medizinische und

therapeutische Behandlung stand wie bei allen medizinisch geführten Institutionen im Vordergrund (vgl. Kap. 3.2.3).

Ob ein Kind in der Volksschule oder in einer spezialisierten Institution beschult wurde, hing stark von den individuellen Umständen ab. Bei Kindern mit schwereren Lähmungsfolgen wurde eine Beschulung in einem Heim oder einer Klinik bevorzugt. Die meisten besuchten jedoch eine Volksschule in ihrem Wohnort. Verschiedene Therapien, weitere Klinikaufenthalte oder Zugangsschwierigkeiten zum Schulhaus im Winter konnten zu mehr oder weniger ausgeprägten Bildungslücken führen. Da die meisten durch eine Poliomyelitis verursachten Lähmungen passagerer Natur sind oder sich stark zurückbilden, war den meisten Kindern ein regulärer Schulabschluss möglich (vgl. Kap. 6.3.3).

Die Fürsorgeorganisationen koordinierten und organisierten Arztbesuche und Klinik- oder Kuraufenthalte und waren beratend tätig. Ein grosser Teil ihrer Arbeit war die finanzielle und materielle Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien. Aufgrund fehlender und mangelnder Krankenversicherungsleistungen bedeuteten die Klinikaufenthalte, Therapien und Hilfsmittel eine grosse finanzielle Belastung. In der Zeit, als noch kein Rechtsanspruch auf Unterstützung bestand, waren die Betroffenen daher auf das Entgegenkommen von verschiedenen Fürsorgeorganisationen angewiesen (vgl. Kap. 6.4.1). Die Fürsorgeorganisationen waren auch massgebend für das Angebot an Wohnmöglichkeiten für jene Personen verantwortlich, welche aus irgendwelchen Gründen nicht in einem Privathaushalt leben konnten.

Durch die Poliomyelitis-Epidemien stieg die Zahl von Kindern und Erwachsenen mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Der bereits zuvor bestehende Mangel an Pflegeplätzen für Personen mit schwererer Beeinträchtigung wurde dadurch stärker wahrgenommen. Vor allem für Knaben und Männer gab es kaum geeignete Unterbringungsmöglichkeiten. Dies betraf nur einen kleinen Teil der Betroffenen. Die meisten konnten in ihr häusliches Umfeld zurückkehren. Die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, der zu einem grossen Teil Menschen mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis angehörten, begann 1942 mit der Planung eines Wohn- und Arbeitsheims, das 1951 eröffnet wurde. Die Bewohnerinnen und Bewohner hatten ein Mitspracherecht bei den Aktivitäten und Mahlzeiten. Dieses wurde von der Heimleitung jedoch nicht so umgesetzt wie gewünscht und es kam zu Konflikten. Dieselbe Vereinigung eröffnete in den folgenden Jahren mehrere weitere Heime und bot ihren Mitgliedern die Möglichkeit der Heimarbeit an (vgl. Kap. 6.4.2).

Trotz der Unterstützung durch verschiedene Fürsorge- und Wohltätigkeitsorganisationen blieb die finanzielle Belastung durch eine Erkrankung bestehen. Die

Zürich-Versicherungsgesellschaft wurde Ende der 1940er Jahre auf diese Unterstützungslücke aufmerksam und entwickelte daraus ein Geschäftsmodell. Sie bot ab 1949 eine ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ an, die schnell von weiteren Versicherungsgesellschaften übernommen wurde. Da die Nachfrage sehr gross war, gründeten 1953 mehrere Versicherer zusammen mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen den Schweizerischen Verband für die erweiterte Krankenversicherung (SVK). Die Krankenversicherungsgesellschaften konnten für ihre Mitglieder bei diesem Verband eine Lähmungspflege- und Lähmungsinvaliditätsversicherung abschliessen. Das Risiko für den einzelnen Versicherer minimierte sich dadurch. Ziel war es, diese Versicherung in die ordentlichen Leistungen der Krankenversicherung aufzunehmen. Neben der Versicherung der Pflegekosten und Invalidität wurde ein vertrauensärztlicher Dienst aufgebaut, die Wiedereingliederung gefördert und Nachbehandlungszentren errichtet. Dass dieses Angebot einem grossen Bedürfnis entsprach, zeigt sich darin, dass nicht einmal zehn Jahre nach deren Lancierung über die Hälfte der Schweizer Bevölkerung auf diese Weise gegen die finanziellen Folgen der Poliomyelitis versichert war. Mit der Abnahme der Neuerkrankungen wurde die Lähmungsversicherung, die bisher nur für Poliomyelitis zur Verfügung stand, 1960 auch auf Lähmungsfolgen anderer Ursachen ausgeweitet. Die Finanzierung einer Dauerpflege wurde jedoch ausgeschlossen, da dies eine Leistung der nun neu bestehenden Eidgenössischen Invalidenversicherung war. Die geplanten und bereits im Entstehen begriffenen Nachbehandlungszentren für Poliomyelitis wurden in allgemeine Lähmungsinstitute umgewandelt (vgl. Kap. 6.5).

Bis es so weit war und die Poliomyelitis durch die Impfung an Bedrohlichkeit verlor, lösten die jährlich auftretenden Neuerkrankungen in der Bevölkerung immer wieder Verunsicherung und Ängste aus. Die verschiedenen Beruhigungsversuche der Behörden erreichten ihr Ziel nicht. Die absichtliche Nicht-Information der Bevölkerung sowie die widersprüchlichen Entscheidungen verursachten im Gegenteil noch weitere Verunsicherungen. Die Ängste führten dazu, dass Personen andere, welche die Weisungen nicht einhielten, den Behörden meldeten und einige Eltern ihre Kinder trotz drohender Busse nicht mehr in die Schule schickten (vgl. Kap. 6.6).

Die Anordnungen der Behörden schränkten auch Personen ein, die nicht direkt von einer Poliomyelitis-Erkrankung betroffen waren. Das Verbot des Grenzübertretts von Kindern und Jugendlichen bei Epidemien im Ausland, die Weisung, das Stadtgebiet nicht zu verlassen, die Sperrung bestimmter Gebiete für Reisende, die Absage von Ferienkolonien und viele weitere Verordnungen und

Empfehlungen betrafen einen weitaus grösseren Teil der Bevölkerung. Die Anordnungen der Behörden und auch die Ängste der Bevölkerung führten zudem zu wirtschaftlichen Folgen für einzelne Personen, aber vor allem für die vom Tourismus abhängigen Branchen (vgl. Kap. 6.6).

Die vom Gesundheits-, Erziehungs- und Fürsorgewesen gesetzten Rahmenbedingungen beeinflussten massgebend, die Erlebnisse und Wahlmöglichkeiten der an Poliomyelitis erkrankten Personen und ihrer Angehörigen. Über verschiedene Medien wie Artikel, Biografien und Dokumentarfilme berichten diese eindrücklich über ihre Erlebnisse während der akuten Erkrankung und das Leben mit den Lähmungsfolgen. Die Beschreibungen der ersten Symptome, des Auftretens der Lähmungen, der Einweisung in ein Krankenhaus und der Behandlungen sind sehr unterschiedlich und weisen doch gewisse Gemeinsamkeiten auf. Die Folgen bleibender schwerer Lähmungen für das weitere Leben, speziell bezüglich Beschulung, Beruf und Familienplanung, sowie die finanzielle Belastung werden aus der Perspektive der individuellen Betroffenheit noch einmal verdeutlicht. Es wird auch klar, dass die Lebenswege stark von äusseren Strukturen sowie von den umgebenden Personen und deren Möglichkeiten abhängig waren (vgl. Kap. 6.7).

7.3 Thesen

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zu den Auswirkungen der Poliomyelitis-Epidemien und zu den dadurch bewirkten (oder fehlenden) Veränderungen werden in den folgenden sechs übergreifenden Thesen zusammengefasst und diskutiert.

1. *Poliomyelitis: (k)eine ‚skandalisierte Krankheit‘.*

Die Poliomyelitis betraf, wenn man die Meldezahlen berücksichtigt, weitaus weniger Personen als andere Infektionskrankheiten (vgl. Kap. 5.3). Dennoch wurde sie in der damaligen Presse und Forschungsliteratur als die gefürchtetste Infektionskrankheit bezeichnet. Dieses Verhältnis zwischen den epidemiologischen Fakten und der gesellschaftlichen Wahrnehmung sowie den Reaktionen der Öffentlichkeit ist erklärungsbedürftig (Labisch, 2005, Kap. 1). Einige Faktoren deuten zwar auf eine skandalisierte Krankheit hin; dennoch fällt es mit Blick auf die möglichen Folgen einer Infektion schwer, Poliomyelitis dazuzuzählen.

Die besondere Stellung, die Poliomyelitis unter den Infektionskrankheiten einnahm, kann verschieden begründet werden. Einerseits waren dies Faktoren, die

im Krankheitsbild und den Folgen für die Betroffenen sowie den Angehörigen liegen, andererseits kann die Ursache auch dem Wissensstand und den eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten zugeschrieben werden. Dazu kommen weitere Einflüsse wie der Umgang der Presse mit der Infektionskrankheit, die für die Beschreibung der Poliomyelitis benutzten Worte und die Verwendung der Poliomyelitis als Argument, um Forderungen zu begründen.

Eine Infektion mit einem Poliovirus konnte und kann – wenn auch bei einem kleinen Prozentsatz der infizierten Personen – zu schwerwiegenden Langzeitfolgen oder zum Tod führen. Dies war auch bei anderen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Diphtherie oder Typhus der Fall. Poliomyelitis betraf aber zu einem grösseren Teil Kinder und war die Hauptursache für eine körperliche Beeinträchtigung im Kindesalter. Gerade die insgesamt stärkere Betroffenheit der Kinder war möglicherweise ein Grund für die besondere Stellung der Poliomyelitis in der Wahrnehmung der Gesellschaft. Debré beschreibt gerade den Eindruck, den ein Kind mit Lähmungen bei seinem Gegenüber hinterlässt, als besonders emotional berührend (Debré, 1953, Kap. 1). Die Folgen für den weiteren Lebensverlauf bei bleibenden Lähmungen schwangen bei der Wahrnehmung der Poliomyelitis immer mit. Die dadurch eingeschränkte Möglichkeit, mit einem Beruf den Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, war in der damaligen Zeit aufgrund der fehlenden oder mangelnden Möglichkeit, sich gegen Erwerbslosigkeit infolge einer Beeinträchtigung zu versichern, besonders einschneidend. Gleichzeitig bedeuteten die Kosten der teilweise über lange Zeit und wiederholt benötigten Behandlungen und der Erwerb notwendiger Hilfsmittel eine grosse finanzielle Belastung. Aufgrund der hierfür fehlenden oder mangelnden Versicherungsleistungen waren die Betroffenen und ihre Angehörigen auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen, was zu einem Abhängigkeitsverhältnis führte. Dieses konnte durch die zusätzlichen Leistungen der ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘ zwar etwas gemildert, aber nicht behoben werden. Die für die Pflege und Therapien benötigte Zeit bedeutete eine zusätzliche Belastung für die Familien. Aufgrund der damals noch eingeschränkten Unterstützungsmöglichkeiten und der gesellschaftlichen wie baulichen Barrieren hatten körperliche Beeinträchtigungen noch stärkere Auswirkungen auf die Teilhabe als heute (vgl. Kap 6.4.1, 6.7.3, 6.7.4 und 6.7.5). Dies allein hätte Poliomyelitis vermutlich noch nicht zu der gefürchtetsten Infektionskrankheit gemacht. Andere Faktoren müssen diese Wahrnehmung noch verstärkt haben.

Einerseits war die Poliomyelitis eine Erkrankung mit vielen Unbekannten. Komponenten wie der lange Zeit umstrittene Übertragungsweg, der nicht vorhersag-

bare Verlauf und das Unwissen über die tatsächliche Zahl der Virusträger führten zu einer zusätzlichen Unsicherheit. Man wusste nicht, wie man sich schützen konnte; überall schien die Gefahr zu lauern. Dazu gesellten sich die fehlenden oder wenig wirksamen Behandlungsmethoden für die Phase der akuten Erkrankung. Die wahrgenommene Gefahr wurde noch dadurch verstärkt, dass vor allem nicht-paralytische und paralytische Verlaufsformen diagnostiziert wurden. Bei Letzteren war das Risiko eines tödlichen Verlaufes um ein Vielfaches höher, als wenn man alle möglichen Verlaufsformen bei einer Poliomyelitis-Infektion (inapparente, abortive, nicht-paralytische und paralytische Verläufe) betrachtet. Dies führte zu einer deutlichen Überschätzung des Lähmungs- und Sterberisikos (vgl. Kap. 4.1.2 und 5.3).

Neben den bereits beschriebenen Ursachen wie den körperlichen, sozialen, emotionalen und finanziellen Folgen, den beschränkten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sowie den statistischen Verzerrungen konnte gezeigt werden, dass auch die Presse dazu beitrug, dass die Gefährlichkeit der Poliomyelitis überschätzt wurde. Sie berichtete vor allem über Geschehnisse in Bezug auf an Poliomyelitis-Erkrankte, die durchwegs von schweren Verlaufsformen bestimmt waren. Die Benennung der Betroffenen mit vollständigem Namen hob sie aus der Anonymität heraus und gab ihnen ein Gesicht. Auch die Wörter, die in den Artikeln über Poliomyelitis verwendet wurden (z. B. Katastrophe, Unglück, Übel, Schreckgespenst, tragisch, gefährlich, gefürchtet, unheimlich) haben die Wahrnehmung emotional geprägt. Die Poliomyelitis wurde zum unberechenbaren Monster stilisiert, das sich jeder Beeinflussung entzog. Unterstützt wurde dieses Bild durch die mangelnde, absichtlich fehlende oder widersprüchliche Kommunikation seitens der Behörden (vgl. Kap. 1, 1.3 und 6.6.1).

Zusätzlich wurde die Poliomyelitis immer wieder als Beispiel vorgebracht, wenn es um Forderungen ging, zum Beispiel für den Ausbau der Infektionsabteilungen von Kliniken oder bezüglich des Fehlens von Schulungs- und Wohnmöglichkeiten von Kindern und Erwachsenen mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Sie war also eine gute Argumentationsfigur und wurde daher von den Akteurinnen und Akteuren in den Vordergrund gerückt (Kap. 1 und 6.2.3).

Basierend auf einer Gesamtabwägung der dargestellten Fakten kann Poliomyelitis durchaus als skandalisierte Krankheit bezeichnet werden, da die Wahrnehmung in der Bevölkerung in einem Missverhältnis zur tatsächlichen Gefahr eines symptomatischen, insbesondere eines paralytischen Verlaufes stand. Dieser auf statistischen und gesellschaftlichen Faktoren beruhenden Einschätzung steht die individuelle Betroffenheit gegenüber. Die Bezeichnung der Poliomyelitis als

skandalisierte Krankheit bedeutet daher keinesfalls eine Verharmlosung der Folgen für die einzelne Person. Poliomyelitis ist eine hochansteckende Krankheit, die, falls es zu Symptomen kommt, schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben kann.

2. Die vornehmliche Beschränkung der Massnahmen der Gesundheitsbehörden auf Kinder und Jugendliche geschah vor allem aus wirtschaftlichen Überlegungen.

Die allgemeinen Massnahmen (Meldung, Isolation, Desinfektion) galten für alle Personen, die unter Verdacht standen, sich infiziert zu haben, oder die tatsächlich erkrankten. Auch die Quarantänebestimmungen im Sinne eines Wohnungs- oder Hausbanns konnten auf Erwachsene ausgeweitet werden. Andere Massnahmen, wie das Verbot des Grenzübertritts für alle Kinder und Jugendliche, die Klassen- und Schulschliessungen und das Verbot von Ferienkolonien, betrafen die Erwachsenen nicht. Weisungen (wie das Verbot von Veranstaltungen), die Kinder wie auch Erwachsene betroffen hätten, wurden nicht mit der gleichen Regelmässigkeit ausgesprochen. Der Sinn solch singulärer, auf Kinder und Jugendliche bezogener Massnahmen war schon früh umstritten, da bereits nachgewiesen war, dass auch Erwachsene erkranken und als Überträger des Virus dienen können. Die Ausweitung der Massnahmen auf Erwachsene stand dennoch nicht zur Diskussion (vgl. Kap. 6.1.1, 6.3.1 und 6.6.3).

Die Ursache dafür liegt darin, dass, obwohl es im 20. Jahrhundert zu einer stärkeren Betroffenheit von Erwachsenen kam, Kinder und Jugendliche dennoch häufiger erkrankten. Der Grund dafür liegt unter anderem darin, dass viele Erwachsene im Laufe ihres Lebens bereits eine Immunität gegenüber Polioviren aufgebaut hatten und daher nicht mehr erkranken konnten. Das Risiko für einen Erwachsenen war dementsprechend deutlich geringer. Gleichzeitig war ein etwas höheres Alter auch ein Risikofaktor für einen schweren Verlauf einer Infektion. Da Massenansammlungen durchaus zu einer Verbreitung von Infektionskrankheiten führen können, wäre zumindest ein Verbot von Veranstaltungen naheliegend gewesen.

Aus heutiger Perspektive könnte ein weiterer Erklärungsansatz die besondere Schutzwürdigkeit der Gesundheit des Kindes darstellen. Einerseits ist das Immunsystem von Kindern noch in der Entwicklung und Infektionen treten daher häufiger auf. Dies trifft auch auf Poliomyelitis zu, da Kinder die Immunität erst im Laufe des Lebens durch den Kontakt mit den verschiedenen Polioviren erwerben und daher gefährdeter sind. Es sollte auch davon ausgegangen werden

können, dass die empfohlenen Hygienemassnahmen wie das regelmässige Händewaschen von Erwachsenen eher eingehalten werden als von Kindern. Wäre man der Logik der Schulschliessung gefolgt, hätten zum Beispiel auch Betriebe geschlossen werden müssen, falls in diesen Polio-Erkrankungen aufgetreten wären. Oder noch überspizter formuliert, analog zu den stadtweit angeordneten Schulschliessungen hätten auch alle Betriebe in der Stadt geschlossen werden müssen. Spätestens bei diesem Vergleich wird klar, dass dies unmöglich gewesen wäre. Eine gleiche Behandlung der Erwachsenen hätte massive wirtschaftliche Folgen gehabt und wäre deshalb von der Bevölkerung kaum akzeptiert worden. Die Verluste wären nicht nur für die einzelnen Firmen einschneidend gewesen, sondern es wäre auch zu massiven Auswirkungen auf die Kantons- und Staatskassen gekommen. Seit der Unterstellung der Poliomyelitis unter das Epidemiegesetz war der Kanton wie der Staat zu einer Erwerbsausfallsentschädigung verpflichtet. Diese führte schon bei der Verfügung von Haus- und Wohnungsbannen zu Mehrausgaben; eine stärkere Ausweitung auf grössere Teile der Bevölkerung wäre undenkbar gewesen.

