

■ Zwischen 25 und 39 Millionen Opfer weltweit – kein Krieg, kein Genozid, sondern eine gewöhnliche Seuche: Die spanische Grippe traf 1918 auf eine Welt, die vom Ersten Weltkrieg zutiefst gezeichnet und erschöpft war. Aber war diese Pandemie tatsächlich eine Folge des Krieges? Und vor allem: Welchen Einfluss hatte sie auf den Ausgang dieses globalen Konflikts? Eckard Michels, ein in London lehrender Historiker, räumt mit vielen falschen Vorstellungen auf und präsentiert überraschende Antworten. ■

Eckard Michels

Die „Spanische Grippe“ 1918/19

Verlauf, Folgen und Deutungen in Deutschland im Kontext des Ersten Weltkriegs

Die Influenza (Grippe) ist eine akute Viruserkrankung, die sowohl im Tierreich wie auch bei Menschen vorkommt. Sie ist eine sehr ansteckende, aber in der Regel selten tödlich verlaufende Krankheit. Ihre Bekämpfung gestaltet sich schwierig, weil das Virus beständig mutiert. Die alljährlichen Grippewellen werden durch geringfügige Veränderungen des Virus verursacht, Antigen-Drift genannt. Dieser erfordert es, die Zusammensetzung der seit den 1940er Jahren entwickelten Grippe-Impfstoffe jährlich den aktuell zirkulierenden Varianten des Krankheitserregers anzupassen. Grundsätzliche Veränderungen des Krankheitserregers, als Antigen-Shift bezeichnet, erfolgen, wenn zwei Virenstämme, etwa ein humaner und ein Schweine- oder Vogelgrippenvirus sich in Tieren zu einem neuen Subtyp verbinden. Wenn Menschen und Tiere auf engstem Raum zusammenleben, etwa in Gebieten intensiver Geflügel- oder Schweinezucht, kann dieser auf den Menschen übergehen. Durch den Antigen-Shift umgeht das Virus die von Menschen durch frühere Grippewellen erworbene partielle Immunität¹. Ein Antigen-Shift kann eine Pandemie auslösen wie die „russische“ Grippe von 1889–1892, die „spanische“ von 1918/19, die „asiatische“ von 1957, die „Hong Kong“ Grippe von 1968 oder die seit Frühjahr 2009 grassierende Neue Influenza A/H1N1, auch „Schweinegrippe“ genannt. Von einer Influenzapandemie spricht man, wenn derselbe Erregerstamm mehrere Kontinente erfasst. Charakteristisch für eine Pandemie sind: die Infektion eines wesentlich höheren Prozentsatzes der Bevölkerung, ein schwererer Krankheitsverlauf und eine erheblich höhere Mortalität als bei „saisonalen“, durch einen bloßen Antigen-Drift ausgelösten Grippewellen. Doch

¹ Zur Influenza vgl. Robert Koch Institut (Hrsg.), Nationaler Pandemieplan. Teil III: Wissenschaftliche Zusammenhänge der Pandemieplanung in Deutschland, Berlin 2007, S. 13–27. – Dieser Aufsatz basiert auf meinem im Juni 2007 an der Helmut-Schmidt-Universität in Hamburg gehaltenen Habilitationsvortrag. Ich danke Hans-Joachim Braun, Michael Epkenhans, Nikolaus Katzer, Klaus-Jürgen Müller, Jutta Nowosadtko und Bernd Wegner für die Fragen und Anregungen während des Kolloquiums, die z. T. Eingang in diese wesentlich erweiterte und aktualisierte Version gefunden haben.

©Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte

diese Merkmale sind nicht zwingend notwendige Voraussetzungen, um eine Grippepelle als Pandemie zu definieren. Hiervon zeugt das Beispiel der im Juni 2009 von der World Health Organisation (WHO) der Vereinten Nationen als Pandemie qualifizierten „Schweinegrippe“. Sie ist die erste Influenzapandemie seit 1968.

Die tödlichste aller bekannten Influenzapandemien ist bislang die „spanische“ Grippe gewesen. Sie verbreitete sich zwischen Frühjahr 1918 und Anfang 1919 in drei Wellen über die Welt. Zudem stellt die spanische Grippe vermutlich *die* Seuche in der Geschichte dar, welche innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums tatsächlich alle Kontinente erfasste und in absoluten Zahlen mehr Opfer als alle anderen Epidemien forderte. Ging man in den zwanziger Jahren zunächst von weltweit etwa 22 Millionen Verstorbenen aus, so sind nach neueren Berechnungen zwischen 25 und 39 Millionen², nach einer anderen Schätzung auch bis zu 50 Millionen Menschen umgekommen, wobei selbst diese Zahl noch um bis zu 50 Prozent zu niedrig liegen könnte³. Die große Bandbreite bei den geschätzten Menschenverlusten resultiert vor allem aus fehlenden Gesundheitsstatistiken für weite Teile Asiens, Afrikas, aber auch das vom Bürgerkrieg zerrissene Russland. Die spanische Grippe stellte gleichwohl „the single worst demographic disaster of the 20th century“ dar⁴. Auch in Deutschland forderte sie mehr Opfer als alle anderen Epidemien der letzten eineinhalb Jahrhunderte.

Der tiefe demographische Einschnitt, den die spanische Grippe verursachte, kontrastiert auf den ersten Blick mit dem erstaunlichen Befund, dass diesem Ereignis relativ wenig Aufmerksamkeit zugekommen ist, und zwar sowohl in den damaligen wie auch in den nachfolgenden Gesellschaften. So schrieb die *New York Times* am 5. November 1918, nachdem bereits mehrere tausend Menschen in der Stadt an der Krankheit gestorben waren: „Perhaps the most notable peculiarity of the influenza epidemic is the fact that it has been attended by no traces of panic or even excitement.“⁵ Die Seuche ist zumindest in den Gesellschaften Nordamerikas und Europas nicht zum „Erinnerungsort“ geworden. Die Historiographie hat sich bis in die siebziger Jahre hinein nicht mit dieser Seuche beschäftigt. Allerdings ist dieses Ereignis auch nicht vergessen oder von der Historiographie vernachlässigt worden⁶. Vor allem im angelsächsischen Raum, insbesondere in und für

² Vgl. K. David Patterson/Gerald F. Pyle, *The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 65 (1991), S. 4–21.

³ Vgl. Niall P.A.S. Johnson/Jürgen Müller, *Updating the Accounts. Global Mortality of the 1918–1920 “Spanish” Influenza Pandemic*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 76 (2002), S. 105–115.

⁴ Howard Phillips/David Killingray, *Introduction*, in: Dies. (Hrsg.), *The Spanish Influenza Pandemic of 1918–1919. New Perspectives*, London 2003, S. 1–25, hier S. 2.

⁵ Zit. nach Alfred Crosby, *America’s Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*, Cambridge 1989, S. 314.

⁶ Vgl. Crosby, *Forgotten Pandemic*; Pete Davies, *Catching Cold. 1918’s Forgotten Tragedy and the Scientific Hunt for the Virus that Caused it*, London 1999; Manfred Vasold, *Die Grippe am Ende des Ersten Weltkrieges*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 2. 3. 2005, S. 8; Utz Thimm, *Die vergessene Seuche. Die „Spanische Grippe“ von 1918/19*, in: *Mitteilungen des Oberhessischen Geschichtsvereins Gießen* 92 (2007), S. 117–136.

die USA⁷, sind hierzu in den letzten vier Jahrzehnten zahlreiche (populär-)wissenschaftliche Publikationen erschienen⁸. Die spanische Grippe hat sogar Eingang in die Populärkultur gefunden, wie ein „Peanuts“-Cartoon des bereits im Jahre 2000 verstorbenen Charles M. Schulz bezeugt, der seinen Helden Charlie Brown in einer Episode über einen Schulaufsatz zu diesem Thema grübeln lässt. Unlängst sind auch erste kurze Gesamtdarstellungen zum Thema auf Deutsch veröffentlicht worden⁹.

Nicht zuletzt schürte die 1997 zuerst in Hong Kong aufgetretene und sich seit 2003 über weite Teile Asiens und Europas verbreitende Vogelgrippe, an der mehr als die Hälfte der bislang etwa 400 infizierten Menschen gestorben sind, weltweit Befürchtungen, dass eine neue Grippepandemie bevorstehe. Die Vogelgrippe bewirkte, dass seit der Jahrtausendwende die WHO wie auch die nationalen Regierungen Influenzapandemie-Pläne erstellt haben, um im Falle eines Seuchenzuges angemessen reagieren zu können. Die Ereignisse von 1918/19 wurden dabei gelegentlich als eine Art warnendes historisches Szenario herangezogen und haben das Interesse an den Ereignissen vor 90 Jahren weiter angefacht¹⁰. So warb der Fischer-Verlag im Jahre 2007 für das Taschenbuch der amerikanischen Wissenschaftsjournalistin Gina Kolata über die Suche von US-Forschern nach dem Influenzavirus von 1918 mit dem Aufkleber „Vogelgrippe: Das passiert, wenn wir nicht handeln“¹¹! Das bundeseigene Robert-Koch-Institut für Infektionskrankheiten in Berlin nahm in seinen Informationen über die Gefahren der Vogelgrippe als möglichen Auslöser einer Pandemie menschlicher Influenza ebenfalls Bezug auf die Ereignisse von 1918/19, wenn auch in abwiegelnder Form: Es sei wegen des Fortschritts in der Medizin heute mit weit weniger Opfern zu rechnen, im schlimmsten Fall mit etwa 100 000 Toten in der Bundesrepublik¹². Dank nunmehr vorhandener moderner Impfstoffe, aber auch dank Antibiotika, die es 1918 noch nicht gab, können große Teile der Bevölkerung immunisiert werden oder aber im Falle des Ausbruchs der Krankheiten vor bakteriellen Lungenentzündungen

⁷ Neben Crosby, *Forgotten Pandemic*, sind die wichtigsten Studien John M. Barry, *The Great Influenza. The Epic Story of the Deadliest Plague in History*, New York 2004, sowie Carol R. Byerly, *Fever of War. The Influenza Epidemic in the US Army during World War I*, New York 2005.

⁸ Einen Überblick über die Entwicklung der Historiographie zur spanischen Grippe bietet Howard Philipps, *The Reappearing Shadow of 1918. Trends in the Historiography of the 1918–1919 Influenza Pandemic*, in: *Canadian Bulletin of Medical History* 21 (2004), S. 121–134. Vgl. auch die von Jürgen Müller zusammengestellte internationale Bibliographie in: Philipps/Killingray (Hrsg.), *Spanish Influenza*, S. 301–351.