Eine pragmatische Erklärung für die Eingrenzung der Massnahmen auf Kinder wäre, dass die Kontrolle der ausgeschlossenen Kinder und Jugendlichen den Eltern übertragen werden konnte. Eine Ausweitung auf die Erwachsenen hätte durch die Behörden überprüft und im Übertretungsfall gebüsst werden müssen. Der personelle Aufwand dafür wäre wohl kaum zu leisten gewesen.

Nach heutigem Wissen hätte eine Ausweitung der Anordnungen wahrscheinlich kaum zu einer spürbaren Veränderung der Ausbreitung geführt. Die Inkubationszeit der Poliomyelitis beträgt bis zu 35 Tagen. Eine Person ist jedoch bereits nach ein bis zwei Tagen ansteckend. Massnahmen wurden aber erst ergriffen, nachdem der erste Fall diagnostiziert worden war. Die infizierte Person ist zu diesem Zeitpunkt schon bis zu 34 Tagen ansteckend und kommt in dieser Zeit mit Dutzenden Menschen in Kontakt. Es wird deutlich, dass einschränkende Massnahmen wie das Verbot von Veranstaltungen nur sehr beschränkt von Nutzen sein konnten, da das Virus bereits vor den ersten Symptomen auf viele weitere Personen übertragen werden konnte (vgl. Kap. 4.2.1)

Die Faktenlage, um diese These zu belegen ist zwar relativ dünn, lässt sich aber aufgrund der dargestellten Zusammenhänge begründen. Mit der Einschränkung auf Kinder und Jugendliche konnten die Behörden der Bevölkerung nachweisen, dass sie etwas gegen die Verbreitung unternahmen und nicht untätig blieben (vgl. Kap. 6.3.2). Die grösste Risikogruppe war mit diesen Massnahmen abgedeckt. Auf der anderen Seite riskierten die Behörden mit der Fokussierung auf

Kinder und Jugendliche keine Konflikte und verursachten keine oder nur geringe finanzielle und wirtschaftliche Folgen.

3. *Die Poliomyelitis-Epidemien führten ausserhalb der Akutkliniken und der Gesetzgebung kaum zu institutionellen Veränderungen.*

Die Gesetzgebung wurde über den bearbeiteten Zeitraum mehrfach aufgrund der Zunahme der Neuerkrankungen angepasst und die Ärztinnen und Ärzte wiederholt an die zu treffenden Massnahmen bei einer Polio-Erkrankung erinnert (vgl. Kap. 6.1.1). Kliniken, die akut Erkrankte aufnahmen, waren gezwungen, sich an die Zunahme von Poliomyelitis-Infektionen anzupassen. Es mussten genügend Möglichkeiten für die Durchführung der Isolation von möglichen Neuerkrankten zur Verfügung stehen, ausreichend Personal für die Behandlung und Betreuung vorhanden sein und das Therapieangebot dem wissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden (vgl. Kap. 6.2.1 und 6.2.3).

Orthopädische Kliniken standen dagegen weitaus weniger unter einem solchen Druck. Sie konnten ihre Patientinnen und Patienten auf eine Warteliste setzen, ohne dass dies lebensbedrohliche Folgen für sie hatte. Das zeigt sich schliesslich in den vorgenommenen strukturellen und personellen Anpassungen. Während für die Behandlung der akuten Poliomyelitis Plätze für die Isolierung fehlten und daher improvisiert und ausgebaut werden musste, sahen sich orthopädische Kliniken nicht mit gleicher Dringlichkeit mit diesem Problem konfrontiert (vgl. Kap. 6.2.3 und 6.2.4). Dennoch führten die Poliomyelitis-Epidemien zu einer Weiterentwicklung der orthopädischen Behandlungsmethoden, da durch die Zunahme der Poliomyelitis-Erkrankungen deren Wirksamkeit an einer Vielzahl an Patientinnen und Patienten mit Lähmungsfolgen überprüft und die Methoden bei Bedarf angepasst werden konnten (vgl. Kap. 3.2.2).

Die Schule hatte mit den akuten Erkrankungsfällen kaum etwas direkt zu tun, sofern man von den Schulausschlüssen sowie den Klassen- und Schulschliessungen absieht. Jene Kinder, welche Lähmungen zurückbehielten, konnten von der Schulpflicht dispensiert werden, falls die Verantwortlichen der Meinung waren, dass eine Beschulung in der Regelschule nicht möglich sei (vgl. Kap. 3.2.4). Auf weitere Erklärungsmöglichkeiten wird in der vierten These eingegangen.

Die Fürsorgeorganisationen für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung formierten sich gerade erst, als sich die Schweiz mit den ersten Epidemien konfrontiert sah. Ob deren Entwicklung ohne die Poliomyelitis-Epidemien anders verlaufen wäre, lässt sich nur schwer abschätzen (vgl. 3.2.6). Eine deutliche

Zunahme an Fürsorgeinstitutionen und Sonderschulen kann erst nach der Einführung der Invalidenversicherung nachgewiesen werden. Die Gründung der Heime durch die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten war, aufgrund der vielen Mitglieder mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis, durch diese mitbestimmt, lässt sich aber nicht alleine darauf zurückführen (vgl. Kap. 3.2.3, 3.2.6, 3.2.8 und 6.4.2).

Die Zunahme der Poliomyelitis-Infektionen zwangen lediglich jene Akteurinnen und Akteure zu Veränderungen, welche sich mit den akuten Erkrankten konfrontiert sahen sowie in Verhinderung von Neuansteckungen involviert waren. Die Schule konnte sich aufgrund der Gesetzeslage von ihrer Verantwortung zurückziehen und die Behandlung der Lähmungsfolgen konnte aufgeschoben werden, ohne dass sich sofort negative Folgen ergeben hätten. Erst gegen Ende des bearbeiteten Zeitraums kam es zu einem gewissen Aktivismus bezüglich der Beschulungs- und Wohnmöglichkeiten, welcher nicht oder nicht alleine durch die Poliomyelitis-Epidemien begründet werden kann.

4. Die Poliomyelitis-Epidemien führten zu keiner Veränderung der Beschulung von Kindern mit körperlicher Beeinträchtigung.

Die grundsätzliche Möglichkeit eines Schulbesuchs sowie die Art der Beschulung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung haben sich durch die Poliomyelitis-Epidemien nicht verändert. Eine ausreichende Schulbildung von Menschen mit einer schweren körperlichen Beeinträchtigung blieb ein Mangel (Saxer, 1974, vgl. Kap. 3.2.3). Ein Wandel kam erst mit der Einführung der Invalidenversicherung und führte vor allem zu einem Ausbau des Sonderschulsystems.

Noch in den 1950er Jahren war es möglich, Kinder mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen von der Schule auszuschliessen. Es kam weder zu einer Veränderung der Schulpflicht noch zu einer deutlichen Zunahme der Schulungsmöglichkeiten in Heimen, die alleine auf die Poliomyelitis zurückgeführt werden könnte. Ob ein betroffenes Kind in der Volksschule beschult wurde, hing stark von der Zugänglichkeit des Schulhauses und dem Ausmass an Therapiebedarf ab. Wie stark ein einzelnes Kind von der Lehrperson unterstützt wurde, war individuell verschieden (vgl. Kap. 3.2.3, 3.2.4, 3.2.8 und 6.3.3).

In den beiden orthopädischen Anstalten in Zürich und Lausanne wurde schon vor den Polio-Epidemien Schulunterricht durchgeführt. Lediglich in der Aussenstation Sonnenbühl des Kinderspitals Zürich wurde dieser erst durch die verlän-

gerte Aufenthaltsdauer aufgrund der Poliomyelitis eingeführt und auch die Einrichtung des orthopädischen Dienstes mit der damit verbundenen Schule wurde mit den Poliomyelitis-Epidemien erklärt. Es entstanden aber keine neuen Schulheime und auch der Wechsel der Ausrichtung gewisser Heime auf Kinder mit einer körperlichen Beeinträchtigung geschah aus anderen Gründen, wie zum Beispiel aufgrund der Abnahme der Tuberkulose-Erkrankungen. Die beiden in Luzern (1930) und Sierre (1941) gegründeten Institutionen waren vor allem medizinisch bzw. therapeutisch ausgerichtet und boten nur einen reduzierten Unterricht an. Ein Heim für Kinder mit Lähmungen nach einer Poliomyelitis, das in Bern hätte gebaut werden sollen, wurde erst eröffnet, als die Poliomyelitis schon deutlich zurückgegangen war. Daher spezialisierte es sich schliesslich auf Kinder mit cerebraler Bewegungsstörung statt auf Poliomyelitis (vgl. Kap. 3.2.2 und 3.2.3).

Dass Poliomyelitis in der Volksschule kaum thematisiert wurde, kann einerseits mit der geringen Zahl betroffener Kinder pro Schulgemeinde und andererseits mit den schulischen Anforderungen erklärt werden. Bei den meisten Kindern blieben nach einer Poliomyelitis-Erkrankung keine oder nur leichte körperliche Beeinträchtigungen zurück. Die Zahlen der von Däniker (1951) und Margot (1952) durchgeführten Studien zeigen zwar, dass Poliomyelitis ein Hauptgrund für eine körperliche Beeinträchtigung im Kindes- und Jugendalter war, es wird aber auch deutlich, dass es sich insgesamt um sehr wenige Kinder gehandelt hat. Pro Klasse oder pro Schule hatte es wahrscheinlich selten mehr als ein Kind, das aufgrund einer Poliomyelitis-Erkrankung körperlich beeinträchtigt war (vgl. Kap. 3.2.5). Die Möglichkeit, Kinder aufgrund ihrer Beeinträchtigung von der Volksschule auszuschliessen, trug sicher ebenfalls dazu bei, dass kaum genügend Druck entstehen konnte, der zu einer Veränderung geführt hätte.

Neben der insgesamt für eine Schulgemeinde geringen Anzahl betroffener Kinder lässt sich noch ein weiterer Grund anführen, weshalb es zu keiner Veränderung gekommen ist und die Poliomyelitis kaum diskutiert wurde. Bei den betroffenen Kindern bestand kein grundsätzlicher Zweifel an der Bildbarkeit. Da die Poliomyelitis zu keiner Veränderung der kognitiven Fähigkeiten führte, verursachte sie auch keine Änderung in der Möglichkeit, die in der Schule vermittelten Kulturtechniken zu erlernen. Der damals übliche Frontalunterricht führte dazu, dass sich die Kinder kaum mehr von ihren Mitschülerinnen und -schülern unterschieden, sobald sie auf der Schulbank sassen. Lähmungen der Hände oder Arme waren seltener und meistens nicht so stark ausgeprägt, dass ein Schreiben weder mit der linken noch der rechten Hand möglich war. Die geforderten schulischen Leistungen konnten daher grundsätzlich erbracht werden.

Die Diskussion über die Art der Beschulung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung hat erst zugenommen, als auch die Diskussionen um die Wiedereingliederung bzw. die Einführung der Invalidenversicherungen verstärkt wurden. Dabei wurde eine Beschulung in der Volksschule bevorzugt. Gegen Ende der 1950er Jahre waren es Eltern und Elternorganisationen von Kindern mit einer cerebralen Bewegungsstörung, die sich für den Ausbau der Beschulungsmöglichkeiten ihrer Kinder, vor allem in Form von Tagesschulen, einsetzten. Zu einer nachweisbaren Zunahme der Sonderschulen kam es erst nach der Einführung der Invalidenversicherung und den damit verbundenen Subventionen für entsprechende Institutionen.

Grundsätzlich hat sich an der Beschulung von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung, die einen erhöhte Pflege- und Therapiebedarf aufweisen, bis heute nicht viel verändert. Diese werden noch heute separiert beschult und die Poliomyelitis-Epidemien vermochten daran nichts zu ändern. In der Zwischenzeit hat die Einführung der Invalidenversicherung dazu geführt, dass infolge der Subventionierung durch den Bund eine Vielzahl an Sonderschulen entstanden und dementsprechend mehr Kinder als zuvor separiert beschult wurden. Das Bundesgesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (BehiG) sowie die kantonalen Sonderschulverordnungen regeln heute die rechtliche Situation. Der schulischen Integration wird dabei den Vorrang gegeben. Die im BehiG festgeschriebenen Rechte sind zudem, im Gegensatz zu jenen der Behindertenrechtskonvention, individuell einklagbar. Die Invalidenversicherung hat sich mittlerweile aus dem Sonderschulwesen zurückgezogen und die finanzielle Verantwortung für die Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen in die Hände der Kantone und Gemeinden gelegt. Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Schweiz 2014 besteht grundsätzlich das Recht auf ein inklusives Bildungssystem. Ein Kind darf nicht mehr aufgrund einer Beeinträchtigung vom Besuch der Regelschule ausgeschlossen werden (vgl. Kap. 1). In welchem Ausmass die UN-Behindertenrechtskonvention zu einer Veränderung der Beschulung von Kindern führen wird, wird sich in Zukunft zeigen.

5. Poliomyelitis war indirekt eine der Triebkräfte für die Einführung der Invalidenversicherung.

Die Idee zu einer Invalidenversicherung ist aus historischer Perspektive betrachtet aus den Unzulänglichkeiten der Arbeitsversicherung (Fabrikgesetz) entstan-

den. Der Entscheid, eine solche Sozialversicherung einzuführen wurde 1925 gefällt. Die Einführung dieser Versicherungslösung dauerte über drei Jahrzehnte (vgl. Kap. 3.2.8).

Die Poliomyelitis-Epidemien scheinen auf den ersten Blick keinen Einfluss auf die Einführung der Invalidenversicherung gehabt zu haben. Auffällig ist die zeitliche Nähe der letzten grossen Epidemie 1954 mit der im Jahr 1955 getroffenen Entscheidung des Bundesrates, eine Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung einzusetzen. Dagegen, dass diese Epidemie als Einzelergebnis einen Einfluss hatte, spricht, dass noch im September 1954 – also als die Schweiz noch unter dem Eindruck der Epidemie stand – der Bundesrat die Einführung dieser Sozialversicherung mit dem Verweis auf die leeren Staatskassen ablehnte. Gleichzeitig wurden verschiedene Akteurinnen und Akteure sehr aktiv und der Bundesrat änderte kurz darauf seine Meinung. Die individuellen Motive hinter diesem Aktivismus und der Meinungsänderung sind noch weitgehend unerforscht (vgl. Kap. 3.2.8).

Die Eingliederungsdiskussion begann dagegen bereits Ende der 1940er Jahre und wurde bisher vor allem auf den sich abzeichnenden Arbeitskräftemangel infolge des wirtschaftlichen Aufschwungs und auf das Ziel der sozialen Eingliederung in die Gesellschaft zurückgeführt. Möglicherweise sind diese Eingliederungsbemühungen verstärkt worden durch die Zunahme der Zahl der Personen, die aufgrund einer durch die Poliomyelitis-Infektion verursachten Beeinträchtigung bisher nicht oder nur schwer in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden konnten (vgl. Kap. 3.2.7). Da Poliomyelitis die Hauptursache für eine körperliche Beeinträchtigung im Kindes- und Jugendalter war, ist ein Zusammenhang durchaus denkbar. Die Poliomyelitis war somit ein wichtiger Grund für einen erschwerten (Wieder-)Einstieg ins Berufsleben. Dies wird noch deutlicher, wenn man sich vor Augen führt, dass ein grosser Teil jener Personen, die im ersten Jahr die neue Versicherungslösung in Anspruch nahmen, Polio-Betroffene waren (vgl. Kap. 3.2.8 und 6.4.1). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Poliomyelitis dadurch, dass sie eine häufige Ursache für eine körperliche Beeinträchtigung vieler Menschen war, insofern eine der Triebkräfte für die Einführung der Invalidenversicherung war, als sie die Dringlichkeit von Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Schulbildung und Berufslehre, aber auch – in etwas geringerem Ausmass – Umschulung und Rente verdeutlichte.

6. *Die Poliomyelitis-Epidemien stiessen vermutlich das erste Mal in der Geschichte der Medizin eine Machbarkeitsdiskussion an.*

Die starke Zunahme an beatmungspflichtigen Personen infolge der Poliomyelitis-Epidemien führte zu grossen Fortschritten in der Beatmungstechnik. Die Tracheotomie, für die auf längere Zeit angelegte Beatmung, führte zusammen mit der Verfügbarkeit von Antibiotika zu einer starken Zunahme der Überlebenschance bei Atemlähmungen (vgl. Kap. 6.2.1).

Während sich bei einigen Betroffenen selbst umfangreiche Lähmungen wieder stark zurückbildeten, blieben andere für den Rest ihres Lebens aufgrund der schweren Lähmungen auf intensive Pflege und maschinelle Atemunterstützung angewiesen. Bezüglich dieser Patientengruppe wurde der Nutzen dieser neuen Errungenschaft der Medizin von medizinischen Fachpersonen wie auch Betroffenen und ihren Angehörigen ambivalent wahrgenommen (vgl. Kap. 6.2.2, 6.7.4 und 6.7.7).

Fanconi war von der neuen Beatmungstechnik zwar grundsätzlich überzeugt, fragte sich jedoch nach dem langfristigen Nutzen bei jener Patientengruppe, die nicht mehr von der künstlichen Beatmung entwöhnt werden konnte (Fanconi, 1958, Kap. 6.2.2). Auch die Betroffenen und Angehörigen waren gegenüber der Dauerbeatmung, bei gleichzeitig ausgedehnten weiteren Lähmungen, ambivalent eingestellt. Einerseits waren sie froh, dass es diese Möglichkeit gab, andererseits stellte sich die Frage, wie viel Sinn ein solches Leben macht. Die Abhängigkeit von einer Maschine, das umfassende Angewiesensein auf Dritte für jegliche Tätigkeiten und die eingeschränkte Aussicht auf eine Besserung führte zur Hinterfragung, ob das medizinisch Mögliche auch tatsächlich gemacht werden sollte (vgl. Kap. 6.7.4 und 6.7.7).

Heute würde wohl kaum mehr an der Sinnhaftigkeit einer Langzeitbeatmung von Menschen gezweifelt, selbst wenn schwere weitere Lähmungen vorhanden sind. Die Langzeitbeatmung war in den 1950er Jahren aber die erste Möglichkeit einer lebenserhaltenden Massnahme, die auf Dauer ausgelegt war. Diese Entwicklung führte gleichzeitig – womöglich das erste Mal in der Geschichte der Medizin – zu der Frage, ob das medizinisch Machbare auch das Richtige ist. Möglicherweise steht diese Frage nach der Sinnhaftigkeit auch in Bezug zu der damals intensiv geführten Diskussion über die berufliche Eingliederung und damit wirtschaftliche ‚Nutzbarmachung‘ von Menschen mit einer Beeinträchtigung. Personen, die nach einer Poliomyelitis-Infektion auf Beatmung und intensive Pflege angewiesen blieben, vermochten dieses Ziel nicht zu erreichen. Daher stellte sich aus damaliger Sicht die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer weiteren

(kostenintensiven) Behandlung ohne Aussicht auf eine zukünftige berufliche Integration möglicherweise noch deutlicher.

Heute hat die Medizin sehr viel mehr Möglichkeiten, einen Menschen künstlich am Leben zu erhalten, als damals. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit und der ethischen Vertretbarkeit stellt sich daher umso stärker immer wieder von Neuem. Es handelt sich dabei um eine stark wertgeleitete und hoch emotionale Diskussion. Eine allgemeingültige Antwort, wie entschieden werden soll, kann und darf es nicht geben.

7.4 Reflexion

Diese Untersuchung liefert einen Beitrag zur Geschichte der Poliomyelitis aus heilpädagogischer Sicht. Eine umfassende Monografie über die Poliomyelitis in der Schweiz bleibt dagegen weiterhin ein Desiderat. Zu umfassend sind die Auswirkungen einer Poliomyelitis auf verschiedene Bereiche, vor allem, wenn man die akute Poliomyelitis und die möglichen körperlichen Folgeerscheinungen einbezieht. Da bisherige Aufarbeitungen des Themas weitgehend fehlen, konnten viele Bereiche nur explorativ angegangen werden und bedürfen einer weitergehenden Vertiefung.

Der heilpädagogische Blick ist zwar interdisziplinär ausgerichtet, aber dennoch disziplinär geprägt. Die Perspektive der Autorin und die Wahl der Fragestellung prägten die Interpretation und Auswahl der Quellen. Es ist somit nur eine der möglichen Betrachtungsweisen der Poliomyelitis-Epidemien. Weitere Perspektiven könnten diese hier vorliegende ergänzen oder kontrastieren.

Nachdem zunächst aufgrund zweier Hinweise die Auswirkungen der Poliomyelitis-Epidemien auf die Körperbehindertenpädagogik im Fokus standen, musste die Fragestellung und der Quellenkorpus nach kurzer Zeit ausgeweitet werden. Es stellte sich heraus, dass die Pädagogik bzw. die Heilpädagogik sich kaum mit dem Thema auseinandergesetzt hat, und die enge Verknüpfung mit der Medizin bzw. ärztlich geführten Institutionen wurde deutlich. Durch diese Ausweitung traten Schritt um Schritt immer weitere Zusammenhänge ins Blickfeld, die ebenfalls einer Bearbeitung bedurften. Schlussendlich zeigte sich ein komplexes Gebilde an sich gegenseitig bedingenden Auswirkungen und Wirkfaktoren. Dieser interdisziplinären Perspektive wurde der Vorrang gegeben, da man der Komplexität der Thematik sonst nicht hätte gerecht werden können.

Das Ergebnis war für mich durchaus überraschend. Denn ich war davon ausgegangen, dass eine Krankheit, die zusätzlich noch epidemieartig auftritt und für

das weitere Leben einen so einschneidenden Einfluss haben kann, zu noch grösseren Veränderungen geführt haben müsste, als es tatsächlich der Fall war – eine Vorstellung, die möglicherweise naiv war. Für mich zeigte sich einmal mehr, dass es nicht die Bedürfnisse der betroffenen Personen sind, die einen Wandel zu bewirken vermögen, sondern dass ganz andere Wirkfaktoren (finanzielle, politische, gesamtgesellschaftliche etc.) viel einflussreicher sind. Dies betrifft nicht nur die Poliomyelitis.

Die Ergebnisse dieser Recherche können nicht auf andere Länder übertragen werden. Die Schweiz mit ihrer föderalistischen Struktur, der direkten Demokratie und ihrer Neutralität hat die Geschichte stark geprägt. Die hohe Autonomie auf Kantons- und Gemeindeebene und das Mitspracherecht des Volkes verhinderten eine schnelle und schweizweite Umsetzung von Massnahmen und Entschieden. Durch ihre Neutralität war die Schweiz nicht in die kriegerischen Auseinandersetzungen des Ersten und Zweiten Weltkrieges involviert, was bewirkte, dass Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung erst viel später als in anderen Ländern in den Fokus verschiedener fürsorglicher und politischer Massnahmen rückten.

Die föderalistische Struktur führte aber auch dazu, dass selbst in der Schweiz grosse Unterschiede von Kanton zu Kanton bestanden. Die Wahl der Beispiele aus dem Kanton und der Stadt Zürich sowie der Stadt Schaffhausen bewirkten bereits eine Einschränkung. Auch die konfessionellen Unterschiede der Kantone wurden nicht berücksichtigt. Alle diese Faktoren hatten zur Folge, dass nur Schlaglichter gesetzt werden konnten. Bei der Berücksichtigung anderer Quellen und anderer Kantone oder Städte hätte sich möglicherweise eine andere Geschichte ergeben.

Die verwendeten Biografien und Quellen zur Beschreibung der Betroffenenperspektive wurden zu einem grossen Teil von Menschen geschrieben oder handeln von Betroffenen, bei denen eine Poliomyelitis-Erkrankung sehr schwere Beeinträchtigungen verursacht hatte. Es entstand daher eine einseitige Perspektive, die das Schreckensbild der Polio kolportierte. Wie in der Zeit der Poliomyelitis-Epidemien wurde ein Bild der Poliomyelitis aufgebaut, das einer Korrektur bedarf. Die Poliomyelitis führt bei weniger als 1% der Erkrankten zu Lähmungen, wovon ein grosser Teil vorübergehender Natur ist. Die Poliomyelitis hat daher nur bei einem kleinen Teil eine lebenslange Beeinträchtigung zur Folge. Dieses ‚nur‘ soll hier nicht falsch verstanden werden; jeder Einzelne ist einer zu viel. Es muss dennoch klar betont werden, dass es sich um eine Minderheit handelt, die bleibende Lähmungserscheinungen zurückbehält. Genau diese Minderheit

wurde aber fokussiert, und dies macht grundsätzlich auch Sinn. Denn genau dieser Teil der Betroffenen hatte und hat sich mit den Folgen der Erkrankung zu arrangieren, und genau sie betrafen und betreffen die zu einem grossen Teil noch heute bestehenden Barrieren, die eine uneingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft verunmöglichen.

Eine wissenschaftliche Betrachtung der Poliomyelitis-Epidemien aus heilpädagogischer Sicht war eine grosse Herausforderung. Die Balance zu finden zwischen Wissenschaftlichkeit und persönlicher Betroffenheit war nicht einfach. Durch diverse persönliche Kontakte mit Betroffenen im Rahmen meiner Arbeit bei der Schweizerischen Interessengemeinschaft für das Post-Polio-Syndrom (SIPS) wurde mir immer wieder vor Augen geführt, wie unterschiedlich die Erkrankung erlebt wurde und wie verschieden die Lebensläufe danach weitergingen. Es gibt nicht *die* Poliomyelitis-Betroffene bzw. *den* Poliomyelitis-Betroffenen.

Eine wissenschaftliche Herangehensweise auf der Grundlage von Zeitdokumenten kann eine gewisse Grundlage bieten. Den höchst eindrücklichen, individuell gänzlich unterschiedlichen Biografien kann man so aber nicht gerecht werden. Es stellt sich auch die Frage, ob dies im Rahmen einer Dissertation überhaupt möglich ist. Schlussendlich hoffe ich, dass es mit dieser Arbeit gelungen ist, wenigstens ein schemenhaftes Bild zu geben, was im Rahmen der Poliomyelitis-Epidemien geschehen ist und was eine Poliomyelitis-Erkrankung bedeuten konnte. Eine vollständige Geschichte der Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz konnte nicht geliefert werden und bleibt, wie bereits erwähnt, weiterhin ein Desiderat.

7.5 Ausblick

Die vorliegende Promotionsarbeit liefert einen ersten Überblick über die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz. Vieles konnte nur angedeutet werden und es haben sich viele weitergehende Fragen entwickelt. Eine vertiefende Forschung in den verschiedenen betrachteten, sowie auch in ausgeblendeten Bereichen ist noch zu leisten.

In den USA hatten die Poliomyelitis-Epidemien nach Altenbaugh (2015) einen bedeutenden Einfluss auf die Behindertenbewegung und die Behindertenrechte. Da in diesem Promotionsprojekt der untersuchte Zeitraum 1965 endet und diese Bewegungen erst im Anschluss an Fahrt aufnahmen, konnte dies für die Schweiz nicht untersucht werden. Weltweit begannen sich Menschen mit einer Beeinträchtigung in den 1970er Jahren zusammenzuschliessen und bildeten eine neue

soziale Bewegung. Die letzte grosse Polio-Epidemie war damals nicht einmal 20 Jahre her. Bekannt ist, dass die Behindertenbewegung stark von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung angeführt wurde. Einen Anfang zur Untersuchung der Geschichte der Behindertenbewegung in der Schweiz machten Graf, Renggli und Weisser (2011). Sie analysierten die Zeitschrift ‚Puls‘, in der die Anliegen von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung vertreten und diskutiert wurden, und ergänzten ihr Projekt mit Interviews von ehemaligen Mitgliedern der Puls-Redaktion. Ein Überblick über die Geschichte der Behindertenbewegung in der Schweiz bleibt jedoch weiterhin ein Desiderat und wäre auch ohne Fokus auf eine mögliche Bedeutung der Poliomyelitis dringend notwendig. Das vorliegende Projekt legte den Fokus auf Kinder und Jugendliche. Damit konnten auch verschiedene Themen, die ausschliesslich Erwachsene betrafen, nur am Rande thematisiert werden, so zum Beispiel die Bedeutung der Selbsthilfe in Bezug auf die Poliomyelitis. Die Geschichte der Selbsthilfe von Menschen mit einer Beeinträchtigung wurde in der Schweiz noch nicht aufgearbeitet. Auch die historische Bearbeitung einzelner Selbsthilfe-Organisationen ist grösstenteils noch nicht geleistet. So fehlt auch für die Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, die im Vergleich zu anderen Selbsthilfe-Organisationen für Menschen mit einer Beeinträchtigung relativ früh gegründet wurde, eine wissenschaftlich aufgearbeitete Geschichte. Im Archiv lagern neben einer fast vollständigen Sammlung der Vereinszeitschrift ‚Faire Face‘ auch ab den 1960er Jahren die Hefte der über Jahrzehnte geführten Schreibgruppen. In diesen tauschten sich Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung über jene Themen aus, welche sie gerade beschäftigten. Eine Analyse dieser Quellen würde einen spannenden Einblick in die Perspektiven der Betroffenen ermöglichen.

Die These 5, welche den Poliomyelitis-Epidemien einen indirekten Einfluss auf die Umsetzung des 1925 getroffenen Volksentscheides zur Einführung der Invalidenversicherung im Jahr 1960 zuweist, könnte mit weiteren Recherchen noch untermauert werden. Wie bereits erwähnt, wurden die genauen individuellen Motive der damaligen Akteurinnen und Akteure noch nicht untersucht. Die deutliche Nähe zwischen der grossen Epidemie 1954 und dem Einsatz einer Expertenkommission 1955 könnte ein Zufall sein, aber auch ein Hinweis auf einen Zusammenhang geben.

Ein weiteres Forschungsfeld, das noch brach liegt, ist die Impfung gegen Poliomyelitis. Bereits vor der Bekanntgabe, dass ein wirksamer Impfstoff gefunden wurde, beschäftigte sich das Eidgenössische Gesundheitsamt mit der wahrscheinlich bald verfügbaren Impfung. Die anschliessenden Reaktionen verschiedener Akteurinnen und Akteure, ihre Haltung gegenüber der Impfung sowie die

Diskussionen über die Einführung der Impfung und ein mögliches Impf-Obligatorium in der Schweiz wurden noch nicht erforscht. Ebenso fehlt eine Untersuchung der detaillierten Gründe für die Umstellung von der IPV auf die OPV und es stellt sich auch die Frage, weshalb es in der Schweiz – im Gegensatz zum Ausland – bis ins Jahr 1985 zu keiner nationalen Impfkampagne gekommen ist.

Ebenfalls mit der Impfung verbunden wäre die Frage, was eine Poliomyelitis-Erkrankung, die erst nach der Einführung der Impfung auftrat, für die Betroffenen und, im Fall von erkrankten Kindern, deren Eltern bedeutet hat. Aufgrund der verfügbaren und breit anerkannten Präventionsmöglichkeit ist es denkbar, dass die Schuldzuschreibungen durch die Gesellschaft noch viel ausgeprägter waren als bei Erkrankungen vor der Impfmöglichkeit.

Eine weniger historische als sehr aktuelle Frage ist auch, was junge Eltern heute über Poliomyelitis wissen und wie ihre Einstellung zur Impfung ist. Gerade die letzte Frage ist mit Blick auf die Pläne der WHO von besonderer Bedeutung. Die Poliomyelitis hat durch das Ausbleiben von Neuerkrankungen in der Schweiz und Europa deutlich an der wahrgenommenen Gefährlichkeit verloren. Die Wichtigkeit, sein Kind dennoch zu impfen, ist daher erklärungsbedürftig geworden.

In diesem Promotionsprojekt konnte die Rolle der WHO nur am Rande und bezüglich ihrer Initiative zur Ausrottung der Poliomyelitis angesprochen werden. Diese hatte jedoch eine Vorgeschichte. Es stellt sich die Frage, welche Rolle die Poliomyelitis für die WHO und ihre Partnerorganisationen (Rotary International, CDC, UNICEF) davor gespielt hat und welche Vorkommnisse und Motive zu der Entscheidung führten, Pläne einer poliofreien Welt ins Auge zu fassen und diese schliesslich auch umzusetzen.

Die Auseinandersetzung mit den Biografien von Betroffenen zeigte auf, wie unterschiedlich die Erlebnisse und wie viele Parallelen gleichzeitig vorhanden waren. Die vorhandenen Biografien wurden wie erwähnt vor allem von Personen mit schwereren Beeinträchtigungen geschrieben und geben daher ein einseitiges Bild. Sehr wertvoll wäre daher ein Oral-History-Projekt mit Betroffenen verschiedener Landesteile, verschieden schwerer Betroffenheit und aus verschiedenen Jahrzehnten. Da die letzte grosse Poliomyelitis-Epidemie 1954 stattfand und kurz darauf kaum mehr neue Fälle auftraten, ist dies das dringlichste Projekt. Viele der Betroffenen sind bereits im Pensionsalter und einige durch das Post-Polio-Syndrom zusätzlich gesundheitlich angeschlagen. Es geht daher darum, diese Stimmen für die Nachwelt zu bewahren.

Ein weiteres Thema trat in vielen Gesprächen mit Betroffenen hervor. Einige sprechen von sich selbst als ‚Polios‘ und verweisen oft auf den ganz eigenen Charakter von Menschen mit Lähmungsfolgen nach einer Poliomyelitis-Erkrankung. In den Köpfen von Geschichtsinteressierten der Körperbehindertenpädagogik könnte hier die Erinnerung an die von Hans Würtz beschriebene ‚Krüppelseele‘ auftauchen (vgl. Kap. 3.2.2). Die Charakterkunde erlebte zu Beginn des 20. Jahrhunderts zwar eine Renaissance, gilt heute aber wissenschaftlich als überholt. Dass dieses Thema nun von Betroffenen selbst wieder aufgenommen wird, ist dennoch spannend. Es stellt sich die Frage, was die Betroffenen genau unter diesem ‚eigenen Charakter‘ verstehen und wie sie sich diesen erklären.

7.6 Schlusswort

Obwohl es sich um eine historische Studie handelt, haben sich viele Parallelen zu heute gezeigt. Die Poliomyelitis-Epidemien stellten die Gesellschaft vor Fragen, die auch in der Gegenwart nicht an Aktualität eingebüsst haben, so zum Beispiel, wie weit eine staatliche Macht gehen darf, um die Bevölkerung zu schützen, und wie viel Eigenverantwortung jedem Einzelnen überlassen werden kann und muss. Der Blick auf die historischen Quellen, die von der bevorzugten Art der Beschulung handeln, zeigt, dass die damaligen Diskussionen, wie ein Kind mit einer körperlichen Beeinträchtigung beschult werden soll und welche Voraussetzungen dazu nötig sind, kaum von heute abweichen. Die bereits damals geforderte Integration, zumindest von Kindern mit einer körperlichen Beeinträchtigung, ist bis heute nicht umgesetzt. Die Untersuchung sollte zum Nachdenken anregen, wie die verschiedenen Systeme reagieren. Es ist naiv zu denken, dass allein der Druck der Betroffenheit einer bestimmten Anzahl an Menschen eine Veränderung zu bewirken vermag. Die Politik funktioniert anders.

Die akuten Poliomyelitis-Erkrankungen gehören in der Schweiz – jedenfalls momentan – der Vergangenheit an. Es leben aber noch viele Menschen mit den Lähmungsfolgen und dem Post-Polio-Syndrom als Folgeerkrankung nach einer Poliomyelitis. Dabei handelt es sich zum grössten Teil um Menschen im Pensionsalter. Durch Migration und Adoption leben in der Schweiz auch jüngere Poliomyelitis-Betroffene. Da Poliomyelitis nach der akuten Erkrankung nicht meldepflichtig ist, ist die Anzahl nicht bekannt. Insbesondere durch die Flüchtlingsströme, den Tourismus und die Impfmüdigkeit kann es jederzeit in jedem Land zu einer neuen Polio-Erkrankung kommen. Daher ist auch heute eine möglichst hohe Durchimpfungsrate von grosser Bedeutung. Poliomyelitis ist weiterhin

eine hochansteckende Erkrankung und die Viren können, wie das Beispiel in Nigeria zeigt, jahrelang unbemerkt zirkulieren. Solange irgendwo auf der Welt noch Poliomyelitis-Fälle auftreten, bleibt die Gefahr einer Neuankommlung, auch in der Schweiz, bestehen.

Heute ist Poliomyelitis nicht mehr die gefürchtetste Krankheit. Die Erinnerungen an die Epidemien verblassen. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen von damals konnten ihre Erkrankung nicht einfach vergessen, da sie tagtäglich mit Herausforderungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung konfrontiert waren und sind. Ihnen soll daher auch das letzte Wort gegeben werden.

Malgré mon handicap, mais grâce à une grande volonté j'ai pu suivre une voie professionnelle commerciale normale, fonder une famille, et avoir, avec ma chère épouse, deux gentils fils, découvrir beaucoup de pays proches et lointains.

Maintenant, avec l'âge, le syndrome post-polio me rattrape et il faut être vigilant et savoir 'doser' mes efforts.

(Bucher, 2014, S. 7)

Die Frage nach der Veränderung meines Lebens ist hypothetisch. Natürlich hatte ich Lebens- und Berufsträume, nicht mehr und nicht weniger welt- oder realitätsfremd als jene anderer Kinder.