⁹ Vgl. Wilfried Witte, *Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe*, Berlin 2008; Manfred Vasold, *Die Spanische Grippe. Die Seuche und der Erste Weltkrieg*, Darmstadt 2009.

¹⁰ Vgl. Guy Beiner, *Out in the Cold and Back. New Found Interest in the Great Flu*, in: *Cultural and Social History* 3 (2006), S. 496–505.

¹¹ Vgl. Gina Kolata, *Influenza. Die Jagd nach dem Virus*, Aktualisierte Neuausgabe, Frankfurt a. M. 2006.

¹² http://www.rki.de/cln_048/nn_200120/SharedDocs/FAQ/Influenzapandemie/FAQ20 (Zugriff 31. 5. 2007).

geschützt werden, welche die bei weitem häufigste tödliche Nebenkomplikation der Pandemie von 1918/19 darstellten. Sie forderten möglicherweise mehr Opfer als die Grippe selbst.

Voraussetzung für eine durch die Vogelgrippe ausgelöste Pandemie wäre allerdings eine bislang noch nicht vorhandene Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch des Erregers H5N1. Diese genetische Veränderung hat hingegen das im April 2009 erstmals massenhaft in Mexiko diagnostizierte „Schweinegrippen-Virus“ erfolgreich vollzogen. Es weist zudem starke genetische Ähnlichkeiten mit dem Virenstamm von 1918 auf, was sich unter anderem in der identischen Bezeichnung als H1N1 niederschlägt. Diese resultiert daher, dass sich bei beiden Virenstämmen die Oberflächenstrukturen durch das Vorhandensein von jeweils nur einem Glykoprotein Hämagglutinin (daher H1) und einem Glykoprotein Neuraminidase (daher N1) ähneln. Das Vogelgrippevirus H5N1 tötet bis zu 80 Prozent aller Infizierten, aber es springt nur sehr schwer von Mensch zu Mensch über. Die Schweinegrippe hingegen tötete bislang (Stand Ende Oktober 2009)¹³ nur wenige Infizierte, verbreitet sich dafür aber rasanter unter den Menschen und befällt – was an die Ereignisse von 1918/19 erinnert – vor allem jüngere Menschen.

Trotz dieser aktuellen Entwicklungen fehlt die Pandemie von 1918/19 in den neueren Gesamtdarstellungen zur deutschen Geschichte oder zum Reich im Ersten Weltkrieg¹⁴. Hans-Ulrich Wehlers voluminöse „Deutsche Gesellschaftsgeschichte“ ist eine Ausnahme, denn er erwähnt die Seuche, die etwa 300 000 Opfer gefordert habe, immerhin kurz, datiert sie jedoch fälschlicherweise auf einen unbestimmten Zeitpunkt nach dem Ende des Krieges¹⁵. Die wenigen sich mit diesem Ereignis befassenden, seit Anfang der neunziger Jahre meist an entlegener Stelle erschienenen, in Teilen eher spekulativen Studien zur spanischen Grippe in Deutschland nähern sich entweder dem Ereignis auf relativ schmaler empirischer Basis unter einer lokalgeschichtlichen Perspektive¹⁶ oder sie stellen die damaligen

¹³ <http://www.rki.de>, Epidemiologischer Wochenbericht des Robert-Koch-Instituts zur Situation der Influenza A/H1N1 Woche 14.–20. 10. 2009 (Zugriff 27. 10. 2009).

¹⁴ Vgl. Thomas Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1866–1918*, 2 Bände, München 1990/92; Wolfgang J. Mommsen, *Die Urkatastrophe Deutschlands. Der Erste Weltkrieg 1914–1918*, Stuttgart 2002; Roger Chickering, *Das Deutsche Reich und der Erste Weltkrieg*, München 2002; Heinrich August Winkler, *Der lange Weg nach Westen*, Bd. 1: *Deutsche Geschichte vom Ende des Alten Reiches bis zum Untergang der Weimarer Republik*, München 2000.

¹⁵ Vgl. Hans-Ulrich Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. 4: *Vom Beginn des Ersten Weltkriegs bis zur Gründung der beiden deutschen Staaten 1914–1949*, München 2003, S. 232.

¹⁶ Vgl. Stephen G. Fritz, Frankfurt, in: Fred R. van Hartesveldt (Hrsg.), *The 1918–19 Pandemic of Influenza. The Urban Impact in the Western World*, New York 1992, S. 13–32; Manfred Vasold, *Die Grippeepidemie in Nürnberg 1918 – eine Apokalypse*, in: 1999 (*Zeitschrift für die Geschichte des 20. und 21. Jahrhunderts*) 10 (1995), S. 12–37; Kristin Olm, *Die spanische Grippe in Sachsen in den Jahren 1918 und 1919*, Diss. med. Leipzig 2001; Manfred Vasold, *Die Grippe-Pandemie von 1918/19 in der Stadt München*, in: *Oberbayerisches Archiv* 127 (2003), S. 395–414; Matthias Kordes, *Die so genannte Spanische Grippe von 1918 und das Ende des Ersten Weltkrieges in Recklinghausen*, in: *Vestische Zeitschrift* 101 (2006/7), S. 119–146.

medizinischen Fachdebatten um den Charakter der Epidemie in den Vordergrund¹⁷. Der Verlauf der Seuche auf nationaler Ebene sowie mögliche regionale Unterschiede bleiben aufgrund des dominierenden lokalen Blickwinkels unberücksichtigt. Zudem fokussieren sich die Studien vornehmlich auf die zweite, wesentlich tödlichere Herbstwelle. Die demographischen Auswirkungen der Grippe werden nicht international verglichen, sodass die Frage ungeklärt bleibt, inwieweit sich die deutsche Situation von der anderer Nationen unterschied. Durch die Konzentration auf die Grippe als Phänomen der Heimatfront, nicht etwa auch von Heer und Marine, blieben bislang wichtige militärische Quellen zu Ausmaß und Verbreitungswegen der Grippe in Deutschland unberücksichtigt. Dabei liefert gerade das Militär Historikern wegen der im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wesentlich besseren gesundheitlichen Überwachung und Versorgung von Soldaten zuverlässigeres Material zu vielen medizinhistorischen und demographischen Fragestellungen als Quellen ziviler Provenienz¹⁸. Die bisherigen Studien zur spanischen Grippe in Deutschland fragen ferner nicht nach möglichen Wechselwirkungen zwischen der spezifischen Kriegssituation einerseits und der Deutung der Seuche durch Zivilgesellschaft wie Militär andererseits¹⁹.

Wie hat sich also die Kriegssituation auf Verbreitung, Ausmaß und Deutung der Grippe in Deutschland ausgewirkt? Hat die spanische Grippe 1918 möglicherweise die politische und militärische Desintegration des Kaiserreichs beschleunigt? Oder ist die Seuche eher durch das parallele Ende von Krieg und Kaiserreich marginalisiert worden? Können die damaligen Reaktionen auf die Seuche als ein Beispiel dienen, an dem sich der militärische wie politische Zusammenbruch des Kaiserreichs im Herbst 1918 wie in einer Art Brennglas gebündelt nachvollziehen lässt? Schließlich: Kann man überhaupt von einer einheitlichen Grippe-Erfahrung 1918 in Deutschland sprechen? Zu Beantwortung dieser Fragen werden erstmals Front wie Heimat, zivile wie militärische Quellen gleichermaßen Berücksichtigung finden.

I. Die erste Welle: Ausbreitung, Wirkung und Deutung

Das Grippevirus H1N1, der zum Auslöser der Pandemie wurde, ist vermutlich im Januar oder Februar 1918 im Mittleren Westen der USA von Geflügel oder

¹⁷ Vgl. Wilfried Witte, Erklärungsnotstand. Die Grippe-Epidemie 1918–1920 in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung Badens, Herbolzheim 2006.

¹⁸ So etwa für Tropenkrankheiten basierend auf Quellen der britischen und französischen Kolonialarmeen; vgl. Philipp D. Curtain, *Death by Migration. Europe's Encounters with the Tropical World in the 19th Century*, Cambridge 1989. Für die statistische Erfassung der spanischen Grippe in den US-Streitkräften vgl. Byerly, *Fever*, S. 79 f.

¹⁹ Eine Ausnahme hinsichtlich der aufgezählten Desiderata bildet die ausgezeichnete Arbeit vom Marc Hieronimus, *Krankheit und Tod 1918. Zum Umgang mit der Spanischen Grippe in Frankreich, England und dem Deutschen Reich*, Berlin 2006. Sie ist zudem, basierend auf den Erfahrungen von Marseille, Manchester und Köln, die erste Studie überhaupt, welche aus lokalgeschichtlicher Perspektive mehrere Länder vergleicht. Allerdings ist der Referenzpunkt vornehmlich Frankreich. Die Ausführungen über den möglichen Einfluss der Grippe auf die Kriegführung 1918 bleiben kursorisch, militärische Quellen unberücksichtigt.

Schweinen auf den Menschen übergesprungen. Es fand vor allem in den überfüllten Ausbildungslagern des sich in Aufstellung befindlichen US-Expeditionskorps für Europa reichlich Gelegenheit zur Verbreitung. Die ersten Massenerkrankungen sind Anfang März 1918 im Camp Funston in Kansas verbürgt. Mitte April 1918 erreichte die Influenza mit den US-Truppentransporten dann Frankreich, wo man die ersten Fälle in Bordeaux registrierte²⁰. Die Frühjahrspandemie führte in allen betroffenen Ländern zwar zu vielen Erkrankungen, die aber zu meist harmlos verliefen. Allerdings kamen auch schon im Frühjahr gelegentlich äußerst heftige Grippefälle vor, die insbesondere bei Menschen im eigentlich widerstandsfähigsten Alter zu einem schnellen Tode führten. Bei den Obduktionen der Opfer fielen den Ärzten bereits jetzt vereinzelt die dann in der Herbstwelle oft anzutreffenden völlig zerstörten, mit Blut und Flüssigkeit durchtränkten Lungenflügel auf²¹.

Die Öffentlichkeit der sich im Krieg befindlichen europäischen Großmächte wurde auf die Seuche zunächst Ende Mai 1918 durch die Berichterstattung der damals nicht der Zensur unterliegenden spanischen Presse über die Epidemie in dem neutralen Land aufmerksam. Dies trug der Seuche den bis heute gebräuchlichen Namen „spanische Grippe“ bzw. damals auch „spanische Krankheit“ ein. Dabei schleppten vermutlich spanische Rückkehrer, die in der französischen Kriegsindustrie gearbeitet hatten, die Grippe auf der iberischen Halbinsel ein²². Die *Magdeburger Zeitung* titelte am 29. Mai „Der schwarze Tod in Spanien?“²³. Etwa ein Drittel der Bevölkerung inklusive des Königs und einiger Minister seien von einer rätselhaften Krankheit befallen. Das *Hamburger Fremdenblatt* beruhigte am selben Tag unter der Überschrift „Über die angeblich mysteriöse Krankheit in Spanien“, dass es sich bei der Seuche vermutlich um die Influenza handele, die Europa zuletzt im Jahre 1889 stark heimgesucht habe²³.