Letztendlich blicke ich aber auf ein zufriedenes Leben zurück. Höhen und Tiefen in ihrem Leben haben alle zu überwinden, so auch ich mit meiner Polio-Erkrankung. (Spreiter, 2014, S. 7)

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AFP	acute flaccid paralysis, akute schlaffe Lähmung
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ASKIO	Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe
ASPr-SVG	Schweizerische Vereinigung der Gelähmten
bOPV	bivalente Polio-Schluckimpfung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BehiG	Bundesgesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung
BRK	Behindertenrechtskonvention
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention
GPEI	globalen Polio-Eradikations-Initiative, Global Polio Eradication Initiative
HIV	human immunodeficiency virus
IPV	inaktivierte Poliovakzine
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KUVG	Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung
mOPV	monovalente Polio-Schluckimpfung
NFIP	National Foundation for Infantile Paralysis
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OPV	orale Poliovakzine
Polio	Poliomyelitis, Kinderlähmung
PPS	Post-Polio-Syndrom
SAEB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrom
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVK	Schweizerischer Verband für die erweiterte Krankenversicherung
tOPV	trivalente Polio-Schluckimpfung (beinhaltet alle drei Virusstämme)
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, United Nations Children's Fund
VDPV	Vaccine-derived polioviruse, mutierte Polio-Impfviren
WHO	Welt-Gesundheits-Organisation, World-Health-Organization
WPV	Wild Poliovirus, Poliovirus

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erste Heime für Kinder mit einer Körperbeeinträchtigung in Europa	63
Tabelle 2: Entwicklung der schweizerischen Fürsorgevereine.....	77
Tabelle 3: Meilensteine der Poliovirus-Forschung bis 1965	105
Tabelle 4: Anzahl Polio-Epidemien nach Zeit und Zahl der Betroffenen	117
Tabelle 5: Verfügbare Beatmungsgeräte in der Schweiz 1954–1960	164
Tabelle 6: Nachbehandlungszentren 1954.....	165
Tabelle 7: Patientengruppen der Anstalt Balgrist im Jahr 1912.....	177
Tabelle 8: Kosten einer Behandlung Beispiel 1	198
Tabelle 9: Kosten einer Behandlung Beispiel 2	199

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Versichertenzahlen 1914 bis 1989.....	87
Abb. 2: Werbung eines Insektenvernichtungsmittels.....	100
Abb. 3: Poliomyelitis-Meldungen in der Schweiz zwischen 1913 und 1965...	120
Abb. 4: Anzahl gemeldeter Erkrankungen 1914–1985.....	123
Abb. 5: Todesfälle durch Infektionskrankheiten 1901–1965	124
Abb. 6: Statistik über die Erkrankungszahlen und Todesfälle 1913–1965	125
Abb. 7: Wechsel von IPV zu OPV.....	151
Abb. 8: Impfkampagne Deutschland	152
Abb. 9: Bekanntmachung Kanton Waadt.....	154
Abb. 10: Impfkaktion Stadt Zürich 1963.....	155
Abb. 11: Kinder in der Eisernen Lunge	161
Abb. 12: Behandlungsschema Kinderspital Zürich	167
Abb. 13: Engström-Respirator mit elektrischem Absaugeapparat	168
Abb. 14: Teil eines Gipsbettes mit Zugvorrichtung	170
Abb. 15: Hubbard-Tank für Unterwassergymnastik.....	175
Abb. 16: Prozentsatz Poliomyelitis-Betroffener in der Anstalt Balgrist	178
Abb. 17: Anzahl Patientinnen und Patienten mit Poliomyelitis.....	179
Abb. 18: Mitglieder Schweizerische Vereinigung der Gelähmten.....	203
Abb. 19: Werbung für die ‚Kinderlähmungs-Versicherung‘	206
Abb. 20: Mädchen mit Bein-Orthesen nach einer Polio-Erkrankung mit ihrem Vater	229
Abb. 21: Alltagsgegenstände als Hilfsmittel	250

Quellenverzeichnis

Archive

Archiv der Schulgemeinde Pfyn

Keine Signatur Protokoll der Schulvorsteherschaft Pfyn u. Schulgemeinde, 1917–1945

Archiv für Medizingeschichte, Universität Zürich

DZ21 Bro H 8 Hallauer-Schulthess, C. (n. d). Wie helfen wir körperlich behinderten jungen Mädchen?

Bundesarchiv (BAR)

E27#1000/721#19703* Az. 10.A.2.d.1, Kinderlähmung, 1936–1950 (Dossier)
E3300C#1000/766#428* Az. 02.08.423, Schweiz. Vereinigung gegen die Poliomyelitis, 1952–1955 (Dossier)
E3300C#1000/766#461* Az. 02.08.460, Erhebung über den Bestand an Beatmungsapparaten zur Behandlung der Poliomyelitis, 1954–1956 (Dossier)
E3300C#1988/33#77* Az. 02.08-537, Erhebung über den Bestand an Beatmungsapparaturen zur Behandlung der Poliomyelitis, 1959–1960 (Dossier)

Bürgerbibliothek

GA Jenner Stiftung 172 Jahresberichte Jenner Kinderspital (für die Jahre 1932/1934–1938, 1940/1941, 1946–1962)

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, Uni Lausanne

Keine Signatur Jahresberichte des Hospice orthopédique für die Jahre 1914–1957
Keine Signatur Jahresberichte des Hôpital orthopédique de la Suisse romande für die Jahre 1958–1965

Pro Infirmis (Zentralsekretariat), Zürich

Protokollbuch (1920–1931)
Protokollbuch (1931–1946)
Protokolle Vorstand und Delegiertenversammlung (1931–1946)
Protokolle Zentralaussschuss und Büro (1935–1956)

Staatsarchiv Zürich (StAZH)

S 111 Poliomyelitis (Kinderlähmung), 1914–1939
Z 34.9058 Kinderlähmung: Korrespondenz und Rapporte, 1936
Z 34.10859 Kinderlähmung: Protokolle der Konferenzen 1937, 1937
Z 34.10048 Kinderlähmung: Bericht der Gesundheitsdirektion über den Verlauf der Krankheit im Jahre 1936, 1936–1937
Z 34.11047 Kinderlähmung: Erhebungen des Jahres 1937, 1938

Quellenverzeichnis

- Z 34.10563 Allgemeines: Kinderlähmung. Verlängerung der Sommerferien, 1937
- S 315.114 Zürich, Anstalt Balgrist für krüppelhafte Kinder, 1909–1911
- UU 2.88 Protokoll der Erziehungsdirektion und des Erziehungsrates, 1937
- III Lh 4 Jahresberichte der Klinik und Anstalt Balgrist für die Jahre 1914–1965
- III Gn 1a Jahresberichte Kinderspital Zürich 1914/15–1965

Stadtarchiv Schaffhausen (StadtA SH)

- C II 31.01.04/049 Korrespondenzen der Schulratskanzlei, 1936
- C II 20.01.09.11 Dienstbefehle, 1932–1937
- C II 27.01.03.02.15 Kinderlähmung, 1936–1948
- C II.31.01.04/052 Korrespondenzen der Schulratskanzlei, 1938
- C II 10.03.04/03 Anna Stokar-Heim Schaffhausen, 1937–1938
- D VI 120 Hilfsverein für gebrechliche Töchter Schaffhausen, 1937–1955

Stadtarchiv Zürich (StadtA ZH)

- V.H.c.78 Kreisschulpflege Limmattal. Akten
- V.H.a.79 Kreisschulpflege Limmattal. Protokoll (Sitzungen und Verfügungen), 1934–1994
- V.H.c.116 Kreisschulpflege Limmattal, Kreiskonvent Lehrkörpervertretung. Akten, 1884–2007

Zeitschriften

Amtliche Zeitschriften/Publikationen

- Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, Hrsg. Eidgenössisches Gesundheitsamt, Eidgenössisches statistisches Bureau (Eidgenössisches statistisches Amt), 1920–1979
- Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsamtes (1917–1919), Hrsg.: Schweizerisches Gesundheitsamt, Schweizerisches statistisches Bureau, 1917–1919
- Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, Hrsg: Schweizerisches Gesundheitsamt, Eidgenössisches statistisches Bureau, 1894–1916
- Statistisches Jahrbuch der Schweiz, Hrsg. Bundesamt für Statistik (Statistisches Bureau des schweizerischen Finanzdepartements, Eidgenössisches statistisches Bureau, eidgenössisches statistisches Amt), 1915–1966

Fürsorgeorganisation Pro Infirmis

- Jahresberichte Schweizerische Vereinigung für Anormale, Hrsg. Schweizerische Vereinigung für Anormale, 1921–1941
- Zeitschrift Pro Infirmis, Hrsg. Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis (Schweizerische Vereinigung für Anormale), 1942–1965

Jahresberichte medizinische Institutionen

- Jahresberichte Anstalt Balgrist, Hrsg: Schweizerischer Verein für krüppelhafte Kinder und Anstalt Balgrist, 1914–1965

Jahresberichte Hospice Orthopédique de la Suisse romande/ Hôpital Orthopédique de la Suisse romande, Hrsg. Hospice Orthopédique / Hôpital Orthopédique de la Suisse romande, 1914–1965 (ohne 1927)

Jahresberichte Jenner Kinderspital, Hrsg. Jenner Kinderspital (Universitäts-Kinderklinik), 1932/1934–1938, 1940/1941, 1946–1962

Jahresberichte Kinderspital Zürich, Hrsg. Kinderspital Zürich, 1914–1965

Pädagogische Zeitschriften

Schweizerische Lehrerzeitung, Hrsg. Schweizerischer Lehrerverein, 1914–1965

Schweizer Schule, Hrsg. Christlicher Lehrer- und Erzieherverein der Schweiz, 1914–1965

L'Éducateur, Syndicat des Enseignants Romands, 1914–1965

Filme

Seiltänzer (2006) Roy, T. Paltzer, A. & Wirsing, C. (Regie). Zürich: filmcoop

Amiguet, J.-F. & Rohrbach, W. (Regie). (2008). Vergissmeinnicht = Ne m'oubliez pas (2008).

Amiguet, J.-F. & Rohrbach, W. (Regie). Schweiz: PCT cinéma-télévision.

Literatur

Acherknecht, E. H. (1974). Die ersten 100 Jahre des Kinderspitals Zürich. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 100 Jahre Kinderspital Zürich 1874–1974 (S. 37–56). Zürich: Berichthaus.

ag. (1923, 9. Oktober). Kantone. Luzern. Neue Zürcher Zeitung, 1879, 1. Mittagsblatt.

ag. (1927, 11. Oktober). Unglücksfälle und Verbrechen. Spinale Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1706, Mittagaussgabe, Blatt 3.

ag. (1930a, 31. Juli). Kleine Mitteilungen. Die Poliomyelitisepidemie im Elsass. Neue Zürcher Zeitung, 1498, Abendausgabe, Blatt 5.

ag. (1930b, 15. August). Kleine Mitteilungen. Ein Einreiseverbot. Neue Zürcher Zeitung, 1586, Morgenausgabe, Blatt 2.

ag. (1931a, 7. Juli). Kleine Mitteilungen. Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1302, Mittagaussgabe, Blatt 3.

ag. (1931b, 25. August). Unglücksfälle und Verbrechen. Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1607, Mittagaussgabe, Blatt 3.

ag. (1936, 16. Juni). Unglücksfälle und Verbrechen. Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1036, Mittagaussgabe, Blatt 3.

ag. (1937, 23. Februar). Fremdenverkehr in der Schweiz. Neue Zürcher Zeitung, 322, Morgenausgabe, Blatt 2.

ag. (1953a, 17. September). Aufhebung des militärischen Sperrbefehls. Neue Zürcher Zeitung, 2143, Morgenausgabe, Blatt 2.

ag. (1953b, 10. August). Die Kinderlähmung im Kanton Glarus. Neue Zürcher Zeitung, 1831, Mittagaussgabe, Blatt 5.

ag. (1953c, 7. August). Kantone. Glarus. Neue Zürcher Zeitung, 1812, Abendausgabe, Blatt 7.

ag. (1953d, 31. Juli). Kantone. Glarus. Neue Zürcher Zeitung, 1758, Morgenausgabe, Blatt 1.

Quellenverzeichnis

- ag. (1953e, 2. August). Kantone. Glarus. Neue Zürcher Zeitung, 1775, Sonntagsausgabe, Blatt 4.
- ag. (1953f, 14. Juli). Kleine Mitteilungen. Die Kinderlähmung in Châtel-St-Denis. Neue Zürcher Zeitung, 1635, Morgenausgabe, Blatt 2.
- ag. (1955a, 15. April). Der neue Impfstoff gegen die Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 986, Mittagsausgabe, Blatt 7.
- ag. (1955b, 19. April). Die Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1023, Mittagsausgabe, Blatt 4.
- ag. (1955c, 2. Mai). Kantone. Bern. Berner Stadtrat. Neue Zürcher Zeitung, 1157, Morgenausgabe, Blatt 5.
- ag. (1955d, 28. April). Kantone. Glarus, Landrat. Neue Zürcher Zeitung, 1121, Mittagsausgabe, Blatt 4.
- ag. (1956, 22. Oktober). Kantone. Waadt. Freiwillige Impfungen gegen die Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 2958, Mittagsausgabe, Blatt 7.
- ag. (1960, 2. Dezember). Neue Lähmungsversicherung der Krankenkassen. Neue Zürcher Zeitung, 4257, Mittagsausgabe, Blatt 18.
- ag. (1961, 3. November). Aus den Kantonen. Glarus. Erlöschen der Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 4116, Mittagsausgabe, Blatt 13.
- ag. (1962, 15. Juni). Kleine Mitteilungen. Vollendung des Lähmungsinstituts in Leukerbad. Neue Zürcher Zeitung, 2373, Morgenausgabe, Blatt 5.
- Ahmad, S. O. Yousuf, F. S Bux, A. & Abu-Zaid, A. (2016). Pakistan: the final frontier for global polio eradication. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(2), 109–110.
- Altenbaugh, R., J. (2004). Polio, disability, and american public schooling: a histographical exploration. *Education Research and Perspectives*, 31(2), 137–155.
- Altenbaugh, R., J. (2006). Where are the disabled in the history of education? The impact of polio on sites of learning. *History of Education*, 35(6), 705–730.
- Altenbaugh, R. J. (2015). *The last children's plague. Poliomyelitis, disability, and twentieth-century American culture*. New York: Palgrave Macmillan.
- Alther, K. (1923). *Geschichte der Schwachsinnigenfürsorge in der Schweiz*. Glarus: Glarner Nachrichten.
- Amiguet, J.-F. & Rohrbach, W. (Regie). (2008). *Vergissmeinnicht = Ne m'oubliez pas* [DVD]. Schweiz: PCT cinéma-télévision.
- Anderhub, C. (1935). *Die Poliomyelitis anterior acuta in der Schweiz. Enquête von 1914–1932*. (Dissertation), Universität Basel, Luzern.
- Androussieur, I. (1917). *Die Heine-Medin'sche Krankheit in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung einer Epidemie im Kanton Luzern im Herbst 1915*. (Dissertation), Universität Zürich, Basel.
- Arie, S. (2013). Murder of nine polio workers in Nigeria threatens eradication efforts. *The British Medical Journal*, 346. doi: 10.1136/bmj.f954
- Artenstein, N. C. & Artenstein, A. W. (2010). The Discovery of Viruses and the Evolution of Vaccinology. In: A. W. Artenstein (Hrsg.), *Vaccines: A Biography* (S. 141–158). New York: Springer.
- av. (1955, 24. Februar). Stadt Zürich. Kulturgruppe der Freisinnigen Kreispartei 7. Neue Zürcher Zeitung, 487, Mittagsausgabe, Blatt 5.
- B. F. (1956). Kinderlähmung/Polio. *Pro Infirmis*, 15(2), 40–42.

- Bagchi, S. (2016). Polio endgame: overcoming the final barriers. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(6), 644.
- Bahns, E. (2007). Mit dem Pulmotor fing es an. Hundert Jahre maschinelle Beatmung. Verfügbar unter: www.draeger.com/sites/assets/PublishingImages/Generic/Webinar/Booklet/9097424_100_Jahre_Beatmung_Fibel_DE_Gesamt_20140709_L12_fin.pdf
- Barbezat & Cie. (1926, 28. August). Werbung FLIT-Insektenvernichtungsmittel. *Neue Zürcher Zeitung*, 1352, Mittagsausgabe, Blatt 3.
- Beddow Bayly, M. (1958). The story of the Salk anti-Poliomyelitis vaccine (3. erweiterte Auflage). Edingburgh: Scottish Society for the Prevention of Vivisection.
- Bellmann, J. & Ehrenspeck, Y. (2006). Historisch/systematisch - Anmerkungen zur Methodendiskussion in der pädagogischen Historiographie. *Zeitschrift für Pädagogik*, 52(2), 245–264.
- Bergeest, H. Boenisch, J. & Daut, V. (2015). Körperbehindertenpädagogik. Grundlagen - Förderung - Inklusion (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1914, BBl 1915 I 573.
- Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1915, BBl 1916 II 197.
- Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über seine Geschäftsführung im Jahre 1917, BBl 1918 II 319.
- Bersot, H. (1942). *Le développement et l'état actuel de l'assistance aux anormaux en Suisse*. Zürich: Orell Füssli.
- Bertenius, B. S. (1947). On the problem of poliomyelitis. An epidemiological-statistical study. Lund: Lindstedt.
- Biedermann, P. (1955). Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Schweiz. (Dissertation), Universität Zürich, Zürich.
- Bierbaum, W. (1916, 3. Juli). Schweizerischer Verein für krüppelhafte Kinder. *Neue Zürcher Zeitung*, 1064, 2. Mittagsblatt.
- Biesewig-Behrendt, G. (2010). *Spinale Kinderlähmung oder Poliomyelitis. Alte Krankheiten kehren zurück...* Berlin: Biesewig-Behrendt.
- Bodmer, H. G. (1965). Massnahmen bei Infektionskrankheiten in den Schulen. *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1965 (Beilage B Nr. 3), 49–54.
- Bopp, L. (1930). *Allgemeine Heilpädagogik in systematischer Grundlegung und mit erziehungspraktischer Einstellung*. Freiburg im Breisgau: Herder & Co. GmbH Verlagsbuchhandlung.
- Bösl, E. (2009). *Dis/ability History: Grundlagen und Forschungsstand*. H-Soz-Kult 07.07.2009. Verfügbar unter: www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsberichte-1113
- Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 11. Februar 1970, BBl 1970 I 381ff.
- Botschaft des Bundesrates vom 20. Dezember 1911 an die Bundesversammlung betreffend Revision des Art. 69 der Bundesverfassung, BBl 1911 V 305ff.
- Botschaft vom 3. Dezember 1920 zum Entwurf eines Gesetzes über Abänderung des Bundesgesetzes betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien, BBl 1920 V 327.

Quellenverzeichnis

- Bovet, G. (1937, 2. Juli). Kinderlähmung; Einreisebeschränkungen für Kinderlähmung, Aufhebung. Protokoll der 49. Sitzung des schweizerischen Bundesrates, 365 (Beschlussprotokoll 29.06.–02.07.1937), 1142. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Braddock, D. L. & Parish, S. L. (2001). An institutional history of disability. In: G. L. Albrecht, K. Seelman & M. Bury (Hrsg.). *Handbook of disability studies*. Thousand Oaks: SAGE.
- Bräm-Leemann, S. L. (1989, 13. September). Schluss mit der Impfkampagne. *Tagblatt der Stadt Zürich*, 212, S. 5.
- Brauchlin, E. (1956). Für das Leben lernen wir. *Schweizer Schule*, 42(23), 763–764.
- Braun, E. (1951). Kinderlähmung und Schule. In: H. Kleinert, H. Stucki, R. Dottrens, C. Günther, P. Schmid, W. Schohaus, M. Simmen & H. Stettbacher (Hrsg.). *Lexikon der Pädagogik* (Bd. 2, S. 26–27). Bern: Verlag A. Francke AG.
- Briner, R. Altherr, V. & Meyer, E. M. (1939). Jahresrechnung 1938. XIX. Jahresbericht der Schweizerischen Vereinigung für Anormale für das Jahr 1938, 13–16.
- Briner, R. & Meyer, E. M. (1950). A. Bericht der Vereinigung Pro Infirmis. Aufgaben. III. Hilfe für schulentlassene und erwachsene Infirmis. In: *Pro Infirmis* (Hrsg.), 30. Jahresbericht der Schweizerischen Vereinigung pro Infirmis und ihrer Fachverbände über das Jahr 1949 (S. 307–322). Zürich: Pro Infirmis.
- Brunner, T. (1960, 29. Dezember). Die Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung. Eine Zwischenbilanz. *Neue Zürcher Zeitung*, 4641, Morgenausgabe, Blatt 1.
- Bucher, E. (2014). Les 24 heures qui ont transformé ma vie. Le 16 juillet 1952. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 7.
- Buchner, T. & Koenig, O. (2011). Von der Ausgrenzung zur Inklusion: Entwicklung, Stand und Perspektiven gemeinsamen Forschens. In: DIFGB (Hrsg.), *Forschungsfalle Methode? Partizipative Forschung im Diskurs. Dokumentation der Jahrestagung der DIGB vom 18.–19. November 2010 in Kassel* (S. 2–16). Leipzig: DIFGB.
- Budde, G. & Freist, D. (2008). Verfahren, Methoden, Praktiken. In: G. Budde, D. Freist & H. Günther-Arndt (Hrsg.). *Geschichte. Studium-Wissenschaft-Beruf* (S. 158–177). Berlin: Akademie Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Influenza-Pandemieplan Schweiz. Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=
- Bundesamt für Gesundheit & Eidgenössische Kommission für Impffragen. (2016). *Schweizerischer Impfplan 2016. Richtlinien und Empfehlungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2007). Europäische Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 5 Jahren frei von Kinderlähmung durch Wildviren: die Motivationen und Herausforderungen. *BAG Bulletin*, 46, 824–826.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2013a). *Die Militärversicherung für Armee-, Zivilschutz- und Zivildienstangehörige*. Verfügbar unter: www.geschichtedersozialen.sicherheit.ch/institutionen/militaerversicherung-fuer-armee-zivilschutz-und-zivildienstangehoerige/
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2013b). *Familie und Mutterschaft*. Verfügbar unter: www.geschichtedersozialensicherheit.ch/risikogeschichte/familie-und-mutterschaft/
- Bundesamt für Statistik. (1915–1996). *Statistisches Jahrbuch der Schweiz*. Zürich (bis 1933 Bern, bis 1989 Basel) Verlag Neue Zürcher Zeitung (bis 1933 Stämpfli & Cie., bis 1989 Verlag Birkhäuser).

- Bundesamt für Statistik. (n.d.-a). Gemeldete Fälle einiger ansteckender Neuerkrankungen 1891–1985., Verfügbar unter: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/history/03.Document.89239.xls
- Bundesamt für Statistik. (n.d.-b). Todesursachen nach Organerkrankungen 1876–2004. Verfügbar unter: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/history/01/00/14/03.Document.89281.xls
- Bundesbeschluss betreffend Revision der Art. 69 und 31, A., lit. d, der Bundesverfassung (Bekämpfung menschlicher und tierischer Krankheiten) vom 18. Dezember 1912. (1913). Bundesblatt, 1(02), 130.
- Bundesgesetz betreffend Abänderung des Bundesgesetzes vom 2. Juli 1886 betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vom 18. Februar 1921, AS 37 1921 353.
- Bundesgesetz betreffend die Unterstützung der öffentlichen Primarschule vom 25. Juni 1903, BBl 1903 III, 751ff.
- Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vom 2. Juli 1886, BS 4 1886 345.
- Bundesgesetz vom 28. September 2012 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG), SR 818.101.
- Bundesrat. (1981). Botschaft über die Teilrevision der Krankenversicherung. Bundesblatt, 2(34), 1117–1265.
- Bundesrat. (1992). Botschaft über die Revision der Krankenversicherung. Bundesblatt, 1(3), 93–292.
- Bundesratsbeschluss betreffend Ausdehnung der in Art. 3 des Bundesgesetzes über Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vorgeschriebenen Anzeigepflicht. (1914). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1914(42), 654–655.
- Bundesratsbeschluss betreffend die Ergänzung des Bundesratsbeschlusses über die Anzeigepflicht für übertragbare Krankheiten vom 13. Mai 1952. (1952) Sammlung der eidgenössischen Gesetze. Amtliche Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen (Bd. 1952). Bern: Stämpfli & Cie.
- Bundesratsbeschluss über die Änderung des Reglements über die Ausrichtung von Bundesbeiträgen an Kantone und Gemeinden für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 6. Mai 1960, AS 1960 458. .
- Bundesratsbeschluss über die Anwendung des Bundesgesetzes betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien auf andere übertragbare Krankheiten vom 22. April 1947, BS 4 348.
- Bundesratsbeschluss über die Anzeigepflicht für übertragbare Krankheiten vom 20. April 1943, AS 59 337.
- Bundesratsbeschluss über die Bundesbeiträge an Untersuchungen über die Immunität und an die Impfungen gegen Kinderlähmung vom 21. Dezember 1956. (1956). (Vol. 55). Bern: Stämpfli & Cie.
- Bundesratsbeschluss über die Ergänzung des Bundesratsbeschlusses über die Anzeigepflicht für übertragbare Krankheiten vom 21. Januar 1947, AS 63 40.
- Burckhardt, H.-A. (1919). Die Heine-Medinsche Krankheit in Basel und seiner Umgebung. (Dissertation), Universität Basel, Basel.
- Bürli, A. Strasser, U. & Stein, A.-D. (2009). Integration und Inklusion aus internationaler Sicht. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Quellenverzeichnis

- Bütler, M. & Gentinetta, K. (2007). Die IV- Eine Krankengeschichte. Wie falsche Anreize, viele Akteure und hohe Ansprüche aus der Invalidenversicherung einen Patienten gemacht haben (A. Suisse, Hrsg.). Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- c. (1937, 1. Juni). Genossenschaft Jugendbad und Erholungsheim "Giuvaulta". Neue Zürcher Zeitung, 984, Mittagaussgabe, Blatt 4.
- Caratsch, R. (1955, 13. April). Die Versuche zur Bekämpfung der Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 964, Abendaussgabe, Blatt 8.
- Charrière de Sévery, W. & Cart, F. (1920). Rapport du comité pour l'exercice 1919. Hospice orthopédique. Rapport générale du comité sur l'exercice de 1919, 3–5.
- Collier, L. Kellam, P. & Oxfod, J. (2011). Human virology (4. Auflage). New York: Oxfod University Press Inc.
- Crawford, D. H. (2000). The invisible Enemy. A natural history of viruses. New York: Oxfod University Press.
- Criblez, L. & Huber, C. (2008). Der Bildungsartikel der Bundesverfassung von 1874 und die Diskussion über den eidgenössischen "Schulvogt". In: L. Criblez (Hrsg.), Bildungsraum Schweiz. Historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen (S. 87–129). Bern: Haupt.
- Dail, C. W. (1951). "Glossopharyngeal Breathing" by paralyzed patients. A preliminary report. California Medicine, 75(3), 217–218.
- Däniker, A. (1951). Schulung invalider Kinder. Grundsätzliches und Fragestellung. Schweizerische Lehrerzeitung, 96(14/15), 277–280.
- Däpp, W. (1991, 28. März). Was es heisst, 30 Jahre Insepatient zu sein. Der Bund, 73, S. 25.
- Debré, R. (1953). Einleitung (J. Untereiner & E. Edlinger, Trans.). In: S. Thieffry (Hrsg.), Die Poliomyelitis (für die deutsche Ausgabe erweiterte und bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dederich, M. (2007). Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld: transcript Verlag.
- Degen, B. (2006). Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates. In: Schweizerisches Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialversicherungen (S. 17–48). Zürich: Chronos Verlag.
- Département de l'Intérieur & Département de l'Instruction publique et des Cultes. (1956). Appel au Corps enseignant de Canton de Vaud. Educateur et Bulletin corporatif, 92(38), 837.
- Desarzens, P. (1954). La motorisation pour les Infirmes est-elle une nécessité? Pro Infirmis, 13(5), 148–153.
- Desiderato, S. Lengwiler, U. & Rothenbühler, V. (2008). Zwischen Professionalität und politischem Kräfteressen. Jugendhilfe. Kanton Zürich. 1918–2008. Zürich: Lehrmittelverlag des Kantons Zürich.
- DIMDI (Hrsg.). (2005). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH.
- Direktion des Gesundheitsamtes des Kantons Zürich. (1936, 8. Juli). Die Behörden zu Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1180, Mittagaussgabe, Blatt 3.
- Direktion des Gesundheitswesens des Kanton Zürich. (1944). Reglement über den Schulausschluss bei übertragbaren Krankheiten. Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1944(23), 262–264.
- Dorizzi-Mahler, N. (1993). Unten brennt's und oben lodert's (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

- Drexler, J. F. Grard, G. Lukashev, A. N. Kozlovskaya, L. I. Böttcher, S. Uslu, G. Reimerink, J. Gmyl, A. P. Taty-Taty, R. Lekana-Douki, S. E. Nkoghe, D. Eis-Hübinger, A. M. Diedrich, S. Koopmans, M. Leroy, E. M. & Drosten, C. (2014). Robustness against serum neutralization of a poliovirus type 1 from a lethal epidemic of poliomyelitis in the Republic of Congo in 2010. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(35), 12889–12894. doi: 10.1073/pnas.1323502111
- Drinker, P. & McKahnn, C. F. (1929). The use of a new apparatus for prolonged administration of artificial respiration. *The Journal of the American Medical Association*, 92(20), 1658–1660.
- Drinker, P. & Shaw, L., A. (1929). An apparatus for the prolonged administration of artificial respiration. *The Journal of clinical investigation*, 7(2), 229–247.
- Droysen, J. G. & Leyh, P. (1977). *Historik. Historisch-kritische Ausgabe*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Durrheim, D. N. & Adams, A. (2016). Polio eradication: no time for complacency. *International Health*, 8(4), 231–232.
- Dworetzky, M. Cohen, S. & Mullin, D. (2003). Prometheus in Gloucestershire: Edward Jenner, 1749–1823. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 112(4), 810–814.
- Eggers, H. J. (2002). History of Poliomyelitis and Poliomyelitis Research. In: B. L. Semler & E. Wimmer (Hrsg). *Molecular Biology of Picornaviruses* (S. 3–14). Washington: ASM Press.
- Eichel, N. (1951). *Die Wirkung der Eisernen Lunge bei Poliomyelitis*. (Dissertation), Universität Zürich, Zürich.
- Eichhorst, H. (1910). Ueber Poliomyelo-encephalitis acuta infectiosa. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1910(20), 633–645.
- Eichner, M. Hader, K. P. & Dietz, K. (1996). Stochastic Models for the Eradication of Poliomyelitis: minimum Population Size for Polio Virus Persistence. In: V. Isham & G. Medley (Hrsg). *Models for Infectious Diseases. Their Structure and Reaction to Data* (S. 315–327). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung. (1956). Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung vom 30. November 1956. Bern: o.V.
- Eidgenössisches Gesundheitsamt. (1936, 10. Juli). Stadt Zürich. Kleine Mitteilungen. Zu den Gerüchten über die Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 1192, Mittagausgabe, Blatt 3.
- Eidgenössisches Gesundheitsamt. (1954, 9. Juli). Die Bekämpfung der Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 1700, Abendausgabe, Blatt 7.
- Eidgenössisches Gesundheitsamt. (1960). Schutzimpfungen gegen Kinderlähmung mit lebenden abgeschwächten Viren. *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1960(45), 281–282.
- Eidgenössisches Gesundheitsamt. (1961). Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung. *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1961(42), 257–258.
- Eidgenössisches Gesundheitsamt Fanconi, G. Frey, W. Glanzmann, E. & Alder, A. (1937). Kinderlähmung (Poliomyelitis, Heine-Medin'sche Krankheit). *Merkblatt für Aerzte. Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1937(30), 268–270.
- Ellger-Rüttgardt, S. (2008). *Geschichte der Sonderpädagogik*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ellger-Rüttgardt, S. (2012). Vom Sinn der Geschichte. *Methodologische Zugänge sonderpädagogischer Historiografie. Zeitschrift für Heilpädagogik*, 63(3), 106–112.

Quellenverzeichnis

- Ellger-Rüttgardt, S. (2016). Historiographie. In: M. Dederich, I. Beck, U. Bleidick & G. Antor (Hrsg.). Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis (3., erweiterte und überarbeitete Aufl., S. 52–59). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erdélyi, A. Schmidtke, H.-P. & Sehrbrock, P. (2012). International vergleichende Heil- und Sonderpädagogik weltweit : Grundlagen, Migration, "Dritte Welt", Europa. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Fanconi, G. (1937). Aertzlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 64. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1936 (S. 6–9). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1938). Aertzlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 65. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1937 (S. 10–13). Zürich Berichthaus.
- Fanconi, G. (1942). Aertzlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 69. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1941 (S. 5–7). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1943). Aertzlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 70. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1942 (S. 5–8). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1944). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 71. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1943 (S. 9–12). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1945). Die Poliomyelitis und ihre Grenzgebiete. Basel: Benno Schwabe & Co.
- Fanconi, G. (1946). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 73. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1945 (S. 8–12). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1947a). Ärztliche Statistik. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 74. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1946 (S. 10–11). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1947b). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 74. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1946 (S. 8–9). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1948). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 75. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1947 (S. 10–11). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1950). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 77. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1949 (S. 9–11). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1951). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 78. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1950 (S. 7–11). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1953). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 80. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1952 (S. 9–12). Zürich: Berichthaus.
- Fanconi, G. (1957). Die Geschichte der Poliomyelitis wie ich sie erlebt habe (1920 bis 1957). *Médecine et Hygiène*, 15(Sonderdruck).
- Fanconi, G. (1958a) Die spinale Kinderlähmung. Neujahrsblatt herausgegeben von der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich. Zürich: Kommissionsverlag Gebrüder Fretz AG.
- Fanconi, G. (1958b). XIII. Versicherung gegen die Kinderlähmung in der Schweiz. In: G. Fanconi (Hrsg.), *Die spinale Kinderlähmung* (S. 63–64). Zürich: Kommissionsverlag Gebrüder Fretz AG.
- Fanconi, G. & Zellweger, H. (1949). Kinderlähmung. Wesen, Vorbeugung und Behandlung der Kinderlähmung. *Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit*(7/8), 123–127.
- Feer, E. (1937). Bericht des Komitees. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 64. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1936 (S. 3–5). Zürich: Berichthaus.
- Feer, E. (1938). Bericht des Komitees. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 65. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1937 (S. 3–9). Zürich: Berichthaus.
- Feer, E. (1943). Bericht des Komitees. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 70. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1942 (S. 1–4). Zürich: Berichthaus.

- Ferrini, A. M. (1992). Ernährung als Teil des Erziehungsprogrammes des Ospizio per bambini gracili von Soerngo (1922–1929). (Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit), Universität Basel.
- Fleury, C. (1963). Poliomyélite et vaccination en Suisse en 1962. Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1963(Beilage B, Nr. 5), 173–177.
- Flück, E. (1949). Die Kinderlähmung und ihre Folgen für den Erkrankten und seine Umwelt. Ein Beitrag zur Frage der Krankheitsinvaliden. (unveröffentlichte Diplomarbeit), Soziale Frauenschule Zürich.
- Fracheboud, V. (2015). L'introduction de l'assurance invalidité en Suisse (1944–1960): tensions au coeur de l'état social. Lausanne: Editions Antipodes.
- Franchillon, M. R. (1965). Über die Notwendigkeit eines Wohn- und Arbeitsheimes. In: Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1964 (S. 3–6). Zürich: Berichthaus.
- Freisinnige Partei Zürich. (1955, 1. Februar). Öffentliche Veranstaltung. Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 279, Morgenausgabe, Blatt 1.
- Frey, H. (1949). Kinderlähmung und Fürsorge. Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit(7/8), 130–135.
- Frick, A. (1955). Bericht des Komitees. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 82. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1954 (S. 1–3). Zürich: Berichthaus.
- Frick, A. (1957). Bericht des Komitees. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 84. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1956 (S. 1–2). Zürich: Berichthaus.
- Friderich, J. (1957). Eine Kinderärztin. Schweizerische Lehrerzeitung: Sonderheft Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule, 102(23), 665–666.
- Friderich, J. (1958). Die Behandlung der Poliomyelitispatienten in der Aussenstation des Kinderspitals in Affoltern am Albis. In: G. Fanconi (Hrsg.), Die spinale Kinderlähmung (S. 50–53). Zürich: Kommissionsverlag Gebrüder Fretz AG.
- Fritz, H. (1957). Geschichtlicher Überblick über die Behandlung der Poliomyelitis anterior acuta im akuten Stadium. (Dissertation), Universität Zürich, Zürich.
- Fuchs-Heinritz, W. (2005). Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden (H. Abels, W. Fuchs-Heinritz, W. Jäger & U. Schimank, Hrsg. 3., überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fürsorgestelle Pro Infirmis Aargau. (1945). Wie wird geholfen? / Notre façon d'aider! Pro Infirmis, 5(2), 51–54.
- Gerber, M. (1962). Die Eingliederung Poliomyelitis-Behinderter im Kanton Bern. (unveröffentlichte Diplomarbeit), Ecole d'Etude Sociales de Genève.
- Germann, U. (2008). "Eingliederung vor Rente". Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung. Schweizerische Zeitschrift für Geschichte, 58(2), 178–197.
- Germann, U. (2010). Integration durch Arbeit: Behindertenpolitik und die Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates 1900–1960. In: E. Bösl, A. Klein & A. Waldschmidt (Hrsg.). Disability History. Konstruktion von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (S. 151–168). Bielefeld: transcript Verlag.
- Glanzmann, E. (1938). Ärztlicher Bericht. In: Jenner Kinderspital (Hrsg.), Jahresbericht des Jenner Kinderspitals in Bern pro 1935/1937 (S. 3–9). Bern: Buchdruckerei Bächler & Co.
- Glanzmann, E. (1948). Bericht des Chefarztes. In: Jenner Kinderspital (Hrsg.), Jenner-Kinderspital Bern, Jahresbericht 1947 (S. 7–9). Bern: Bächler & Co.