Die Frühjahrsepidemie kam vermutlich durch französische Kriegsgefangene, die an der Westfront gemacht worden waren, nach Deutschland²⁴. Die Grippe erfasste zunächst ab Anfang Mai das Feldheer im Westen, wo sie Ende Juni stark verbreitet war und in der ersten Juli-Dekade den Höchststand an Erkrankungen

²⁰ Vgl. Barry, Influenza, S. 91–99; Crosby, Forgotten Pandemic, S. 25.

²¹ Bayerisches Hauptstaatsarchiv/Kriegsarchiv (künftig: BayHStA), Mkr 10058, Berichte der Militärärztlichen Akademie an das Kriegsministerium betr. Influenzaerkrankungen, 2. 7. und 9. 7. 1918.

²² Vgl. Beatriz Echeverri, The Spanish Influenza Seen from Spain, in: Phillips/Killingray (Hrsg.), Spanish Influenza, S. 173–190.

²³ Sammlungen zeitgenössischer deutscher Presseberichte über die spanische Grippe, in: Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz in Berlin (künftig: GStA PK), I. HA Rep. 76 VIII B (Preußisches Kultusministerium/Medizinalabteilung), Bd. 3835, sowie zur Grippe und anderen Gesundheitsfragen, in: Bundesarchiv Berlin (künftig: BAB), R8034II (Pressearchive des Reichslandbundes), Bde. 1788 u. 1789. Alle im Folgenden zitierten Zeitungsartikel stammen aus diesen Aktenbänden.

²⁴ Vgl. Carl Fahrig, Grippe, in: Ludwig Aschoff (Hrsg.), Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg, Bd. 8: Pathologische Anatomie, Leipzig 1921, S. 144–152, hier S. 144.

erreichte, also etwa drei Wochen später als bei den Entente-Truppen²⁵. Während der Krankenstand unter den deutschen Truppen an der Westfront im März, April und Mai jeweils um 300 000 Mann oszillierte, stieg er im Juni 1918 als Folge der Grippe auf 382 000 an, davon 139 000 Influenzafälle, im Juli auf 685 000, darunter 399 000 Influenza-Kranke²⁶. Bei der 4., 6. und 17. Armee des bayerischen Heeres waren in der ersten Julidekade bei einer Gesamtstärke von 1 103 653 Mann 114 214 Soldaten krank gemeldet, davon lagen 86 411 oder etwa 8 Prozent der Ist-Stärke mit Grippe danieder. In der letzten Julidekade waren in allen drei Armeen nicht einmal mehr 10 000 Soldaten wegen Grippe außer Gefecht gesetzt²⁷. Die Erkrankungen verliefen im Heer wie überall während der ersten Welle der Pandemie zumeist leicht und waren nach etwa vier bis sechs Tagen vorüber. Die weitaus meisten Fälle konnten in den frontnahen Krankenrevieren behandelt werden. Einweisungen wegen Komplikationen in die besser ausgestatteten rückwärtigen Lazarette waren selten nötig²⁸. Allerdings gab es im Westheer erhebliche Unterschiede in der Morbidität. Während in manchen Einheiten ein Großteil der Soldaten erkrankte, blieben andere fast völlig verschont²⁹.

Die Grippe traf das Westheer in der letzten Phase jener Offensiven, mit denen die 3. Oberste Heeresleitung (OHL) unter Paul von Hindenburg und Erich Ludendorff seit März 1918 versuchte, eine Wende an der Westfront zu erzwingen, bevor die seit Anfang des Jahres zunehmend eintreffenden US-Truppen das Kräfteverhältnis auf diesem Kriegsschauplatz endgültig zu ungunsten der deutschen Truppen verändern würden³⁰. Die Epidemie war durchaus ein Faktor, den die OHL bei ihren Planungen berücksichtigen musste. So schrieb Ludendorff in seinen Kriegserinnerungen in Bezug auf die Situation im Juni, als er einen letzten Angriff gegen die französischen Truppen anvisierte: „Unsere Armee hatte gelitten. Die Grippe griff überall um sich, ganz besonders schwer wurde die Heeresgruppe Kronprinz Rupprecht betroffen. Es war für mich eine ernste Beschäftigung, jeden Morgen von den Chefs die großen Zahlen von Grippeausfällen zu hören und ihre Klagen über die Schwäche der Truppen, falls der Engländer nun doch angriffe. Er war jedoch noch nicht soweit. Auch die Grippefälle vergingen. Sie lie-

²⁵ Niall Johnson, *Aspects of the Historical Geography of the 1918/19 Influenza Pandemic in Britain*, PhD Cambridge 2001, S. 111, gibt als Höhepunkt der Epidemie unter den Entente-truppen an der Westfront die dritte Juniwoche an.

²⁶ Bundesarchiv (Hrsg.), *Der Weltkrieg 1914–1918*, Bd. 14: *Die Kriegführung an der Westfront im Jahre 1918*, Berlin 1956, S. 517.

²⁷ BayHStA, Mkr HG Rupprecht, Bd. 59, Auszug aus dem Sanitätsbericht des Armeearztes 4. Armee 1.4.–30.6.1918 (27.7.1918), sowie Bd. 58, *Truppenkrankenrapporte der 4., 6. und 17. Armee für Juli 1918*.

²⁸ Ebenda, Bd. 59, Auszug aus dem Sanitätsbericht des Armeearztes der 4. Armee vom 1. 4.–30.6.1918 (27.7.1918); für die US-Army vgl. Byerly, Fever, S. 72.

²⁹ Vgl. Walter Samuel, *Betrachtungen über die Grippeepidemie im Felde im Juni und Juli 1918*, *Diss. med.*, Berlin 1918, S. 7–9.

³⁰ Vgl. Dieter Storz, „Aber was hätte anders geschehen sollen?“ Die deutschen Offensiven an der Westfront 1918, in: Jörg Duppler/Gerhard P. Groß (Hrsg.), *Kriegsende 1918. Ereignis, Wirkung, Nachwirkung*, München 1999, S. 51–95.

Ben oft eine größere Schwäche zurück, als ärztlicherseits angenommen wurde.“³¹ In einer im Dezember 1918 eingereichten Dissertation eines Oberarztes über die Erfahrungen mit der Grippe im Frühjahr bzw. Frühsommer an der Westfront hieß es: „durch die außerordentlich schnelle Ausbreitung war die Zahl der Erkrankten so erheblich angewachsen, dass des Öfteren die Gefechtsfähigkeit vieler Truppen in Frage gestellt war“³². „Nachdem wir eine Woche in vorderster Linie gelegen hatten, mussten wir nochmals die Hauptwiderstandslinie besetzen, da unser Ablösungsbataillon durch die spanische Grippe fast ausgelöscht war. Auch von unseren Leuten meldeten sich täglich mehrere krank. [...] Doch erfuhren wir, dass sich die Seuche auch auf der Gegenseite mehr und mehr ausbreitete; allerdings waren wir infolge der schlechten Verpflegung anfälliger. Gerade die jungen Leute starben über Nacht hinweg“, schrieb Ernst Jünger in den „Stahlgewittern“ zur Situation Anfang Juli. Auf der Gegenseite stellte man Vermutungen über den Zusammenhang von Grippeepidemie und deutscher Offensivkraft an. Ein britischer Sanitätsoffizier notierte am 7. Juli in seinem Tagebuch: „Wonderful weather continues and yet no renewal of the Boche offensive. Many theories – shortage of men? Internal trouble? An epidemic of 3-day fever?“³³

Die OHL befragte am 30. Juni die für die letzte Offensive vorgesehenen drei deutschen Armeen, ob sie es wegen der Grippeepidemie für notwendig hielten, die Operationen um einige Tage hinter den ursprünglich für den 10. Juli anberaumten Angriffstermin zu verschieben. Zwei der drei befragten Großverbände plädierten dafür, trotz Grippe möglichst früh anzutreten. Lediglich die 7. Armee bat zunächst um einen dreitägigen Aufschub wegen der unter ihren Soldaten grassierenden Seuche. Sie revidierte diese Ansicht jedoch zwei Tage später, verlangte aber nun eine Verschiebung wegen Transportproblemen, sodass die Offensive gegen die französischen Stellungen letztlich nicht am 10., sondern am 15. Juli losbrach³⁴. In der ersten Sitzung des Hauptausschusses des Reichstags nach der Sommerpause am 24. September 1918, in welcher Heerespitze und Regierung die Vertreter der Parteien über die politische und militärische Lage informierten und für eine Fortführung des Krieges plädierten, wurde die Epidemie dafür mitverantwortlich gemacht, dass die letzte deutsche Offensive an der Westfront vom 15.–17. Juli gegen die Franzosen scheiterte. Die Krankheit sei auch der Grund für die Verzögerung der Operation gewesen. Dadurch hätten die französischen Streitkräfte, die um den bevorstehenden Angriff wussten, genug Zeit gehabt, ihre ersten, exponierten Linien zu räumen und den deutschen Vorstoß in der zweiten Linie aufzufangen³⁵. Dieser Versuch, das Scheitern der letzten Westoffensive unter anderem der Grippe zuzuschreiben, zeugt von der verzweifelter Situation

³¹ Erich Ludendorff, *Meine Kriegserinnerungen*, Berlin 1919, S. 514.

³² Hans Lohse, *Klinische Erfahrungen über das Auftreten der Grippe des Jahres 1918 im Bereich einer Armee des westlichen Kriegsschauplatzes*, Diss. med., Kiel 1919, S. 7 f.

³³ Ernst Jünger, *In Stahlgewittern*, Stuttgart 452007, S. 296; Johnson, *Aspects*, S. 177.

³⁴ Vgl. Bundesarchiv (Hrsg.), *Der Weltkrieg*, Bd. 14, S. 441.

³⁵ Vgl. *Der Hauptausschuss des Deutschen Reichstags 1915–1918*, eingeleitet von Reinhard Schiffers, bearb. von Reinhard Schiffers und Manfred Koch, Bd. 4: 191.–275. Sitzung 1918, Düsseldorf 1983, S. 2293 f.

der Heeresführung im Herbst 1918. Ihr war jede Ausrede recht, um sich der Verantwortung für die militärische Niederlage zu entziehen. Tatsächlich ließ sich die OHL in ihren Entscheidungen im Juni/Juli 1918 nicht durch die Grippe beirren.