Quellenverzeichnis

- Glanzmann, E. (1956). Bericht des Chefarztes für die Jahre 1954 und 1955 In: Jenner Kinderspital (Hrsg.), Jenner-Kinderspital Bern, Jahresbericht 1954/1955 (S. 8–12). Bern: Stämpfli & Cie.
- Gosert, R. & Hirsch, H. H. (2015). Überwachung der Poliomyelitis in der Schweiz. *Swiss medical forum – Schweizerisches Medizin-Forum* 15(9), 201–205.
- Graf, E. O. Renggli, C. & Weisser, J. (2011). PULS - DruckSache aus der Behindertenbewegung: Materialien für die Wiederaneignung einer Geschichte. Zürich: Chronos.
- Grossgebauer, L. (1997). Eine kurze Geschichte der Mikroben: Urahen, Baumeister, Giftpfeile. München: Verlag für angewandte Wissenschaften.
- Grumbach, A. (1936, 10. Juli). Die epidemische Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 1196, Abendausgabe, Blatt 7.
- Grunder, H.-U. (2005). Ferienkolonien. In: M. Jorio & Stiftung Historisches Lexikon der Schweiz (Hrsg.). *Historisches Lexikon der Schweiz*. Band 4 (S. 476). Basel: Schwabe.
- Guggenbühl, V. (1962). Schulunterricht mit gelähmten Kindern. *Schweizerische Lehrerinnenzeitung*, 66(6), 153–155.
- Gulland, A. (2012). Polio vaccination worker is shot and killed in Pakistan. *The British Medical Journal*, 345, e5061.
- H.G. (1937, 27. April). Aus den Ferienkolonien der Stadt Zürich. *Neue Zürcher Zeitung*, 751, Morgenausgabe, Blatt 4.
- Hachenberg, T. & Pfeiffer, B. (2002). Folge 15: Beatmung, Tracheotomie und prolongierte Intubation. In: P. Lawin, H. W. Opderbecke & H.-P. Schuster (Hrsg.). *Die Intensivmedizin in Deutschland. Geschichte und Entwicklung* (S. 144–155). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hagenbach, E. (1910). Ueber Poliomyelitis epidemica in der Schweiz (Heine-Medin). *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1910(36), 1218–1227.
- Hähner-Rombach, S. (2000). *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*. Stuttgart: Franz Steiner
- Hansen, G. (2006). Beeinträchtigung der körperlichen und motorischen Entwicklung. In: G. Hansen & R. Stein (Hrsg.). *Kompendium Sonderpädagogik* (S. 68–81). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hansen, G. (2008). Theoretische Neuorientierung. Die neuere Geschichte der Körperbehindertenpädagogik. In: S. Jennessen (Hrsg.), *Leben geht weiter. Neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf* (S. 11–27). Weinheim: Juventa.
- Hansjakob, H. (1875). *Herimann, der Lahme von der Reichenau. Sein Leben und seine Wissenschaft*. Mainz: Verlag Franz Kirchheim.
- Hart, K. (1956, 20. November). Kantone. Obwalden. Impfungen gegen die Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 3297, Morgenausgabe, Blatt 4.
- Hartmann, M. (1939). Die Schulen der Stadt Zürich in ihrer geschichtlichen Entwicklung. In: Schulamt der Stadt Zürich (Hrsg.), *Die stadtzürcherischen Schulen und ihre Fürsorgeeinrichtungen*. Festschrift (S. 11–22). Zürich: Schulamt der Stadt Zürich.
- Häsler, A. A. (1982). *Stark für die Schwachen. 55 Jahre gelebte Zeitgeschichte: Der Schweizerische Beobachter*. Glattbrugg: Verlagsgesellschaft Beobachter AG.
- Hedderich, I. (2006). *Einführung in die Körperbehindertenpädagogik* (2., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl.). München: Reinhardt.
- Hedderich, I. (2016). Teilhabe und Vielfalt: Herausforderungen einer Weltgesellschaft – Eine Einführung im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention. In: I. Hedderich & R.

- Zahnd (Hrsg.). Teilhabe und Vielfalt: Herausforderungen einer Weltgesellschaft. Beiträge zur Internationalen Heil- und Sonderpädagogik (S. 17–29). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Hedderich, I. Biewer, G. Hollenweger, J. & Markowetz, R. (Hrsg.). (2016). Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hedderich, I. Egloff, B. & Raphael, Z. (2015). Biografie, Partizipation, Behinderung. Theoretische Grundlagen und eine partizipative Forschungsstudie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hensler, M. (2004). Das Singen der Erde. Mein Leben mit Kinderlähmung. Freiburg: Paulusverlag.
- Hess-Klein, C. (2016). Inklusion und Umsetzung der UNO-BRK. In: I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger & R. Markowetz (Hrsg.). Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik (S. 601–607). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hillenbrand, C. (2008). Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen (4., überarbeitete Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hofmann, F. & Tiller, F. W. (2012). Praktische Infektiologie. Erreger, Diagnose, Therapie, Prävention (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Heidelberg: ecomed.
- Hottinger, A. (1962). Zur Geschichte des Kinderspital Basel. In: R. Heusler-Hoffmann (Hrsg.), 100 Jahre Kinderspital in Basel 1862–1962 (S. 17–67). Basel: Werner & Bischoff AG.
- Hoyningen-Süess, U. (1992). Sonderpädagogik als Wissenschaft. Heinrich Hanselmanns Theorie der Sonderpädagogik. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Huggler-Gloor, H. (1984). An zwei Stöcken durchs Leben: 60 Jahre Kinderlähmung. Meiringen: Eigenverlag.
- Hugli, J. (1976). Aperçu historique. In: Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande (Hrsg.), Centième anniversaire de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande : 1876–1976 (S. 7–62). Lausanne: Presses Centrales.
- Huonker, T. (2003). Diagnose: "moralisch defekt". Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890–1970. Zürich: Orell Füssli verlag AG.
- Lloyd, B. (2010). Polio Oral History Project. Verfügbar unter: www.hum.utah.edu/am-west/?pageId=4938
- Imhoof, W. (1955, 13. April). Der Impfstoff Salks gegen die Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 960, Mittagaussgabe, Blatt 5.
- Interpellation Bachmann. (1957, 13. März). Einfuhr von Salk-Impfstoff. Amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat (10. Sitzung), 228–237. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Jantzen, W. (1974). Sozialisation und Behinderung: Studien zu sozialwissenschaftlichen Grundfragen der Behindertenpädagogik. Giessen: Focus Verlag.
- Jenzer, S. (2014). Die "Dirne", der Bürger und der Staat : Private Erziehungsheime für junge Frauen und die Anfänge des Sozialstaates in der Deutschschweiz, 1870er bis 1940er Jahre. Köln: Böhlau Verlag.
- Jollos, N. (1960, 12. Juli). Pro Infirmis. Delegiertenversammlung in Frauenfeld. Neue Zürcher Zeitung, 2387, Mittagaussgabe, Blatt 6.
- Jordan, S. (2013). Theorien und Methoden der Geschichtswissenschaft. Orientierung Geschichte (2., aktualisierte Aufl.). Paderborn: Schöningh.
- Jordan, S. (2016). Theorien und Methoden der Geschichtswissenschaft (3., aktualisierte Aufl.). Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Quellenverzeichnis

- Josef, K. (1967). Geschichte der Heilpädagogik. In: H. Jussen (Hrsg.), Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe (S. 44–80). München: Kösel-Verlag.
- Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule. (1957, 7. Juni): Schweizerische Lehrerzeitung (Pädologie Sonderheft Nr. 23).
- Julia, J. F. (1942). Contribution à l'étude de la Poliomyélite. (Dissertation), Université de Lausanne, Lausanne.
- Juon, P. (1953, 13. Oktober). Pro-Juventute-Regionalkonferenz. Neue Zürcher Zeitung, 2376, Morgenausgabe, Blatt 2.
- Kady, F. (1957). Eine Heilgymnastin. Schweizerische Lehrerzeitung; Sonderheft Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule, 102(23), 666–667.
- Kahn, T. Abbasi, B. H. Khan, M. A. & Nadhman, A. (2016). Why is Pakistan a threat to "The Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–2018"? A look into the past decade. International Journal of Infectious Diseases, 42, 4–6.
- Kamieniecki, P. (1932). La Poliomyélite antérieure aiguë. Recherches sur l'épidémie observée à Genève en 1931. (Dissertation), Université de Genève, Genève.
- Kanton Zürich. (1953). Reglement über den Schulausschluss bei übertragbaren Krankheiten. Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1953(A–4), 82–83.
- Kantonales Gesundheitsamt Wallis. (1949, 9. September). Kantone. Wallis. Neue Zürcher Zeitung, 1821, Morgenausgabe, Blatt 1.
- Kesselring, H. & Tobler-Weber, A. (1913). Tit.! In: Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1912 (S. 1–8). Zürich: Berichthaus.
- Kesselring, H. & Tobler-Weber, A. (1914). Tit.! In: Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1913 (S. 1–10). Zürich: Berichthaus.
- Kesser, A. (1936, 25. Juli). Lokales. Zürcher Ferienkolonien. Neue Zürcher Zeitung, 1280, Morgenausgabe, Blatt 2.
- Kinoprogramm. (1955, 13. Mai). Dr. Salk siegt über die Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1269, Morgenausgabe, Blatt 1.
- Koch, F. & Koch, G. (1985). The Molecular Biology of Poliovirus. Wien: Springer Verlag.
- Konkordat der schweizerischen Krankenkassen. (1957, 12. April). Die Sammlung für Kinderlähmungs-Heilstätten. Das Ergebnis der Krankenkassenaktion. Neue Zürcher Zeitung, 1061, Mittagaussgabe, Blatt 6.
- Korr. (1957, 5. August). Kleine Mitteilungen, Kinderlähmung in Schönenwerd. Neue Zürcher Zeitung, 2225, Morgenausgabe, Blatt 3.
- Kreisschreiben der Direktion des Gesundheitswesens an die Aerzte des Kantons über die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung vom 18. August 1931. (1931). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1931(36), 386–387.
- Kreisschreiben der kantonalen Sanitätsdirektion an die Herren Aerztr betr. die obligatorische Anzeige der Fälle von akuter Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta) vom 20. Juli 1911. (1911). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1911(36), 569–570.
- Kreisschreiben der Sanitätskommission des Kantons St. Gallen an die Amtsärzte und Aerzte desselben betreffend die Anzeige von Kinderlähmung vom 28. Dezember 1913. (1914). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1914(3), 48.
- Kreisschreiben der städtischen Polizeidirektion an die in der Stadt Luzern praktizierenden Aerzte betr. Massnahmen gegen die Poliomyelitis acuta vom 5. September 1923. (1923). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1923(37), 346.

- Kreisschreiben des eidg. Departements des Innern an die kantonalen Sanitätsbehörden betr. Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 8. September 1921. (1921). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1921(36), 309–312.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Departements des Innern an die kantonalen Regierungen betreffend Unterstellung der Kinderlähmung unter das eidgenössische Epidemiegesetz vom 7. Januar 1938. (1938). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1938(2), 12–14.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Departements des Innern an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend die epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) vom 30. September 1927. (1927). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1927(43), 404.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) vom 3. September 1935. (1935). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1935(37), 293–294.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Neuordnung der Anzeigepflicht für ansteckende Krankheiten vom 10. Januar 1924. (1924). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1924(3), 21–22.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Poliomyelitis vom 9. Juli 1936. (1936). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1936(28), 246–251.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Poliomyelitis vom 14. Juli 1930. (1930). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1930(29), 295–296.
- Kreisschreiben des eidgenössischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Poliomyelitis vom 16. August 1930. (1930). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1930(34), 337–339.
- Kreisschreiben des schweizerischen Gesundheitsamtes an die kantonalen Sanitätsbehörden betreffend Einführung der Anzeigepflicht für die Erkrankungen an Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta) vom 2. Dezember 1913. (1913). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1913(30. November bis 6. Dezember), 777.
- Kreisschreiben des schweizerischen Volkswirtschaftsdepartements an sämtliche Kantonsregierungen betreffend Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Epidemien vom 1. Juli 1915. (1915). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1915(25), 295–303.
- Kron, F., W. (1999). *Wissenschaftstheorie für Pädagogen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kronenberg, B. (2014). Von den Spitalschulen hin zur Schulung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 20(9), 1.
- Kröner, C. & Koletzko, B. (2010). Infektionskrankheiten. In: C. Kröner & B. Koletzko (Hrsg.). *Basiswissen Pädiatrie* (S. 106–140). Berlin: Springer
- Kunz, H. (1981). *50 Jahre Schulheim Kronbühl*. Kronbühl: Eigenverlag.
- Labisch, A. (2005). "Skandalisierte Krankheiten" und "echte Killer" - zur Wahrnehmung von Krankheiten in Presse und Öffentlichkeit. In: M. Anděl, D. Brandes, A. Labisch, J. Pešek & R. Thomas (Hrsg.). *Propaganda, (Selbst-)Zensur, Sensation. Grenzen von Presse- und Wissenschaftsfreiheit in Deutschland und Tschechien seit 1871* (S. 273–289). Essen: Klartext Verlag.
- Landsteiner, K. & Popper, E. (1909). Übertragung der Poliomyelitis acuta auf Affen. *Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie*, 2, 377–390.

Quellenverzeichnis

- Lassen, H. C. A. (1954). The Epidemic of Poliomyelitis in Copenhagen, 1952. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 47(1), 67–71.
- Lawin, P. (2002). Die geschichtliche Entwicklung der Intensivmedizin in Deutschland. Zeitgenössische Betrachtungen. Folge 1: erste (allgemeine) Entwicklungstendenzen. In: P. Lawin, H. W. Opderbecke & H.-P. Schuster (Hrsg.). Die Intensivmedizin in Deutschland. Geschichte und Entwicklung (S. 1–10). Berlin: Springer-Verlag.
- Le Coeur, P. (1953). Orthopädie der Poliomyelitis. Einführung. In: S. Thieffry (Hrsg.), Die Poliomyelitis (S. 185–187). Bern: Verlag Hans Huber.
- Le Grand, E. (1958). Kinderlähmungsversicherung des Schweizerischen Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung. In: G. Fanconi (Hrsg.), Die spinale Kinderlähmung (S. 64–65). Zürich Kommissionsverlag Gebrüder Fretz AG.
- Lehmann, T. (2012). Das Post-Polio-Syndrom. Die Spätfolgen der Poliomyelitis. Bern: Eigenverlag.
- Leimgruber, O. (1935, 30. August). Massnahmen zur Verhütung des Einschleppens der Kinderlähmung aus Deutschland. Protokoll der 68. Sitzung des schweizerischen Bundesrates, 354 (Beschlussprotokoll 27.08.–30.08.1935), 1502. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Leimgruber, O. (1936, 6. November). Kleine Anfrage Müri, vom 21. September 1936. Protokolle der 93. Sitzung des schweizerischen Bundesrates, 361 (Beschlussprotokoll 03.11.–06.11.1936), 1805. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Lengwiler, M. & Rothenbühler, V. (2004). Macht und Ohnmacht der Ärztesgesellschaft. Geschichte des Zürcher Ärztesverbandes im 20. Jahrhundert. Zürich: Chronos Verlag.
- Leonhardt, A. Müller, K. & Truckenbrodt, T. (2015). Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Umsetzung: Beiträge zur interkulturellen und international vergleichenden Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Leu, F. (2006). Das Inselspital: Geschichte des Universitätsspitals Bern 1954–2004. Thun-Gwatt: Weber Verlag.
- Littmann, M. Hülße, C. Lafrenz, M. & Hallauer, M. (2011). Infektionskrankheiten. Meldepflicht/ Epidemiologie/ Klinik/ Labordiagnostik/ Therapie/ Prävention (4. Aufl.). Wiesbaden: mhp-Verlag GmbH.
- Lüthy, A. (1990). Einflüsse der Invalidenversicherung auf die heilpädagogischen Arbeitsfelder. In: D. Raemy, M. Eberhard & E. Schweizer (Hrsg.). Heilpädagogik im Wandel der Zeit (S. 55–58). Luzern: Edition SZH.
- M.B. (1936, 9. Juli). Mitteilungen aus dem Publikum. Widersprüche in der Stellungnahme der Behörden zur Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1189, Abendausgabe, Blatt 7.
- Mäder, H. (1945). Wann Anstaltserziehung? Schweizer Schule (Sondernummer), 32(2), 33–37.
- Maerki, H. (1947). Das Prinzip des obligatorischen unentgeltlichen und genügenden Primarunterrichts gemäss Artikel 27 der schweizerischen Bundesverfassung. (Dissertation), Universität Zürich, Wimmis.
- Manz, K. (2008). Schulsystem im Wandel. In: D. Tröhler & U. Hardegger (Hrsg.). ZUKUNFT BILDEN. Die Geschichte der modernen Zürcher Volksschule (S. 27–38). Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Margot, S. (1952). Les enfants atteints dans leur motilité jouissent-ils d'une instruction scolaire suffisante? Pro Infirmis, 10(12), 372–375.
- Maurer, W. (1960). Die Versicherung der Poliomyelitis-Invalidität in der Schweiz. Pro Infirmis, 4(Separatdruck).