Anders sah es für die betroffenen Mannschaften aus. Die Erkrankungen hinterließen eine anhaltende körperliche Schwäche nach dem eigentlichen Abklingen der Symptome³⁶, sodass die Einwirkung der Grippe auf die physische Konstitution und Moral der Soldaten und damit auf die Kampfkraft stärker war, als es sich an der reinen Zahl der Krankmeldungen ablesen lässt³⁷. Zudem kursierten viele Gerüchte und Vermutungen über Ursprung und Charakter der Krankheit nicht nur in den Schützengraben, sondern auch bei den zum Teil unerfahrenen jüngeren Truppenärzten. Auch das trug zur allgemeinen Verunsicherung bei. Sie äußerte sich beispielsweise darin, dass die Krankheit als „Sumpffieber“ oder „Noyon-Krankheit“ bezeichnet wurde. Die Soldaten machten unter anderem die schlechte Kost sowie sexuelle Abstinenz für die Krankheit verantwortlich³⁸. Diese psychologische Wirkung der Seuche betont ein vertrauliches Rundschreiben des Chefs des Heeressanitätswesens im Großen Hauptquartier. Generalarzt Otto von Schjerning ermahnte die nachgeordneten Sanitätsformationen, der Krankheit nicht, wie bisher geschehen, zu viel Bedeutung beizumessen. Es handele sich nach bisherigen Beobachtungen eher um eine harmlose Erkrankung, die ohne ernstliche Gesundheitsschädigungen schnell vorübergehe. Es bestehe kein Anlass zur Beunruhigung³⁹. Bereits im Vorfeld der Offensiven war von der militärischen Führung angeordnet worden, mit krankheitsbedingten Einweisungen von Soldaten in Lazarette äußerst restriktiv zu verfahren. Einerseits werde jeder Mann gebraucht, andererseits gebe es aber eine Tendenz in der Truppe, sich auf alle möglichen Arten dem Frontdienst zu entziehen und stattdessen einen Platz in einem der Lazarettzüge nach Deutschland zu ergattern⁴⁰. So schrieb der an der Westfront dienende Dominik Richter über die Grippe: „Immer mehr Soldaten erkrankten und schlurften halbtot herum [...]. Obwohl sie sich krank meldeten, kam kaum einer ins Lazarett, denn es hieß, es gebe keine Leichtkranken und Leichtverwundeten mehr, nur noch Schwerverwundete und Tote.“⁴¹

Die gemeldeten Grippefälle in den deutschen Armeen an der Westfront, die zudem auf einer sehr restriktiven Einweisungspolitik in die Krankenreviere basierten, spiegeln also lediglich die quantitative Wirkung der Seuche wider, sagen aber nichts über ihre psychologische Wirkung auf die Moral der Truppe aus. Und in letzterer liegt die Bedeutung der ersten Grippewelle auf die deutschen Trup-

³⁶ Vgl. Lohse, *Klinische Erfahrungen*, S. 10 u. S. 14; für die US-Army Byerly, *Fever*, S. 71 f.

³⁷ Vgl. ebenda, S. 118–120.

³⁸ Vgl. Lohse, *Klinische Erfahrungen*, S. 7; Samuel, *Betrachtungen*, S. 25.

³⁹ BayHStA, HG Rupprecht, Bd. 58, Rundschreiben des Chefs des Heeressanitätswesens von Schjerning, 24. 6. 1918.

⁴⁰ Heeressanitätsinspektion des Reichskriegsministeriums (Bearb.), *Sanitätsbericht über das Deutsche Heer im Weltkrieg 1914–1918*, Bd. 2: *Der Sanitätsdienst im Gefechts- und Schlachtenverlauf im Weltkrieg 1914–1918*, Berlin 1938, S. 755–757.

⁴¹ Dominik Richter, *Beste Gelegenheit zum Sterben. Meine Erlebnisse im Kriege 1914–1918*, München 1989, S. 83.

pen an der Westfront im Frühsommer 1918: Die Frühjahrserkrankungen vereitelten nicht, wie von der militärischen Führung im Nachhinein behauptet, eine ansonsten womöglich erfolgreiche deutsche Offensive. Sie beschleunigten aber den ohnehin sich vollziehenden inneren Auflösungsprozess der deutschen Streitkräfte. Denn sie steigerten die allgemeine Kriegsmüdigkeit und Erschöpfung unter den Soldaten. Die restriktive Handhabung der Krankmeldungen, die letztlich einer mangelnden Empathie für die Bedürfnisse der Soldaten gleichkam, konnte nur die Verbitterung der Mannschaften gegenüber ihren Vorgesetzten oder dem Militär als Gesamteinstitution verstärken. Damit erhöhte die Epidemie die Bereitschaft, sich an dem „verdeckten Militärstreik“ der letzten Kriegsmomente, wie es Wilhelm Deist genannt hat⁴², zu beteiligen.

Durch Fronturlauber, Verwundeten- und Kriegsgefangenen Transporte gelangte die Krankheit Anfang Mai ins Reich. Betroffen wurden zunächst die dortigen Garnisonen des Besatzungsheeres, deren Soldaten wiederum die Zivilbevölkerung infizierten. Unter dieser breitete sich die Krankheit seit Mitte Juni 1918 von Westen nach Osten aus⁴³. Seit den letzten Junitagen berichtete die deutsche Presse regelmäßig über den Fortgang der Grippeepidemie in Deutschland. So schrieb der *Berliner Lokalanzeiger* am 28. Juni, die „spanische Krankheit“, die eigentlich eine Influenza sei, habe Nürnberg erreicht. Am 3. Juli meldeten die *Vossische Zeitung* und die *Leipziger Volkszeitung* jeweils die Ankunft der Seuche in Berlin bzw. Leipzig. Vereinzelt berichtete die Presse über Arbeitseinschränkungen bei Post, Eisenbahn und öffentlichem Nahverkehr. Die Presse klammerte jeden Hinweis auf Erkrankungen im Feldheer aus, denn nichts sollte die Öffentlichkeit hinsichtlich des Fortgangs der Offensivoperationen an der Westfront beunruhigen. Der Grundtenor der Berichterstattung im Reich war beruhigend und abwiegelnd. Es wurde nach anfänglichem Rätseln über den Charakter der Krankheit in Spanien stets darauf hingewiesen, als die Epidemie erst einmal die Reichsgrenzen erreicht hatte, dass es sich bei ihr lediglich um Grippeerkrankungen handele, die fast immer einen gutartigen Verlauf nähmen. Von Todesopfern war nichts zu lesen⁴⁴. Der Heidelberger Mediävist Karl Hampe schrieb am 5. Juli in sein persönliches „Kriegstagebuch“: „Hier ist jetzt die ‚spanische Krankheit‘ ziemlich verbreitet. Die biedere alte Grippe ist durch Aufenthalt im Ausland wieder interessanter geworden. Von erheblicher Bedeutung ist die Seuche nicht.“⁴⁵

Die meisten Erkrankungen kamen in der Zivilbevölkerung und im Westheer in der ersten Julihälfte vor. Wie im Westheer unter den verschiedenen Verbänden gab es allerdings ein großes regionales Gefälle in der Zahl der Erkrankungen. Manche Orte Preußens wie Düsseldorf, Hildesheim und Danzig blieben fast gänz-

⁴² Wilhelm Deist, *Der militärische Zusammenbruch des Kaiserreichs. Zur Realität der „Dolchstoßlegende“*, in: Ders. (Hrsg.), *Militär, Staat und Gesellschaft. Studien zur preußisch-deutschen Militärgeschichte*, München 1991, S. 211–233, hier S. 230.

⁴³ BayHStA, Mkr 13790, Bericht über die Grippeepidemie des Jahres 1918 im Bereich des bayerischen Besatzungsheeres, 4. 6. 1919.

⁴⁴ So etwa das „Berliner Tageblatt“ vom 30. 6. und 3. 7. 1918 und die „Berliner Morgenpost“ vom 2. 7. 1918. Vgl. zum Presseecho auch Kordes, *Spanische Grippe*, S. 132 f.

⁴⁵ Karl Hampe, *Kriegstagebuch 1914–1919*, München 2004, S. 708.

lich verschont, das Industrieviertel an der Ruhr hingegen wurde stark von der Seuche erfasst⁴⁶. Auffallend war bereits während der ersten Welle, dass vor allem die jüngeren, physisch eigentlich resistentesten Jahrgänge erkrankten und nicht unbedingt, wie bei normalen Grippewellen, ältere, geschwächte Menschen. Dieser Umstand wurde damals mit einer möglichen Immunität letzterer durch die drei Jahrzehnte zurückliegende Pandemie von 1889/90 erklärt⁴⁷.

Mögliche Zusammenhänge zwischen der Kriegssituation, insbesondere dem Mangel an Lebensmitteln, aber auch Medikamenten, Mitteln zur Körperpflege und Desinfektion, Kohlen zum Beheizen der Wohnungen oder geeigneter Kleidung bei gleichzeitig schwerer Arbeit in den Rüstungsindustrien und der daher stark geschwächten Widerstandskraft der Bevölkerung wurden in der Presse (wie auch in den Behörden) ebenso wenig diskutiert wie das Ausmaß der Grippewelle. Vielmehr mieden die Zeitungen alle Hinweise darauf, dass es einen Zusammenhang zwischen allgemeiner Versorgungssituation und Zustand der Volksgesundheit geben könnte. Als Erklärung für die rasche Ausbreitung der Grippe bot die Presse stattdessen das relativ kühle und regnerische Juniwetter an. Im letzten Juli-Drittel verschwand das Thema wieder aus den Schlagzeilen.

Der Reichsgesundheitsrat, ein Gremium von medizinischen Vertretern der Bundesstaaten zur Beratung der Reichsregierung, das im Jahre 1900 aufgrund des „Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“ gegründet worden war, trat wegen der Epidemie am 10. Juli 1918 in Berlin zusammen, obwohl Influenza nicht in diesem Gesetz aufgeführt war. Verwirrung stiftete bei den Fachleuten der Umstand, dass man bei den Untersuchungen der Erkrankten keineswegs immer im Sputum den sogenannten „Pfeiffer-Bazillus“ feststellte. Richard Pfeiffer, ebenfalls Angehöriger des Reichsgesundheitsrats, Schüler von Robert Koch und in Breslau lehrender Bakteriologe, hatte diesen Bakterienstamm 1892 als vermeintlichen Auslöser der Grippe identifiziert. Dies war im Zuge einer durch die Entdeckungen Kochs regelrecht ausgelösten „Jagd“ nach Erregern von Infektionskrankheiten und in der Atmosphäre eines vorübergehenden allgemeinen medizinischen Fortschrittsoptimismus geschehen, diesen Geißeln der Menschheit mittels der Bakteriologie bald Herr werden zu können⁴⁸. Weder 1892 noch 1918 wusste man, dass Influenza nicht eine bakterielle, sondern eine Virusinfektion ist und damit die von Pfeiffer beschriebenen Bakterien nicht der Auslöser von Grippe sein konnten. Sie waren höchstens eine ihrer Begleiterscheinungen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts verfügte die Medizin noch nicht über Elektronenmikroskope, mit denen man im Vergleich zu Bakterien wesentlich kleinere Viren als Krankheitserreger hätte identifizieren können. Erst 1933 wurde schließlich der Influenzavirus entdeckt.