- Meili, R. (1951). Schulung Gebrechlicher durch Fernunterricht. *Schweizerische Lehrerzeitung*, 96(14/15), 285–287.
- Melnick, J. L. (1988). The Picarnoviuses. In: F. Fenner & A. Gibbs (Hrsg.). *Portraits of Viruses. A History of Virology* (S. 147–188). Basel: Karger.
- Mensching, H. (1957). Die Lehrerin der orthopädischen Klinik Balgrist. *Schweizerische Lehrerzeitung: Sonderheft Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule*, 102(23), 667–669.
- Merkens, L. (1974). *Fürsorge und Erziehungsarbeit bei Körperbehinderten in Deutschland bis zum preußischen Krüppelfürsorgegesetz 1920 mit Ausblick auf die gegenwärtige Situation. Eine historische Grundlegung zur Körperbehindertenpädagogik.* (Dissertation), Pädagogische Hochschule Rheinland, Köln.
- Merkens, L. (1981). *Fürsorge und Erziehung bei Körperbehinderten: eine historische Grundlegung zur Körperbehindertenpädagogik bis 1920.* Berlin: Marhold.
- Metzler, I. (2006). *Disability in Medieval Europe. Thinking about physical impairment during the high Middle Ages, c. 110–1400.* London: Routledge.
- Metzler, I. (2013). *A social history of disability in the Middle Ages. Cultural considerations of physical impairment.* New York: Routledge.
- Meyer, C. (2005). *Das Unternehmen NZZ 1780–2005.* Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Meylan, G.-F. (1929). *Statistique.* In: *Hospice orthopédique* (Hrsg.), *Rapport sur l'exercice de 1928* (S. 3–5). Lausanne: Imprimeries réunies.
- Meylan, G.-F. (1931). *Rapport du Conseil d'administration sur l'exercice de 1930.* In: *Hospice orthopédique* (Hrsg.), *Rapport sur l'exercice de 1930* (S. 3–5). Lausanne: Imprimeries réunies.
- Mitg. (1954, 8. April). Die Kinderlähmungsversicherung der Krankenkassen. *Neue Zürcher Zeitung*, 848, Abendausgabe, Blatt 8.
- Möckel, A. (2007). *Geschichte der Heilpädagogik* (2., völlig überarb. Neuaufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Moggi, C. (1997). *Trotz Allem Ein Normales Leben: Autobiografische Geschichte.* Basel: GS-Verlag.
- Monnet, V. (2015). *Une histoire de la poliomyélite en Suisse.* (unveröffentlichte Master-Thesis), Université de Lausanne.
- Morger, R. (2000). *Geschichte des Bad Sonder. Von der Lungenliga St. Gallen zum Verein Bad Sonder.* In: *Bad Sonder* (Hrsg.), *St. Gallische Kinderheilstätte Bad Sonder 9053 Teufen, Sonderschule.* Teufen: Eigenverlag.
- Moyen, C. (1936, 26. Juli). *Kantone. Thurgau. Frauenfeld.* *Neue Zürcher Zeitung*, 1285, 2. Sonntagsausgabe, Blatt 5.
- Musenberg, O. (2003). Der "Krüppelpädagoge" Hans Würtz (1875–1958). Ein umstrittener Protagonist der Körperbehindertenpädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 54(6), 240–246.
- Mützel, H. & Brunner, F. (1947). Bericht der Berufsberatungs- und Fürsorgestelle 1945. In: *Anstalt Balgrist* (Hrsg.), *Bericht und Rechnung über das Jahr 1946* (S. 14–17). Zürich: Berichthaus.
- Nabarra. (1948). Ferientausch und Korrespondenzpartner. *Schweizerische Lehrerzeitung*, 93(23), 465.
- Nathanson, N. & Kew, O. M. (2010). From Emergence to Eradication: The Epidemiology of Poliomyelitis Deconstructed. *American Journal of Epidemiology*, 172(11), 1213–1229. doi: 10.1093/aje/kwq320

Quellenverzeichnis

- Nicod, L. (1976). 100 ans d'orthopédie. In: Hôpital orthopédique de la Suisse romande (Hrsg.), Centième anniversaire de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande : 1876–1976 (S. 63–114). Lausanne: Presses centrales.
- Nicod, P. (1915). Rapport médical. In: Hospice orthopédique (Hrsg.), Rapport général du comité sur l'exercice de 1914 (S. 5–7). Lausanne: Imprimeries réunies.
- Niggebrügge, H. C. (2011). Die Geschichte der Beatmung – Analyse und Neubewertung am Beispiel der Geschichte des "Pulmotor" Notfallbeatmungs- und Wiederbelebungsgeräts der Lübecker Drägerwerke. (Dissertation), Universität Lübeck, Lübeck.
- Noll, A. (1985). Sickingers System der Klassen für förderungsbedürftige Schüler in der Schweiz. Eine schulhistorische Studie. (Dissertation), Universität Zürich, Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- o.V. (1908). Das Orthopädische Institut von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess. In: Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege (Hrsg.), Jugendfürsorge. Bericht über den 1. schweizerischen Informationskurs in Jugendfürsorge. 31. August bis 12. September 1908 in Zürich (S. 733). Zürich: Zürcher & Furrer.
- o.V. (1914, 4. Juli). Lokales. Vom Kinderspital. Neue Zürcher Zeitung, 1026, 2. Morgenblatt.
- o.V. (1929, 28. November). Kleine Mitteilungen. Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 2314, Mittagaussgabe, Blatt 6.
- o.V. (1935, 30. August). Eidgenossenschaft. Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1503, Abendaussgabe, Blatt 5.
- o.V. (1936a, 11. Juli). Eidgenössisches Turnfest in Winterthur. Neue Zürcher Zeitung, 1199, Morgenausgabe, Blatt 3.
- o.V. (1936b, 10. September). Kantone. Schaffhausen. . Neue Zürcher Zeitung, 1548, Abendaussgabe, Blatt 5.
- o.V. (1936c, 6. Juli). Lokales. Gerüchte und Tatsachen. Neue Zürcher Zeitung, 1166, Morgenausgabe, Blatt 2.
- o.V. (1937a, 11. Mai). Handelsteil. Rhätische Bahn. Neue Zürcher Zeitung, 846, Mittagaussgabe, Blatt 3.
- o.V. (1937b). Wie ist das Verständnis der Kinder für entwicklungsgehemmte Kameraden zu fördern? . Schweizerische Lehrerzeitung (Sonderbeilage Heilpädagogik), 7(3), 586–587.
- o.V. (1946a, 10. September). Amerikanische Urlaubersperre für Zürich. Neue Zürcher Zeitung, 1612, Mittagaussgabe, Blatt 4.
- o.V. (1946b, 19. September). Zum Besuch Churchills. Neue Zürcher Zeitung, 1670, Mittagaussgabe, Blatt 4.
- o.V. (1949). Was Hilfsmassnahmen kosten. Pro Infirmis, Sondernummer(9), 271.
- o.V. (1955a, 13. April). Handelsteil. Effektenbörsen und Devisen. Neue Zürcher Zeitung, 960, Mittagaussgabe, Blatt 6.
- o.V. (1955b). Krankenstatistik. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 82. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1954 (S. 12–14). Zürich: Berichthaus.
- o.V. (1955c). Rapport du conseil d'administration sur l'exercice 1954. Hospice orthopédique de la Suisse romande. Rapport sur l'exercice de 1954, 3–5.
- o.V. (1956a). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 83. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1955 (S. 9–12). Zürich: Berichthaus.
- o.V. (1956b, 5. Juli). Schutzimpfung gegen Kinderlähmung. Schwierigkeiten bei der Impfstoffbeschaffung. Neue Zürcher Zeitung, 1921, Morgenausgabe, Blatt 1.
- o.V. (1956c, 2. September). Versicherungsleistungen bei Kinderlähmung- und Rheumaschäden. Neue Zürcher Zeitung, 2422, Sonntagsausgabe, Blatt 5.

- o.V. (1957a). Einleitung. Schweizerische Lehrerzeitung: Sonderheft Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule, 102(23), 661–662.
- o.V. (1957b, 12. April). Kantone. Zürich. Vorübergehender Mangel an Kinderlähmungsimpfstoff. Neue Zürcher Zeitung, 1068, Abendausgabe, Blatt 13.
- o.V. (1957c, 12. November). Lokale Chronik. Aufdeckung einer grossen Betrugsaffäre. Neue Zürcher Zeitung, 3258, Morgenausgabe, Blatt 4.
- o.V. (1957d, 13. November). Lokales. Einzelheiten zum Millionenbetrug in Zürich. Neue Zürcher Zeitung, 3280, Abendausgabe, Blatt 16.
- o.V. (1958, 7. November). Eine Millionenbetrügerin. Neue Zürcher Zeitung, 3262, Abendausgabe, Blatt 15.
- o.V. (1961a). Der Dienst am kranken Kinde. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 88. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1960 (S. 4–5). Zürich: Berichthaus.
- o.V. (1961b, 19. Dezember). Die Impfung gegen die Kinderlähmung im Kanton Zürich. Grosse Beteiligung. Neue Zürcher Zeitung, 4894, Mittagsausgabe, Blatt 8.
- o.V. (1961c). Dies und das aus Welt und Heim. Heim und Anstalt, 23(5), 269–289.
- o.V. (1966). Répartition des malades hospitalisés selon leur âge, domicile et origine. In: Hôpital orthopédique de la Suisse romande (Hrsg.), Rapport annuel 1965 (S. 19). Lausanne Imprimerie Centrale.
- o.V. (1978). R. Debré MD. The British Medical Journal, 1(6126), 1558. doi: 10.2307/20419405
- o.V. (2014). Geschichte des Knabenschiessens. Zugriff 11.08.2014, Verfügbar unter: www.knabenschiessen.ch/geschichte-des-knabenschiessens.html
- Ochsner, G. (1954). Invalidenfürsorge und Invalidenversicherung in der Schweiz. (Dissertation), Universität Zürich, Zürich.
- Oldstone, M., B.A. (1998). Viruses, plagues and history. New York: Oxford University Press.
- Orell Füssli-Annoncen. (1923). Lehrerfamilie. Schweizerische Lehrerzeitung, 68(6), 19.
- Orenstein, W. A. Byington, C. L. Maldonado, Y. A. Barnett, E. D. Davies, H. D. Edwards, K. M. Jackson, M. A. Maldonado, Y. A. Murray, D. L. Rathore, M. H. Sawyer, M. H. Schutze, G. E. Willoughby, R. E. & Zaoutis, T. E. (2015). Eradicating Polio: How the World's Pediatricians Can Help Stop This Crippling Illness Forever. Pediatrics, 135(1), 196–202.
- Oshinsky, D. (2005). Polio: an American story. New York: Oxford University Press.
- Oshinsky, D. (2010). Polio. In: A. W. Artenstein (Hrsg.), Vaccines. A biography (S. 207–221). New York: Springer.
- p. (1941, 21. September). Stadt Zürich. Die Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1481, Sonntagsausgabe, Blatt 5.
- Paul, J. R. (1971). A History of Poliomyelitis. New Haven: Yale University Press.
- Perl, O. (1993, Nachdruck von 1926). Krüppeltum und Gesellschaft im Wandel der Zeit. In: H.-G. Heiden, G. Simon & U. Wilken (Hrsg). Otto Perl und die Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle in der Körperbehinderten-Selbsthilfe-Bewegung (S. 79–141). Krautheim: Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.
- Perrin-Michon, A.-C. (1986). Campagnes de vaccination contre la poliomyélite en Suisse: les déterminants de la participation. (Dissertation), Universität Lausanne, Lausanne.
- Poeck, K. & Hacke, W. (2006). Neurologie (S. 452–476). Berlin Heidelberg: Springer.
- Pöhn, H. P. & Rasch, G. (1994). Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten. Vom Beginn der Aufzeichnung bis heute (Stand 31. Dezember 1989). München: Medizin Verlag.
- Portwich, P. (2011). Das Sozialversicherungssystem der Schweiz: soziale Sicherheit und Basisdemokratie. Internationale Revue Für Soziale Sicherheit, 64(1), 105–121.

Quellenverzeichnis

- Prader, A. (1963). Ärztlicher Bericht. In: Kinderspital Zürich (Hrsg.), 90. Jahresbericht. 1. Januar bis 31. Dezember 1962 (S. 6–9). Zürich: Berichthaus.
- Prader, A. (1980). Ansprache an der Abdankung vom 15. Oktober 1979 im Grossmünster in Zürich. In: A. Prader, F. Bamatter, E. Rossi & G. Fanconi (Hrsg.). In memoriam Prof. Guido Fanconi (S. 5–11). Basel: Schwabe & Co.
- Pro Infirmis. (1956). Fürsorgestellten Pro Infirmis 1935–1955. XXXXVI. Jahresbericht 1955(11), 328–329.
- pt. (1929a, 6. September). Eidgenossenschaft. Militärisches. Dislokation eines Wiederholungskurses. *Neue Zürcher Zeitung*, 1705, Morgenausgabe, Blatt 1.
- pt. (1929b, 23. November). Kleine Mitteilungen. Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 2273, Morgenausgabe, Blatt 2.
- pt. (1936a, 24. August). Kantone. Solothurn. *Neue Zürcher Zeitung*, 1533, Morgenausgabe, Blatt 2.
- pt. (1936b, 21. September). Kleine Mitteilungen. Grenzsperrung für Jugendliche. *Neue Zürcher Zeitung*, 1609, Morgenausgabe, Blatt 2.
- pt. (1936c, 10. September). Zur Verschiebung des Knabenschiessens. *Neue Zürcher Zeitung*, 1545, Morgenausgabe, Blatt 2.
- r. (1927). Kleine Mitteilungen. *Schweizerische Lehrerzeitung*, 72(45), 416.
- R.W. (1941, 8. Oktober). Kinderlähmung und behördliche Maßnahmen. *Neue Zürcher Zeitung*, 1586, Morgenausgabe, Blatt 2.
- Reglement über die Ausrichtung von Bundesbeiträgen an Kantone und Gemeinden für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 22. April 1947, BS 4 357.
- Reinhardt, V. (2014). *Geschichte der Schweiz* (5. aktualisierte Aufl.). München: C.H. Beck.
- Reisel, M. (2015). Biografieforschung in der Erziehungswissenschaft: Historie und Entwicklung. In: I. Hedderich, B. Egloff & R. Zahnd (Hrsg.). *Biografie, Partizipation, Behinderung. Theoretische Grundlagen und eine partizipative Forschungsstudie* (S. 64–75). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Richtlinien für die Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung. (1938). *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1938(28), 225–229.
- Rickenbach, W. (1930). *Das Obligatorium in der Krankenversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Schweiz*. (Dissertation), Universität Zürich, Wald.
- Rieser, R. (1987). *Ich liebe mein Leben trotz Allem*. Wädenswil: Kunstverlag Au.
- Rieser, R. (1993). *Den eigenen Weg wagen: Ruth Rieser erzählt aus ihrem Leben*. Wädenswil: Kunstverlag Au.
- Ritzmann-Blickendorfer, H. & Halbeisen, P. (1996). Löhne. In: H. Ritzmann-Blickendorfer (Hrsg.), *Historische Statistik der Schweiz* (S. 437–471). Zürich: Chronos Verlag.
- Roberts, L. (2016a). Nigeria outbreak forces rethink of polio strategies. *Science*. Verfügbar unter: [10.1126/science.aah7265](https://doi.org/10.1126/science.aah7265)
- Roberts, L. (2016b). Polio reappears in Nigeria, triggering massive response. *Science*. doi: [10.1126/science.aah7197](https://doi.org/10.1126/science.aah7197)
- Rohrer, O. (1944). *Die Fürsorge für körperlich und geistig Behinderte in der Schweiz*. (Dissertation), Universität Bern, Basel.
- Rosenthal, T. (1961). Aulus cornelius celsus: His contributions to dermatology. *Archives of Dermatology*, 84(4), 613–618. doi: [10.1001/archderm.1961.01580160077013](https://doi.org/10.1001/archderm.1961.01580160077013)
- Roy, T. Paltzer, A. & Wirsing, C. (Regie). (2006). *Seiltänzer* [DVD]. Zürich: filmcoopi
- Rundschreiben des Zürcher Hygiene-Instituts betreffend Poliomyelitis-Rekonvaleszenten-serum. (1935). *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1935(37), 296.

- S. T. (1956). Einmal eine Statistik. *Faire Face*, 16(6), 4.
- Sandmeier, F. (1960) Die berufliche Eingliederung Behinderter in der Schweiz. Zürich: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB).
- Sass, E. J. Gottfried, G. & Sorem, A. (1996). *Polio's legacy: an oral history*. Lanham: University Press of America.
- Saxer, G. (1959). Die kommende Invalidenversicherung und die Kinder. *Schweizerische Lehrerzeitung (Sonderheft für Pädologie)*, 104(11), 345–347.
- Saxer, G. (1974). *Gesammelte Schriften über Behinderung und Behindertenprobleme* (A. Saxer, Hrsg.). Bern: Benteli AG.
- Schär, M. (1958). Die Schutzimpfungen gegen Poliomyelitis in der Schweiz. *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1958(4), 101–106.
- Schär, M. (1960). Heutige Bedeutung der fortlaufenden und der Schlussdesinfektion. *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, 1960(Beilage B, Nr. 2), 40–42.
- Schenkel, R. F. (1958, 11. September). Büro-Eingliederungsstätte für Behinderte. Lochkartestation der Brunau-Stiftung. *Neue Zürcher Zeitung*, 2594, Mittagausgabe, Blatt 11.
- Scherb, R. (1937). Bericht des Anstaltsdirektors. In: *Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1936* (S. 16–22). Zürich: Berichthaus.
- Scherb, R. (1938). Zur Geschichte der Anstalt Balgrist. In: *Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1937* (S. 16–27). Zürich: Berichthaus.
- Scherb, R. (1942). Bericht des Anstaltsdirektors. In: *Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1941* (S. 16–18). Zürich: Berichthaus.
- Scherb, R. (1948). Bericht des Anstaltsdirektors. In: *Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1947* (S. 4–6). Zürich: Berichthaus.
- Scherb, R. (1949). Die orthopädische Behandlung von Kinderlähmung. *Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit (Sonderheft Kinderlähmung. Wesen, Vorbeugung und Behandlung der Kinderlähmung)*(7/8), 127–130.
- Scherpner, H. (1966). *Geschichte der Jugendfürsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlapfner, M. (1950, 17. August). Schutzmaßnahmen gegen die Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 1703, Morgenausgabe, Blatt 2.
- Schmeichel, M. (1983). Geschichtliche Determinanten für heutige Ansätze. In: H. Bach, U. Bleidick, G. Kanter, O., K. J. Klauer, O. Kröhnert & A. Reinartz (Hrsg.). *Pädagogik der Körperbehinderten*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Schmuhl, H.-W. (2013). Einführung. In: H.-W. Schmuhl & U. Winkler (Hrsg.). *Welt in der Welt. Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Perspektive der Disability History* (S. 9–20). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schriber, S. (1994). *Das heilpädagogische Seminar Zürich - eine Institutionsgeschichte*. (Dissertation), Universität Zürich, Zürich.
- Schriber, S. (2016). Vom "Krüppel" zum "Menschen mit Körperbehinderung". *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 22(5–6), 15–21.
- Schriber, S. & Wolfisberg, C. (2015). Die Behindertenrechtskonvention. Ihre Bedeutung für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21(10), 27–33.
- Schularzt Stadt Zürich. (1930, 25. August). Stadt Zürich. Zur Verhütung der Einschleppung der Kinderlähmung in die Schulen. *Neue Zürcher Zeitung*, 1642, Morgenausgabe, Blatt 1.
- Schulthess, W. & Scherb, R. (1913). Ärztlicher Bericht. In: *Anstalt Balgrist (Hrsg.), Bericht und Rechnung über das Jahr 1912* (S. 9–15). Zürich: Berichthaus.