⁴⁶ Vgl. Otto Peiper, Die Grippeepidemie in Preußen im Jahre 1918/19, Berlin 1920, S. 3.

⁴⁷ Vgl. den Bericht der „Täglichen Rundschau“ vom 24. 7. 1918 über eine Diskussion zur Grippe auf einem „kriegsärztlichen Abend“ in Berlin.

⁴⁸ Vgl. Christoph Gradmann, Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie, Göttingen 2005, S. 14.

Trotz des nicht immer möglichen Nachweises des „Pfeiffer-Bazillus“ einigte sich der Reichsgesundheitsrat aufgrund der beobachteten Krankheitssymptome darauf, dass es sich bei der Epidemie definitiv um Influenza handele, die allerdings wesentlich harmloser sei als die letzte Epidemie von 1889/90. Es sei keinesfalls, wie im Mai von der Presse zunächst kolportiert, eine neuartige „spanische Krankheit“. Es gebe weder wirksame präventive Schutzmaßnahmen gegen die Ansteckungen, sodass seuchenpolizeiliche Maßnahmen sinnlos seien, noch Heilmittel gegen die Krankheit. Es sei den Erkrankten aber unbedingte Schonung anzuraten, damit sie schnell wieder genesen könnten. Die Zeitungen sollten über die Sitzung des Reichsgesundheitsrats berichten, um die beruhigende Botschaft, es handele sich bei der Seuche nur um Grippe, sozusagen mit amtlichem Siegel versehen einmal mehr verbreiten zu können⁴⁹. Entsprechende Meldungen tauchten einige Tage später in den Zeitungen auf.

Die Zeitungen hielten sich in der Berichterstattung über die Frühjahrsgrippe, sobald diese die Reichsgrenzen erreicht hatte, an den Komment, keine Meldungen zu bringen, welche die deutsche Öffentlichkeit im vierten Kriegsjahr irgendwie hätten beunruhigen oder welche zu Spekulationen über einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Epidemie und der spezifischen Kriegssituation hätten Anlass geben können. Die uniforme Berichterstattung resultierte aus der Zensur der Presse durch die Militärbehörden, die auf jeden Fall den „Burgfrieden“ aufrechterhalten und die Öffentlichkeit in Sicherheit wiegen sollte⁵⁰. Sie war aber auch, wie die einen anderen Ton anschlagende Berichterstattung über die Herbstwelle zeigt, zu diesem Zeitpunkt noch Produkt einer Art Selbstzensur der Journalisten⁵¹ in der Phase der letzten Westoffensive und damit einer, allerdings rasch schwindenden, Hoffnung auf einen baldigen, für Deutschland günstig ausfallenden Frieden. Diese letzte Kriegsanstrengung und der dafür nötige Konsens an der Heimatfront sollte nicht durch eine kritische oder sensationsheischende Berichterstattung über die Grippe unterminiert werden.

Das Zusammentreffen dieser beiden fundamentalen Ereignisse: der Ausbruch der ersten weltweiten Grippeepidemie seit dreißig Jahren und ein Krieg in bisher ungekannten Ausmaßen brachte die Zeitgenossen dazu, einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden Ereignissen anzunehmen und Spekulationen über den Ursprung und das Ausmaß der Krankheit anzustellen. Das war nicht nur in Deutschland so. In den USA verdächtigte die Öffentlichkeit beispielsweise deutsche Spione, die Krankheit eingeschleppt zu haben. Ferner geriet das Bayer-Produkt Aspirin in den Ruf, von den Deutschen so manipuliert worden zu sein, dass es nun die Krankheit verursachte. In Westeuropa, aber auch in Südafrika gab es Vermutungen, dass der deutsche Giftgaseinsatz an der Westfront mit dem Auftre-

⁴⁹ BAB, R1501/11740, Protokoll der Besprechung des Reichsgesundheitsrats am 10.7.1918 vom 24.7.1918.

⁵⁰ Zur Pressezensur in Deutschland vgl. Martin Creutz, Die Pressepolitik der kaiserlichen Regierung während des Ersten Weltkriegs. Die Exekutive, die Journalisten und der Teufelskreis der Berichterstattung, Frankfurt a. M. 1996.

⁵¹ So auch Hieronimus, Krankheit, S. 175, in Bezug auf die Presseberichterstattung über die Grippe in Frankreich, Großbritannien und Deutschland.

ten der Krankheit in Verbindung stehe. In Frankreich spekulierte die Presse, dass die Infektion entweder von deutschen U-Booten angelandet oder von Kriegsgefangenen eingeschleppt worden sei⁵².

Solche Verschwörungstheorien über die Seuche als ein vom Feind bewusst verursachtes Unheil lassen sich für Deutschland nicht nachweisen. Für die deutsche Bevölkerung lag es hingegen nahe, die Gründe für das Auftreten der Grippeepidemie in der Versorgungssituation zu suchen. Der Gesundheitszustand der Deutschen hatte sich seit 1916 als Folge der britischen Seeblockade, des Fehlens von Arbeitskräften und Zugtieren durch die Einziehung zum Militär und der dadurch einhergehenden Minderung der Lebensmittelproduktion, durch die schlechte Ernte des Jahres 1916 und den harten Winter 1916/17 vor allem in den Städten rapide verschlechtert. Davon zeugte insbesondere die stark wachsende Zahl von Tuberkulose-Fällen. Selbst der Vormarsch harmloserer Hautkrankheiten wie der Bartflechte – die Barbierere hatten keinen Alkohol mehr zum Desinfizieren ihrer Rasierwerkzeuge – symbolisierten den allgemeinen Mangel und dessen gesundheitliche Folgen⁵³.

Zwar veröffentlichten die Behörden in den Kriegsjahren bewusst keine Informationen mehr über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, um diese nicht zu beunruhigen. Vielmehr frohlockte die Presse seit 1914, dass die klassischen Kriegsseuchen der Vergangenheit: also Cholera, Pocken, Fleckfieber, Typhus und Ruhr, in diesem Konflikt dank der modernen Medizin erstmals keine Gefahr mehr darstellten⁵⁴. Die Schönfärberei in der Presse, die auch den hygienisch-bakteriologischen Fortschrittsoptimismus der damaligen Mediziner widerspiegelte, die den Krieg gleichsam als großes Laboratorium betrachteten⁵⁵, verhinderte allerdings nicht, dass die Öffentlichkeit im vierten Kriegsjahr Spekulationen über den Zusammenhang von Versorgungssituation und nachlassender Volksgesundheit anstellte. Bei Hampe hieß es Anfang Juni 1918: „Man hört jetzt viel, dass die dauernde Unterernährung ungünstig auf die Fruchtbarkeit von Frauen und Mädchen wirkt. Die Gebärmutter schrumpft und die Periode hört auf.“⁵⁶ Im Monatsbericht für August über die Stimmung der Bevölkerung in Sachsen berichtete

⁵² Vgl. Crosby, *Forgotten Pandemic*, S. 217 (USA); Johnson, *Aspects*, S. 173 (Großbritannien und Südafrika); Hieronimus, *Krankheit*, S. 137 (Frankreich).

⁵³ Vgl. Franz Bumm (Hrsg.), *Deutschlands Gesundheitsverhältnisse unter dem Einfluss des Weltkrieges*, 2 Bände, Stuttgart 1928. Zur Bartflechte Roger Chickering, *The Great War and Urban Life in Germany*. Freiburg 1914–1918, Cambridge 2007, S. 348.

⁵⁴ So etwa zu Beginn des Krieges der Artikel des Mitarbeiters im Reichsgesundheitsamt Otto Lentz, *Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten unter Berücksichtigung der Verhältnisse im Kriege und die Mitwirkung der Krankenkassen*, in: *Ortskrankenkasse* (Zeitschrift des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen) 1 (1914), S. 386–394, oder der bekannte Berliner Bakteriologe August von Wassermann in einem Artikel vom 5. 3. 1916 im „Berliner Tageblatt“ mit dem Titel „Der Weltkrieg als Erprober der modernen Medizin“.

⁵⁵ Vgl. Wolfgang Eckart, „Der größte Versuch, den die Einbildungskraft ersinnen kann“. Der Krieg als hygienisch-bakteriologisches Laboratorium und Erfahrungsfeld, in: Ders./Christoph Gradmann (Hrsg.), *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Pfaffenweiler 1996, S. 299–319.

⁵⁶ Hampe, *Kriegstagebuch*, S. 699.

das XIX. Armeekorps: „Infolge ungenügender Ernährung hat die Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung recht nachgelassen. Die Leute können oft kaum noch ihre Arbeit verrichten. Jede an sich harmlose Krankheit macht sie arbeitsunfähig. Die Zahl der Fälle, in denen die Ärzte als Grund körperlichen Unbehagens Unterernährung feststellen, mehren sich von Tag zu Tag. Dies muss naturgemäß die Unzufriedenheit noch steigern. Es erscheint deshalb erwägenswert, auf die Ärzte in geeigneter Form einzuwirken, dass sie mit solchen Äußerungen dem Kranken bzw. deren Umgebung gegenüber möglichst vorsichtig sind, weil dadurch die an sich schon vorhandene Erregung gesteigert wird.“⁵⁷ Am 17. Oktober 1918, auf dem Höhepunkt der zweiten Grippewelle, schrieb das Kriegsernährungsamt an das Kaiserliche Gesundheitsamt, es kursierten in der Bevölkerung geradezu phantastische Angaben über die Krankheits- und Sterblichkeitsziffern als Folge der Ernährungssituation. Das Kriegsernährungsamt bat daher den Adressaten, auf die Bevölkerung durch gegenteilige öffentliche Stellungnahmen beruhigend einzuwirken⁵⁸.