Quellenverzeichnis

- Schumann, P. (1940). Geschichte des Taubstummwesens. Frankfurt am Main: Verlag Moritz Diesterweg.
- Schuster, H.-P. (2002). Folge 2: Strukturelle Entwicklung der internistischen Intensivmedizin. In: P. Lawin, H. W. Opperbecke & H.-P. Schuster (Hrsg). Die Intensivmedizin in Deutschland. Geschichte und Entwicklung. (S. 11–20). Berlin: Springer-Verlag.
- Schuster, V. & Kreth, H. W. (2009). Virusinfektionen. In: C. Speer, P. & M. Gahr (Hrsg). Pädiatrie (3., vollständig überarbeitete Aufl., S. 341–383). Heidelberg: Springer.
- Schweingruber, W. (1948). Die Beobachtungsstation, ein hervorragendes Mittel für die berufliche Bildung Gebrechlicher. *Pro Infirmis*, 6(7), 193–201.
- Schweizerische Kommission für Impffragen & Bundesamt für Gesundheit Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten. (1999). Neue Empfehlungen zur Poliomyelitisimpfung. *Bulletin*(43), 809–811.
- Schweizerische Vereinigung der Gelähmten. (2014a). Auf einen Schlag ist alles anders. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 5–8.
- Schweizerische Vereinigung der Gelähmten. (2014b). Die ASPr-SVG und die Heime. Pionierarbeit auch hier. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 63–67.
- Schweizerische Vereinigung der Gelähmten. (2014c). Entstehungsgeschichte. Die ASPr-SVG im Lauf der Jahrzehnte. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 25–29.
- Schweizerische Vereinigung der Gelähmten. (2014d). Entstehungsgeschichte. Die Gründung der ASPr-SVG – der 2. Weltkrieg als Geburtshelfer. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 21–23.
- Schweizerische Vereinigung der Gelähmten. (2014e). Schreibgruppen. Mehr als Worte. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 45–47.
- Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis. (1961, 8. Februar). Die neue Impfung gegen Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 450, Mittagsausgabe, Blatt 6.
- Schweizerische Vereinigung gegen die Poliomyelitis. (1971, 18. Januar). Der erfolgreiche Kampf gegen die Kinderlähmung. Auflösung der Vereinigung gegen die Poliomyelitis. *Neue Zürcher Zeitung*, 26, Morgenausgabe, Blatt 18.
- Schweizerischer Verein für krüppelhafte Kinder. (28.05.1909). Bittschreiben zur Unterstützung des Vorhabens zur Gründung einer Anstalt für krüppelhafte Kinder. Zürich, Anstalt Balgrist für krüppelhafte Kinder, 1909–1911 (S 315.114). Staatsarchiv, Zürich.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (1947, 31. August). Kleine Mitteilungen. Die Kindertransporte aus Oesterreich. *Neue Zürcher Zeitung*, 1675, Sonntagsausgabe, Blatt 1.
- Scott, A. (1990). Zellpiraten: die Geschichte der Viren-Molekül und Mikrobe. Basel: Birkhäuser Verlag.
- See, H. (1973). Die Gesellschaft und ihre Kranken oder Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Seelig, C. (1947, 20. September). Die Invaliden und wir. *Neue Zürcher Zeitung*, 1829, Morgenausgabe, Blatt 4.
- Sehrbrock, P. Erdélyi, A. & Gand, S. (2013). Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik und Inklusion: Individualität und Gemeinschaft als Prinzipien internationaler Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Seidler, E. (1988). Historische Elemente des Umgangs mit Behinderung. In: U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg). *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 3–19). Berlin: Springer-Verlag.
- Seiffert, H. (2006). Einführung in die Wissenschaftstheorie 2. Phänomenologie, Hermeneutik und historische Methode, Dialektik (11. Aufl.). München: C.H. Beck.

- Shankman, M. (1953). *Étude de la Poliomyélite dans ses premiers stades. Valeur de ses symptômes cliniques pour le dépistage des formes abortives.* (Dissertation), Université de Genève, Genève.
- Singer, P. (2015). Heterogene Schülerschaft – heterogene Bedingungen. Befunde eines empirischen Forschungsprojektes zur schulischen Inklusion im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. In: R. Lelgemann, P. Singer & C. Walter-Klose (Hrsg.). *Inklusion im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung* (S. 149–187). Stuttgart: Kohlhammer.
- Smallman-Raynor, M. & Cliff, A. (2006). *Poliomyelitis: A World Geography: Emergence to Eradication.* Oxford: Oxford University Press.
- Smith Hughes, S. (1977). *The virus: a history of the concept.* New York: Science History Publications.
- Smith, J. S. (1990). *Patenting the Sun: Polio and the Salk Vaccine.* New York: William Morrow.
- Smolinski, L. (1927). *Ueber die Poliomyelitis ant. acuta (Heine-Medin'sche Krankheit) in der Schweiz im Jahre 1923.* (Dissertation), Universität Basel, St-Louis (Haut-Rhin).
- Somerson, S. J. & Sicilia, M., R. (1992). Historical perspectives on the development and use of mechanical ventilation. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 60(1), 83–94.
- Spinner, H. (1924). *Ueber eine Anstaltsepidemie von Heine-Medinscher Krankheit.* (Dissertation), Universität Zürich, Zürich.
- Spreiter, P. (2014). Die 24 Stunden, die mein Leben verändert haben. Der 5. Oktober 1953. 75 Jahre Schweizerische Vereinigung der Gelähmten SVG, 7.
- Stadtärztlicher Dienst Zürich. (1963, 22. April). Sieg über die Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 1590, Mittagausgabe.
- Stampfli, O. (1951). Schulpolitik. In: H. Kleinert, H. Stucki, R. Dottrens, C. Günther, P. Schmid, W. Schohaus, M. Simmen & H. Stettbacher (Hrsg.). *Lexikon der Pädagogik.* In 3 Bänden. II (S. 605–697). Bern: Verlag A. Francke.
- Stephan, A. (2004). *Erinnertes Leben: Autobiographien, Memoiren und Oral-History-Interviews als historische Quellen Bd. 10. Virtuelle Fachbibliothek Osteuropa* (Hrsg.) *Digitales Handbuch zur Geschichte und Kultur Russlands und Osteuropas. Themen und Methoden.* Verfügbar unter: epub.ub.uni-muenchen.de/627/1/Stephan-Selbstzeugnisse.pdf
- Sterchi, K. (1956). *Auswirkungen der Atemlähmung bei Kinderlähmungspatienten.* (unveröffentlichte Diplomarbeit), Schule für Soziale Arbeit Zürich, Zürich.
- Strümpell, A. (1885). *Ueber die acute Encephalitis der Kinder (Polioccephalitis acuta, cerebrale Kinderlähmung).* *Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung*, 22, 173–178.
- Stück, B. (2004). *Poliomyelitiviren/ Poliomyelitis.* In: N. Suttrop, M. Mielke, W. Kiehl & B. Stück (Hrsg.). *Infektionskrankheiten* (S. 383–385). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Suter, I. (1935). *Regens-Meyer-Heim. Chirurgisch-orthopädische Kinderheilstätte in Luzern.* (unveröffentlichte Diplomarbeit), schweizerische sozial-caritative Frauenschule, Luzern.
- SVK. (2014a). *Geschichte SVK. Geschäftsbericht 2013*, 2.
- SVK. (2014b). *IV Koordination. Geschäftsbericht 2013*, 8.
- Taillard, W. (1962). *Le Service d'Orthopédie infantile.* In: R. Heusler-Hoffmann (Hrsg.), 100 Jahre Kinderspital Basel 1862–1962 (S. 125–129). Basel: Werner & Bischoff AG.
- Tanner, J. (2015). *Geschichte der Schweiz im 20. Jahrhundert.* München: Verlag C.H. Beck.

Quellenverzeichnis

- Thießen, M. (2014). Seuchen im langen 20. Jahrhundert. Perspektiven für eine europäische Sozial- und Kulturgeschichte. In: M. Thießen (Hrsg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (S. 7–28). Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Trier Mörch, E. (1990). History of Mechanical Ventilation. In: R. R. Kirby, M. J. Banner & J. B. Downs (Hrsg). *Clinical application of ventilatory support* (S. 1–61). New York: Churchill Livingstone Inc.
- Tschumi, H. (1957, 16. Dezember). Uebrige Abschnitte des Departements. Amtliches steno-graphisches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat (13. Sitzung), 565–567. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Uehlinger, A. (2003). *Schaffhauser Spitalgeschichte 1848–2002*. Schaffhausen: Kantonsspital Schaffhausen.
- Ulmann, R. (1967). *Die Rehabilitation Behinderter in der "Milchsuppe" Basel*. (Dissertation), Universität Bern, Schwarzenbach SG.
- United Press. (1955, 13. April). Ein Impfstoff gegen Kinderlähmung. *Neue Zürcher Zeitung*, 957, Morgenausgabe, Blatt 2.
- Valentin, B. (1961). *Geschichte der Orthopädie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Verfügung betreffend Bekämpfung der Kinderlähmung vom 3. September 1936. (1936). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1936(38), 349–350.
- Verfügung betreffend Verhütung der weiteren Ausbreitung der spinalen Kinderlähmung (Verbot des Hausierhandels) vom 27. August 1936. (1936). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1936(35), 323.
- Verfügung der Direktion des Gesundheitswesens zuhanden der Aerzte des Kantons Zürich betreffend Anzeigepflicht der Poliomyelitis anterior acuta vom 6. April 1914. (1914). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1914(22), 346.
- Verordnung betreffend Bekämpfung ansteckender Krankheiten vom 11. März 1916. (1916). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1916(19), 213–215.
- Verordnung betreffend die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten vom 31. Dezember 1936. (1936a). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1937(19), 177–180.
- Verordnung betreffend die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten vom 31. Dezember 1936. (1936b). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1937(20), 190–192.
- Verordnung betreffend die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten vom 31. Dezember 1936. (1936c). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1937(18), 170–172.
- Verordnung betreffend die Massnahmen gegen Verbreitung ansteckender Krankheiten in der Schule vom 10. November 1916. (1917). Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsamtes, 1917(2), 14–16.
- Verordnung betreffend Massregeln gegen ansteckende Kinderkrankheiten vom 27. Oktober 1916. (1916). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1916(44), 502–504.
- Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 14. April 1951. (1951). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1951(A–3), 65–70.
- Verordnung über die übertragbaren Krankheiten vom 4. August 1960. (1960). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1960(Beilage A Nr.2), 46–52.
- Verordnung über Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten vom 18. Dezember 1936. (1936a). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1937(13), 121–124.
- Verordnung über Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten vom 18. Dezember 1936. (1936b). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1937(14), 128–132.

- Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in der Schule vom Kleinen Rat des Kantons Graubünden erlassen am 31. Oktober 1945. (1945). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1945(49), 544–547.
- vm. (1956, 14. Oktober). Lokales. Salk-Impfstoff für die Schweiz. Neue Zürcher Zeitung, 2871, Sonntagsausgabe, Blatt 6.
- Vögele, J. (2014). Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte. In: M. Thießen (Hrsg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (S. 29–49). Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Vollenweider, P. (1938). Ueber die Maßnahmen in der Armee gegen die epidemische Kinderlähmung in den Jahren 1936 und 1937. Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1938(19), 149–152.
- von der Reichenau, B. (2005). Vita Herimanni (W. Berschin, Trans.). In: W. Berschin & M. Hellmann (Hrsg.), *Hermann der Lahme. Gelehrter und Dichter (1013–1054)* (S. 6–13). Heidelberg: Mattes Verlag.
- von Erlach, A. (1942). Das neue Absonderungshaus des Jenner-Kinderspitals Bern. Zur Einweihung. In: *Jenner Kinderspital* (Hrsg.), *Jahresbericht des Jenner Kinderspitals in Bern pro 1940/41* (S. 3–5). Bern: Buchdruckerei Bächler & Co.
- von Erlach, A. & Freimüller, E. (1956). Bericht der Spitalbehörden für die Jahre 1954 und 1955. In: *Jenner Kinderspital* (Hrsg.), *Jenner-Kinderspital Bern, Jahresbericht 1954/1955* (S. 4–7). Bern: Bächler & Co.
- von Erlach, A. & Freimüller, E. (1957). Bericht der Spitalbehörden für das Jahr 1956. In: *Jenner Kinderspital* (Hrsg.), *Jenner-Kinderspital Bern, Jahresbericht 1956* (S. 5–6). Bern: Stämpfli & Cie.
- Voten Spühler Freimüller Schmid & Etter. (1955, 22. Juni). V. Gesundheitsamt. Service de l'hygiène publique. Amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat (16. Sitzung), 636–643. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Votum Etter. (1937, 9. Juni). Gesundheitsamt. Amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat (3. Sitzung), 112–147. Verfügbar unter: www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch
- Waldschmidt, A. (2006). Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von "Behinderung" aus der Sicht der "Disability studies". In: U. Germann, M. Kaba, A. Nienhaus & C. Wolfisberg (Hrsg.), *Behinderung/ Handicap* (S. 31–46). Zürich: Chronos.
- Waldschmidt, A. (2010). Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History? In: E. Bösl, A. Klein & A. Waldschmidt (Hrsg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung* (S. 13–28). Bielefeld: Transcript.
- Waterson, A. P. & Wilkinson, L. (1978). *An introduction to the history of virology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weber, A. (1957). Die Psyche des Polio-Kindes. Schweizerische Lehrerzeitung: Sonderheft Jugendliche Kinderlähmungspatienten und ihre Wiedereingliederung in die Welt der Schule, 102(23), 662–665.
- Wehrli, P. (2016). UNO-Konvention: Hier muss die Schweiz noch nachbessern. In: I. Hedderich & R. Zahnd (Hrsg.), *Teilhabe und Vielfalt: Herausforderungen einer Weltgesellschaft. Beiträge zur Internationalen Heil- und Sonderpädagogik* (S. 104–120). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Wehrli, R. (1968). *Geschichte der schweizerischen Schulen für körperbehinderte Kinder von 1864–1966*. Bern: Huber.

Quellenverzeichnis

- Weisser, K. (1962). Die Abteilung für Atmungskrankheiten. In: R. Heusler-Hoffmann (Hrsg.), 100 Jahre Kinderspital in Basel - 1862–1962 (S. 143–144). Basel: Werner & Bischoff AG.
- Weisungen für den Vollzug der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 29. Februar 1952. (1952). Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, 1952(A–2), 23–31.
- Weisz, L. (1940, 14. Januar). Erwachende Jugend im alten Zürich. Neue Zürcher Zeitung, 62, Sonntagsausgabe, Blatt 5.
- Weisz, L. (1944, 4. August). Die Anfänge der Armenschule. Neue Zürcher Zeitung, 1315, Morgenausgabe, Blatt 2.
- Wilhelm-Schulthess-Stiftung Zürich. (1948). Wilhelm-Schulthess-Stiftung Zürich. Brugg: Effingerhof A.G.
- Wilken, U. (1983). Körperbehindertenpädagogik. In: S. Solarová (Hrsg.), Geschichte der Sonderpädagogik (S. 212–259). Stuttgart: Kohlhammer.
- Willi, H. (1938). Ausbreitung und Bekämpfung der Kinderlähmung. Schweizerische Lehrerzeitung, 83(17), 289–291.
- Willi, H. (1941, 28. September). Ueber die Verhütung der Kinderlähmung. Neue Zürcher Zeitung, 1521, Sonntagsausgabe, Blatt 3.
- Winkle, S. (2014). Geisseln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen (3., verbesserte und erweiterte Aufl., Nachdruck). Berlin: Artemis & Winkler.
- Wolfisberg, C. (1995). Behinderte im Spätmittelalter: Zur Situation behinderter Menschen im Raum der Eidgenossenschaft und Umgebung. (Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit), Universität Zürich.
- Wolfisberg, C. (2002). Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800–1950). Zürich: Chronos Verlag.
- Wolfisberg, C. (2005). Die Professionalisierung der Heil-/Sonderpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1850–1950). In: D. Horster, U. Hoyningen-Süess & C. Liesen (Hrsg.). Sonderpädagogische Professionalität. Beiträge zur Entwicklung der Sonderpädagogik als Disziplin und Profession (S. 53–66). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wolfisberg, C. (2008). Der institutionelle Umgang mit der Heterogenität der Schulkinder. In: D. Tröhler & U. Hardegger (Hrsg.). ZUKUNFT BILDEN. Die Geschichte der modernen Zürcher Volksschule (S. 188–199). Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Wolfisberg, C. & Roffler, J. (2015). Mathilde Escher Stiftung. 150 Jahre Einsatz für Menschen mit Körperbehinderung. Zürich: Eigenverlag.
- World Health Organization. (2013). Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018. Verfügbar unter: www.polioeradication.org/resource/library/strategyandwork.aspx.
- Wulf, C. (2014). Transkulturalität. In: C. Wulf & J. Zirfas (Hrsg.). Handbuch pädagogische Anthropologie. Wiesbaden: Springer VS.
- Würtz, H. (1921). Das Seelenleben des Krüppels. Krüppelseelenkundliche Erziehung und das Gesetz betr. öffentliche Krüppelfürsorge. Leipzig: Leopold Voss.
- wvs. (1956, 27. April). Die Behandlung der Hemiplegie. Neue Zürcher Zeitung, 1212, Abendausgabe, Blatt 9.
- Zangger, E. (1968). Der Aufbau des Sonderschulwesens in der Schweiz. Archiv für schweizerisches Unterrichtswesen, 53, 11–31.
- Zehnder, J. (1957). Infirmе Schüler in Normalklassen. Schweizerische Lehrerzeitung (Sonderheft für Pädagogie), 102(17), 442–444.

- Zeichhardt, H. & Grunert, H.-P. (2009). Polioviren. In: G. Darai, M. Handermann, H.-G. Sonntag, C. A. Tidona & L. Zöller (Hrsg). Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen (S. 652–660): Springer Berlin Heidelberg.
- Zeichhardt, H. & Grunert, H.-P. (2010). Klinik, Diagnostik und Prävention. In: H. Doerr, W. & W. H. Gerlich (Hrsg). Medizinische Virologie. Grundlagen, Diagnostik, Prävention und Therapie viraler Erkrankungen. (2. komplett überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 468–489). Stuttgart: Thieme Verlag KG.
- Zemp, B., W. (2006). LCH und Bildung Schweiz - gemeinsam in die Zukunft. In: U. Schildknecht, M. A. Müller & H. Weber (Hrsg). ". . . im Kampf mit dem Unverstande". 150 Jahre Schweizerische Lehrerzeitung (S. 5–7). Zürich: Verlag LCH / Bildung Schweiz
- Ziem, H. (1956). Der Beschädigte und Körperbehinderte im Daseinskampf einst und jetzt. Berlin: Duncker & Humblot.
- Zirkular des Armeearztes an die kantonalen Sanitätsdirektionen betr. Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 21. Februar 1916. (1916). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1916(13), 135–136.
- Zirkular des Sanitätsdepartements an die Herren Aerzte betreffend Aufnahme der spinalen Kinderlähmung unter die anzeigepflichtigen Krankheiten vom 25. November 1913. (1913). Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin der Schweiz, 1913(23. bis 29. November), 760–761.
- Zürich-Unfall. (1950, 26. April). Werbung Kinderlähmungs-Versicherung. Neue Zürcher Zeitung, 1349, Abendausgabe, Blatt 10.
- ZÜRICH Allgemeine Unfall- und Haftpflicht-Versicherungs-Aktiengesellschaft (Oktober, 1949). [Zirkular No 823. Unsere neue Familienversicherung gegen Kinderlähmung].

Zum Buch

Die Poliomyelitis, besser bekannt als Kinderlähmung, bewegte die Schweiz im 20. Jahrhundert mehrere Dekaden lang. Verglichen mit anderen Infektionskrankheiten blieben die Opferzahlen gering. Dennoch löste die Krankheit grosse Ängste aus. Dieses Missverhältnis zwischen tatsächlicher Bedrohung und deren Wahrnehmung in der Gesellschaft wird verständlich, wenn man die Machtlosigkeit gegenüber der Krankheit, das fehlende Wissen sowie die besondere Anteilnahme durch die Betroffenheit von Kindern berücksichtigt. Mittlerweile ist die Zahl der an Poliomyelitis erkrankten Kinder weltweit stark gesunken und die Krankheit wird – vor allem in westlichen Gesellschaften – kaum mehr wahrgenommen.

Die Autorin gibt einen historischen Überblick über die Poliomyelitis-Epidemien in der Schweiz. Sie bespricht die tatsächliche Bedrohungslage und die Emotionalisierung der Bevölkerung durch die Medien. Zudem untersucht sie die Bekämpfung und Behandlung von Poliomyelitis und berücksichtigt dabei die Akteurinnen und Akteure aus der Medizin, den Behörden, dem Bildungs- oder Versicherungswesen. Damit leistet die Autorin einen bedeutenden Beitrag zur heil- und sonderpädagogischen Historiografie in der Schweiz.