Am 15. Juni war zudem eine weitere Kürzung der Brotrationen von den Behörden verkündet worden, die für weiteren Unmut sorgte. Die erste Grippewelle traf Deutschland ausgerechnet zu einem Zeitpunkt, als die Vorräte des Vorjahres auf dem Tiefpunkt angekommen waren, die neue Ernte hingegen noch nicht eingebracht war. Diese Periode war schon in den vorherigen Kriegsjahren stets stimmungsmäßig ein besonders kritischer Moment gewesen, in dem viele Gerüchte entstanden⁵⁹. So konnte die erste Welle der spanischen Grippe von der Öffentlichkeit in Deutschland als weiteres Indiz für die sich rapide verschlechternde Volksgesundheit als Folge des allgemeinen Mangels angesehen werden. Andernfalls war es für sie schwer zu erklären, dass eine bislang eher als harmlos eingeschätzte, seit Jahrzehnten nicht mehr epidemisch aufgetretene Krankheit ausgerechnet nach vier Kriegsjahren und sich immer mehr verschärfenden Lebensbedingungen solche Ausmaße annahm. In Frankfurt, wo statt durchschnittlich 2500 bis 3000 Kalorien pro Einwohner in der Vorkriegszeit mittlerweile nur noch 1500 zur Verfügung standen und ein durchschnittlicher Gewichtsverlust der Bevölkerung in vier Jahren von 23 Prozent zu verzeichnen gewesen war, kursierten entsprechende Gerüchte. Im Ruhrgebiet wurde die Epidemie schlichtweg als „Hungerkrankheit“ bezeichnet⁶⁰.

Gleichwohl ist in keinem der monatlichen Stimmungsberichte der stellvertretenden Generalkommandos zwischen Mai und Juli 1918 die erste Welle der spanischen Grippe explizit als Faktor aufgeführt, welcher die Stimmung in der Bevölkerung negativ beeinflusste oder sich als störendes Element für die wirtschaftliche Mobilisierung erwies. Das Gleiche gilt für die Lageeinschätzungen des Berliner

⁵⁷ BayHStA, Mkr 12852, Zusammenstellung der Monatsberichte der stellvertretenden Generalkommandos für den August 1918, 3. 9. 1918.

⁵⁸ BAB, R1501/109176.

⁵⁹ Vgl. Karl-Ludwig Ay, Die Entstehung einer Revolution. Die Volksstimmung in Bayern während des Ersten Weltkriegs, Berlin 1968, S. 182.

⁶⁰ Vgl. Fritz, Frankfurt, S. 16.

Polizeipräsidenten. Diese verzeichneten zwar ebenfalls für den Zeitraum zwischen Mai und Juli 1918 eine sich insgesamt verschlechternde Stimmung in der Bevölkerung durch die Lebensmittelknappheit, vor allem aber wegen des Ausbleibens sichtbarer Erfolge trotz der wiederholten Offensiven der deutschen Truppen an der Westfront⁶¹. Die Grippe war zu diesem Zeitpunkt lediglich ein, den Behörden allerdings nicht gesondert berichtenswertes Ereignis.

In Wirklichkeit aber gab es, ganz im Gegensatz zur Vermutung der damaligen Öffentlichkeit (und einiger späterer Historiker)⁶², keine direkte Verbindung zwischen Morbidität und Mortalität der Grippe einerseits und der allgemeinen Versorgungssituation in Deutschland andererseits. Bei der zweiten Grippe-Welle im Herbst wurden die ländlichen Gebiete des Reichs, in denen die Lebensmittelversorgung wesentlich besser war, ebenso stark von der Grippe heimgesucht wie die unter Hunger leidende Stadtbevölkerung⁶³. Der Pathologe Carl Fahrig schrieb nach dem Ersten Weltkrieg, basierend auf seinen Erfahrungen bei der bayerischen militärärztlichen Akademie: „Die Bösartigkeit der Seuche hängt anscheinend nicht mit dem schlechten Stand der Ernährung im abgesperrten Deutschland zusammen, da die Grippe in der viel besser versorgten Schweiz noch ungünstiger verlief als bei uns. Der Ernährungszustand der von mir seziierten Soldaten war durchschnittlich nicht schlecht, in einem Viertel der Fälle vorzüglich.“⁶⁴ Die Mediziner in Deutschland gingen davon aus, dass zwar die schlechte Ernährungssituation in Deutschland nicht das Ansteckungsrisiko und die Schwere der Erkrankung beeinflusst, die Rekonvaleszenz aber hinausgezögert habe⁶⁵. Schließlich belegt auch die Zahl der Grippe-Toten in der bestens ausgerüsteten und gepflegten US-Army, deren Rekruten einer rigorosen gesundheitlichen Überprüfung unterworfen worden waren⁶⁶, dass unzureichende Ernährung nicht einen schwereren Verlauf der Grippeepidemie nach sich zog. Von den vier Millionen 1918 mobilisierten US-Soldaten starben 43 000 an Grippe, also etwa 1 Prozent der Eingezogenen. Von den rund acht Millionen deutschen Soldaten des Jahres 1918, welche wesentlich schlechter versorgt waren als die Amerikaner und zudem bereits seit vier Jahren im Einsatz gestanden hatten, fielen dagegen 20 000 bis 25 000 der Seuche zum Opfer, also etwa 0,3 Prozent⁶⁷.

⁶¹ Vgl. Dokumente aus geheimen Archiven, Bd. 4: Berichte des Berliner Polizeipräsidenten zur Stimmung und Lage der Bevölkerung in Berlin 1914–1918, bearb. von Ingo Materna und Hans-Joachim Schreckenbach, Weimar 1987.

⁶² Wehler, Gesellschaftsgeschichte, Bd. 4, S. 232, schreibt, die Grippe habe die durch den Krieg geschwächte Bevölkerung Europas überfallen und dort 30 Millionen Tote [sic] gefordert.

⁶³ GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Bd. 3836, Bericht des Regierungspräsidenten in Breslau an den preußischen Minister des Innern, 7. 4. 1919.

⁶⁴ Fahrig, Grippe, in: Aschoff (Hrsg.), Handbuch der ärztlichen Erfahrungen, Bd. 8, S. 145.

⁶⁵ Vgl. Martin Hahn, Influenza, Genickstarre, Tetanus, Weil'sche Krankheit, in: Bumm (Hrsg.), Deutschlands Gesundheitsverhältnisse, Bd. 1, S. 329–351, hier S. 333.

⁶⁶ Vgl. Byerly, Fever, S. 31f.

⁶⁷ Für die US-Verluste vgl. Crosby, Forgotten Pandemic, S. 207; die deutschen Verluste nach H. Bogusat, Die Influenzaepidemie 1918/19 im Deutschen Reiche, in: Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt 53 (1923), S. 443–466.

II. Die zweite Welle: Ausbreitung, Wirkung und Deutung

Der Ausbruch der zweiten Welle wurde im letzten Augustdrittel 1918 im französischen Brest, in Freetown in Westafrika und Boston an der amerikanischen Ostküste gleichzeitig registriert⁶⁸. Das Virus, welches sich möglicherweise durch Verbindung mit einem saisonalen Subtyp nochmals genetisch verändert hatte, verursachte nun eine etwa fünfundzwanzig- bis dreißigfach höhere Mortalität als sie bei gewöhnlichen saisonalen Grippewellen auftritt⁶⁹. Die *Tägliche Rundschau* meldete am 26. September ein wieder häufigeres Auftreten der Grippe in Berlin mit ersten Todesopfern. Die Zahl der Erkrankungen erreichte im Reich ungefähr zwischen dem 10. Oktober und dem 15. November den Höchststand. Die zweite Welle forderte in Deutschland wie auch weltweit bei weitem am meisten Opfer. In Großbritannien, dessen Erfahrungen durchaus repräsentativ sind, kamen nach Berechnungen von Niall Johnson etwa 10 Prozent aller Grippeopfer von 1918/19 in der ersten, 64 Prozent in der zweiten und 26 Prozent in der dritten Welle um⁷⁰.

Die Herbstepidemie verschonte zumeist diejenigen, die sich bereits in der Frühjahrswelle infiziert hatten, oder führte bei ihnen zumindest zu einem milderen Krankheitsverlauf. Im Vergleich zum Juni und Juli erkrankten in Deutschland weniger Soldaten und Zivilisten, nicht zuletzt weil viele durch die erste Welle immunisiert worden waren⁷¹. Unter den etwa 300 000 Soldaten des bayrischen Besatzungsheers, d. h. den in Deutschland verbliebenen Truppen, waren im Juni durchschnittlich 32 Promille, im Juli 48 Promille, im Oktober 30 Promille und im November 13,6 Promille der Soldaten an Grippe erkrankt⁷². Dafür waren bei den Infizierten der Herbstwelle die Symptome wesentlich schwerer. Die Betroffenen litten unter hohem Fieber, rasenden Kopf- und Gliederschmerzen. Schwerkranke bluteten aus Nasen und Ohren oder spuckten Blut. Aus Sauerstoffmangel liefen sie im Gesicht blau an. Die Rekonvaleszenz zog sich teilweise über Wochen oder Monate hin, und die Mortalität war um ein Mehrfaches höher als im Juni/Juli. Der Tod stellte sich manchmal schon ein oder zwei Tage nach dem ersten Auftreten der Symptome ein. Das Besondere an dieser zweiten Welle war zudem im Vergleich zu allen anderen bekannten Influenzapandemien der Umstand, dass vor allem Menschen im an sich widerstandsfähigsten Alter zwischen 15 und 40 Jahren erkrankten und auch starben. Bei anderen Grippepandemien oder den all-

⁶⁸ Vgl. Crosby, *Forgotten Pandemic*, S. 37.

⁶⁹ Vgl. Jeffrey Taubenberger, *Genetic Characterisation of the 1918 „Spanish“ Influenza Virus*, in: Phillips/Killingray (Hrsg.), *Spanish Influenza*, S. 39–46.

⁷⁰ Vgl. Johnson, *Aspects*, S. 123.

⁷¹ Vgl. Friedrich Münter, *Influenza*, in: Ludolf von Krehl (Hrsg.), *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege*, Bd. 3: *Innere Medizin*, Leipzig 1921, S. 322–324; Heeressanitätsinspektion des Reichskriegsministeriums (Bearb.), *Sanitätsbericht über das Deutsche Heer im Weltkriege 1914–1918*, Bd. 3: *Die Krankbewegungen bei dem deutschen Feld- und Besatzungsheer im Weltkriege 1914–1918*, Berlin 1934, S. 123. In den USA wurde das gleiche Phänomen beobachtet. Vgl. Barry, *Influenza*, S. 407f.

⁷² BayHStA, Mkr 13790, Bericht über die Grippeepidemie des Jahres 1918 im Bereich des bayrischen Besatzungsheeres, 4. 6. 1919.

jährlichen saisonalen Grippewellen sind vor allem Kinder und ältere Menschen gefährdet. Das ungewöhnliche Sterblichkeitsmuster der „spanischen“ Grippe rührte, wie man heute vermutet, von einer Überreaktion der Immunsysteme, die als „Zytokin-Sturm“ bezeichnet wird. Die leistungsfähigen Immunsysteme dieser relativ jungen und kräftigen Jahrgänge wenden sich bei dem Versuch, die eindringenden Viren zu neutralisieren, schließlich gegen alle betroffenen Körperzellen. Das dabei anfallende tote Zellenmaterial verstopft die Lungenarterien und führt zum Erstickungstod⁷³. Schon die damaligen Ärzte vermuteten als Ursache für dieses ungewöhnliche Sterblichkeitsmuster eine Überreaktion des Immunsystems, die zu einer Art inneren Vergiftung führe⁷⁴.

Die Herbstwelle schwächte die Offensivkraft der US-Verbände während der am 26. September angelaufenen und bis 11. November anhaltenden Argonne-Meuse-Offensive, der ersten eigenständigen Großoperation der Amerikaner an der Westfront mit insgesamt 1,2 Millionen Soldaten⁷⁵. Vor allem verlangsamte sich der Aufbau und die Verlegung des US-Expeditionskorps wegen der Ansteckungsgefahr in den überfüllten Ausbildungslagern und während der Atlantiküberfahrt in eng belegten Truppentransportern. Aufgrund der Epidemie wurden im Oktober in den USA keine neuen Rekruten mehr eingezogen und die Zahl der pro Truppentransporter zugelassenen Soldaten zunächst um 10, später um 30 Prozent gesenkt⁷⁶. Die zweite Grippewelle hätte damit potentiell im November/Dezember wegen der durch sie ins Stocken geratenen amerikanischen Mobilisierung den Druck von der deutschen Front nehmen und womöglich den militärischen Zusammenbruch verzögern können, wäre nicht der Krieg am 11. November zu Ende gegangen.

Während sich die Verbreitungswege der Frühjahrsepidemie relativ eindeutig für Zeitgenossen wie Historiker als eine sich langsam von der Westfront ins Reichsgebiet in östlicher Richtung vorrückende Seuche nachvollziehen ließen, schien die Herbstwelle unvermutet überall aufzutauchen⁷⁷. Unklar ist, ob dies eine Folge des Zusammenbruchs des Kaiserreichs und des damit einhergehenden Kontrollverlustes der Zivil- wie Militärbehörden war oder ob sich die zweite Welle tatsächlich weniger linear ausbreitete und womöglich mehrere Ausgangspunkte oder Einfalltore nach Deutschland besaß. Jedenfalls wurde auch die Sanitätsführung des Heeres im Herbst 1918 in den Strudel der inneren Auflösung gerissen und verlor damit den Überblick über den Gesundheitszustand der Truppe. Dies belegt der Umstand, dass für die Herbstwelle im Gegensatz zur Frühjahrsepi-

⁷³ Vgl. Barry, *Influenza*, S. 248–250; Landis McKellar, *Pandemic Influenza. A Review*, in: *Population and Development Review* 33 (2007), S. 429–451, hier S. 434.

⁷⁴ So Münter, *Influenza*, in: von Krehl (Hrsg.), *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen*, Bd. 3, S. 323.

⁷⁵ Vgl. Byerly, *Fever*, S. 108–120.

⁷⁶ Vgl. Crosby, *Forgotten Pandemic*, S. 123 ff.

⁷⁷ Diesen Unterschied in den Verbreitungswegen zwischen den beiden Wellen konstatierten z. B. die bayerischen Militärbehörden. BayHStA, Mkr 13790, Bericht über die Grippeepidemie des Jahres 1918 im Bereich des bayerischen Besatzungsheeres, 4. 6. 1919.

mie keine akkuraten Statistiken mehr über die Grippeerkrankungen im Feldheer erstellt werden konnten⁷⁸.

Wie schon bei der Frühjahrsepidemie gab es erhebliche regionale und trupenspezifische Unterschiede bei Zivilbevölkerung bzw. Militär hinsichtlich der Morbidität. So war im Oktober an der Westfront bei dem zur 6. bayerischen Armee gehörigen 55. Armeekorps der Gesundheitszustand wegen der Grippe „wenig günstig“, bei allen anderen Großverbänden der 6. Armee aber „gut“⁷⁹. Im bayerischen Besatzungsheer erkrankten im Herbst 6 Prozent der in Bamberg stationierten Soldaten, dagegen 33 Prozent des Personals der in München liegenden Einheiten und sogar 75 Prozent in der Unteroffiziersschule Fürstenfeldbruck⁸⁰.

Im Allgemeinen wurden in Deutschland wie auch in anderen europäischen Ländern urbane Zentren entlang der Hauptverkehrsrouten eher von der Grippe erreicht und zeichneten sich durch eine höhere Morbidität aus als ländliche Gebiete. Besonders betroffen waren Orte, an denen eine große Zahl von Menschen dicht beisammen lebte oder arbeitete, also etwa Fabriken, Bergwerke, Kasernen und Kriegsgefangenenlager⁸¹. Wenn man allerdings die 1919 vom Reichsgesundheitsamt bei den Standes- und Einwohnermeldeämtern der deutschen Städte über 10 000 Einwohnern ermittelte Sterblichkeit für die Jahre 1914 bis 1918 als Indiz dafür nimmt, wie schwer eine Region in Deutschland von der spanischen Grippe betroffen wurde, so ergibt sich ein vollkommen willkürlich erscheinendes Bild. Aus den erhaltenen Meldungen von etwa 100 Kommunen an das Reichsgesundheitsamt⁸² für die seit den 1890er Jahren jährlich erstellte nationale Todesursachen-Statistik lässt sich aus dem Anteil an Sterbefällen durch Erkrankungen der Atmungsorgane weder deduzieren, dass etwa der Westen des Reiches mehr als der Osten, der Süden mehr als der Norden betroffen wurden oder umgekehrt. Königsberg wies mit 3,7 Promille eine relativ geringe Mortalität durch Erkrankungen der Atmungswege auf im Vergleich zu Essen (7,2 Promille), Breslau (7,1 Promille), jedoch eine wesentlich höhere als Karlsruhe (2,3 Promille). Kiel (5,9 Promille) war wesentlich stärker betroffen als Augsburg (0,8 Promille), Altona (2,8 Promille) hingegen litt weniger als Lörrach (7,2 Promille). Ebenso wenig kann man basierend auf diesen Zahlen behaupten, dass Großstädte stets einen höheren Prozentsatz der Bevölkerung durch die Seuche verloren als Kleinstädte in ländlichen Regionen. In Stuttgart starben 1918 4,8 Promille und in Leipzig 4,1 Promille der Bevölkerung durch Erkrankungen der Atmungswege, in Stargard in Pommern jedoch 9,4 Promille und Schleswig sogar 13 Promille. Industriemetropolen verloren anteilig nicht unbedingt mehr Einwohner durch die Grippe als

⁷⁸ GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Bd. 3834, Bericht der Sanitätsabteilung des Reichswehrministeriums über die Grippeepidemie im Heer 1918/19, 23. 4. 1920.

⁷⁹ BayHStA, HG Rupprecht, Bd. 58, Wochenmeldungen des Armeearztes der 6. Armee für den Monat Oktober.

⁸⁰ BayHStA, Mkr 13790, Bericht über die Grippeepidemie des Jahres 1918 im Bereich des bayerischen Besatzungsheeres, 4. 6. 1919.

⁸¹ Vgl. Peiper, Preußen, S. 3–6; Bogusat, Influenzaepidemie, S. 446; für Großbritannien Johnson, Aspects, S. 323–345.

⁸² BAB, R86/4486.

Universitätsstädte, wie ein Vergleich zwischen Dortmund (1 Promille) und Chemnitz (5,2 Promille) einerseits und Freiburg im Breisgau (7,9 Promille) und Marburg/Lahn (12 Promille) andererseits zeigt. In manchen Städten wie Freiburg im Breisgau, Hof (Bayern), Kattowitz (Oberschlesien), Marburg, Recklinghausen, Schleswig, Stralsund und Zwickau verdrei- oder vervierfachte sich 1918 die Sterblichkeit durch Erkrankungen der Atmungsorgane im Vergleich zum Vorjahr. In anderen wie Altona (heute Hamburg), Augsburg, Berlin-Neukölln, Berlin-Charlottenburg, Dortmund, Karlsruhe, Liegnitz (Schlesien) und Osnabrück gab es mit 1 bis 3 Promille im Vergleich zu 1917 fast keine Abweichung. Die Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen im Jahre 1918 variierte in den erhaltenen Unterlagen von in seltenen Fällen weniger als 1 Promille (Augsburg, Osnabrück) bis zu vereinzelt Spitzenwerten von 8,7 Promille (Allenstein in Ostpreußen), 9,6 Promille (Kattowitz und Mönchengladbach), 9,8 Promille (Zwickau), 12 Promille (Marburg) und schließlich 13 Promille (Schleswig). In den meisten Kommunen, für die Unterlagen erhalten sind, bewegte sich 1917 die Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen zwischen 1 und 3 Promille und im Pandemie-Jahr zwischen 4 und etwa 7,5 Promille.

Es lässt sich aus dem erhaltenen statistischen Material zur Mortalität in den deutschen Städten lediglich der Schluss ziehen, dass die Erfahrungen der einzelnen deutschen Kommunen mit der Pandemie im Jahre 1918 gänzlich unterschiedlich waren, ohne dass Indikatoren wie geographische Lage, Größe oder soziale Zusammensetzung der Bewohner eine Stadt mehr als eine andere zu einem bestimmten Grippeschicksal prädestiniert zu haben schienen. Eine ähnliche Willkürlichkeit im Verlauf der Grippe in einer Großstadt im Vergleich zu einer anderen konstatierte im Übrigen schon Crosby für die USA mit Verweis auf das unterschiedliche Schicksal vom schwer betroffenen Philadelphia einerseits und dem weniger erfassten New York andererseits, die beide für amerikanische Verhältnisse geographisch nicht sehr weit auseinander lagen⁸³.

Die Herbstwelle verursachte im Reich im Oktober und November erhebliche Störungen des öffentlichen Lebens, so bei Post, Fernmeldeämtern und im öffentlichen Nahverkehr. In den Bergwerken, Fabriken und in der Landwirtschaft kam es zu Produktionsausfällen. Zwischen Mitte Oktober und Mitte November waren „Grippeferien“ ein weit verbreitetes Phänomen in Deutschlands Schulen.

Die Reichs- bzw. Landesbehörden gaben keine verbindlichen Anweisungen, mit welchen Maßnahmen auf die Seuche zu reagieren sei, sondern überließen die Entscheidungen vollständig den Lokalverwaltungen. So verschickte das preussische Kultusministerium am 24. Oktober einen Runderlass, dass über grippebedingte Schulschließungen die Bezirksregierungen nach Anhörung des Kreisarztes entscheiden sollten⁸⁴. Selbst im zentralistischen Frankreich wurde die Verantwortung zur Bekämpfung der Grippe an die Lokalbehörden delegiert⁸⁵. In Breslau, das schwer von der Seuche betroffen war, richtete die Stadtverwaltung

⁸³ Vgl. Crosby, *Forgotten Pandemic*, S. 64.

⁸⁴ GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Bd. 3834.

⁸⁵ Vgl. Hieronimus, *Krankheit*, S. 41.

14 Grippe-Beratungsstellen ein. An Litfaßsäulen wurde über die Seuche aufgeklärt, und Polizisten verteilten zusätzlich Handzettel an die Haushalte. Allerdings kam die Seuche so schnell und heftig über die Stadt, dass alle Abwehrmaßnahmen der Behörden zu spät erfolgten⁸⁶. Während Dresden auf die zweite Welle sofort mit der Schließung von Schulen, Theatern, Kinos und dem Aussetzen von Gerichtsverhandlungen reagierte, erfolgten solche Maßnahmen in Leipzig erst nach massiver Kritik aus der Bevölkerung. Die Leipziger Messe fand trotzdem statt, und ein allgemeines Versammlungsverbot erließ keine der beiden Metropolen⁸⁷. Zu drastischen Maßnahmen, die praktisch zum Stillstand des öffentlichen Lebens geführt hätten inklusive einem generellen Verbot von Versammlungen, der Schließung von Gaststätten und dem Aussetzen von Gottesdiensten, wie sie etwa einige Kantone der Schweiz verordneten, konnte sich kein Bundesstaat und keine Kommune im Reich durchringen. Nicht zuletzt aus Rücksicht auf die ohnehin gespannte Stimmung in der Bevölkerung, die den Frieden herbeisehnte und sich zugleich durch das indirekte Eingeständnis der Niederlage durch das Waffenstillstandsangebot der Regierung vom 5. Oktober um die Anstrengungen der letzten Kriegsjahre betrogen fühlte, scheute man auf lokaler wie nationaler Ebene zu starke behördliche Interventionen⁸⁸. In einem Bericht von 1920 über die Pandemie in Preußen hieß es: „Die Influenzapandemie ist demnach bei uns ohne wesentliche Beeinflussung durch systematische Bekämpfungsmaßnahmen verlaufen; hieraus könnte den Behörden ein Vorwurf gemacht werden.“ Doch auch die Schweiz habe trotz ihrer wesentlich drastischeren seuchenpolizeilichen Maßnahmen der Grippe ohnmächtig gegenübergestanden⁸⁹. Allerdings war ein solches Zögern der Behörden auch in Frankreich anzutreffen. Auch dort hielt man den nachteiligen Effekt auf die Stimmung an der Heimatfront für größer denn eventuelle seuchenpolizeiliche Vorteile⁹⁰.

Der Reichsgesundheitsrat, der am 16. Oktober erneut wegen der Grippe zusammentrat, einigte sich einmal mehr darauf, dass es sich bei der Krankheit trotz des nicht immer nachweisbaren Pfeiffer-Bazillus um Grippe und nicht, wie oft behauptet, um Lungenpest handele. Aus Mangel an freien Betten sei oftmals eine Isolation der Infizierten in den Krankenhäusern nicht möglich. In vielen Städten wie etwa Berlin müssten die Kranken bereits von den Hospitälern wegen Überfüllung abgewiesen werden. Ein allgemeines Verbot von Versammlungen, Kulturveranstaltungen und Gottesdiensten, wie es in einigen Kantonen der Schweiz erfolgt sei, stehe in keinem Verhältnis zu den wirtschaftlichen Nachteilen einer solchen Maßnahme und würde unter den derzeitigen Verhältnissen nur noch die Beunruhigung der Bevölkerung steigern. Ebenso sprach sich der Reichsgesundheitsrat gegen Schulschließungen aus, weil die Schulen oft die einzigen Speisestätten

⁸⁶ GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Bd. 3836, Bericht des Regierungspräsidenten in Breslau an den preußischen Minister des Innern, 7. 4. 1919.

⁸⁷ Vgl. Olm, Sachsen, S. 30 ff.

⁸⁸ So etwa Witte, Erklärungsnotstand, S. 161 ff., für Mannheim, wo die Kinos mit Rücksicht auf die Stimmung in der Bevölkerung nicht geschlossen wurden.

⁸⁹ Peiper, Preußen, S. 23.

⁹⁰ Vgl. Hieronimus, Krankheit, S. 41.

für die Kinder seien und die berufstätigen Frauen entlasteten. Man könne nur noch die Bevölkerung über die richtigen Verhaltensmaßregeln belehren: Es sei auf unbedingte Sauberkeit vor allem bei der Essenszubereitung zu achten. Man solle regelmäßig mit einer Salzlösung gurgeln, Menschenansammlungen meiden, bei den ersten Anzeichen einer Erkrankung alle Anstrengungen unterlassen und zum Arzt gehen. Allerdings informierte die Reichsregierung die Bundesstaaten erst zwei Wochen nach dem Treffen des Reichsgesundheitsrats über dessen Empfehlungen⁹¹. Dies war ein deutliches Indiz dafür, dass man in Berlin selbst auf dem Höhepunkt der Pandemie diese als nicht sonderlich dringliche Angelegenheit im Vergleich zu anderen Fragen ansah. Gleiches galt im Übrigen auch für Großbritannien und die USA. Auch hier beschäftigten sich die obersten Regierungsinstanzen im Herbst 1918 nicht mit der Pandemie⁹².

Anders als im Frühjahr berichteten jetzt die Zeitungen stärker über die von der Grippe verursachten Störungen, obwohl diese in Anbetracht der geringeren Morbidität im Vergleich zur ersten Welle vom Juni/Juli weniger verbreitet gewesen sein dürften. In der *Berliner Morgenpost* hieß es am 17. Oktober, bei der Berliner Straßenbahn fehlten wegen Krankheit 15 Prozent der Belegschaft, bei einigen Abteilungen der Kommunalverwaltung sogar 30 Prozent. Die Presse thematisierte nun die Ängste der Bevölkerung. Die *Vossische Zeitung* berichtete am 18. Oktober, dass sich in der Bevölkerung die Auffassung verbreite, es handle sich bei der Krankheit um die Lungenpest. Diese trete aber nur zusammen mit der Beulenpest auf, und ihr gehe stets ein Massensterben von Ratten voraus. Auch die *Norddeutsche Allgemeine Zeitung* trat am 21. Oktober den Gerüchten entgegen, die Lungenpest kursiere. Diese Gerüchte, so die Zeitung, beruhten auf der offensichtlich starken Beunruhigung der Bevölkerung. In der *Frankfurter Zeitung* hieß es am 19. Oktober, während man die Frühjahrschwelle viel zu leicht genommen habe, „beobachtet man jetzt eine geradezu nervöse Angst in allen Schichten der Bevölkerung“. Franz Bumm, der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts, schrieb am 18. Oktober an den Staatssekretär des Reichsamts des Innern, dass die Presse in beunruhigender Art und Weise über die Epidemie berichte. Die Bevölkerung gerate dadurch in eine noch schlechtere Gemütslage als sie ohnehin schon herrsche. Das Ministerium solle entsprechend auf die Presse einwirken, wofür Bumm dem Schreiben eine bewusst harmlos formulierte Pressemitteilung beilegte, die unter anderem darauf verwies, dass es sich um eine Grippeepidemie wie jene von 1889/90 handle und keinesfalls um Lungenpest⁹³. „Die städtische Bevölkerung steht gegenwärtig noch mehr unter dem Eindruck der bösartigen Grippe als unter dem der großen Niederlagen. Der Dienstboten- und Pfliegermangel, die Überfüllung der Kliniken erhöhen die Not. Frau Runke mit ihren drei Kindern ist ganz ohne Hilfe, sie selbst mit angehender Lungenentzündung, zwei Kinder an Grippe erkrankt. Dabei scheuen sich die meisten Menschen, in solche Grippe

⁹¹ BayHStA, Mkr 10058, Rundschreiben des Reichskanzlers vom 31. 10. 1918 auf Basis der Empfehlungen des Reichsgesundheitsrates auf der Sitzung vom 16. 10. 1918.

⁹² Vgl. Barry, *Influenza*, S. 302 (USA); Johnson, *Aspects*, S. 377f. (Großbritannien).

⁹³ BAB, R1501/11740.

wohnungen zu gehen, als seien es Pesthöhlen“, schrieb Hampe am 20. Oktober in sein „Kriegstagebuch“⁹⁴.

Die Pressestimmen nahmen im Oktober eine deutlich kritischere Haltung gegenüber den Behörden ein. Sie begannen nun über den Zusammenhang von Versorgungsmängeln und Umfang der Grippeepidemie zu spekulieren⁹⁵. Die *Vossische Zeitung* beklagte am 16. Oktober den Mangel an Pferdefuhrwerken und Autos für den Krankentransport, während zugleich weiterhin zahlreiche Droschken von Damen in prächtiger Aufmachung für Vergnügungstouren genutzt wurden. Sie appellierte an die Militärbehörden diese zu requirieren. Die *Tägliche Rundschau* forderte am 21. Oktober, dass in Berlin wie in andern Städten alle Schulen und Vergnügungsstätten geschlossen werden sollten. Die Bahn, Droschken und Automobile müssten ganz den Ärzten zur Verfügung stehen. „Es ist geradezu aufreizend, wenn man heute noch die Wagenreigen sieht, die gewissen Gasthöfen mit den eleganten ‚Damen‘ um die unvermeidliche 5-Uhr-Tee-Stunde zustreben, während Kranke vergeblich auf ihren Arzt hoffen. Das Selbe gilt von den Nachtfahrten gewisser Elemente. [...] Nochmals gesagt: Es ist Zeit, dass durchgegriffen wird. Und zwar erstens unverzüglich, zweitens für Groß-Berlin einheitlich.“

Die veränderte Berichterstattung der Presse über die zweite Welle der spanischen Grippe war nicht nur Folge einer höheren Zahl an Erkrankungen und Todesfällen. Sie zeigt auch, dass innerhalb von nur drei Monaten der stillschweigende Konsens, keine Nachrichten zu bringen, seitens der Presse aufgekündigt worden war, bzw. die Pressezensur nicht mehr wirksam aufrechterhalten werden konnte. Angesichts der allgemeinen Empörung über die Ende September abgegebene militärische Bankrotterklärung der kaiserlichen Regierung und der OHL wagte nun die Presse, die Behörden zu kritisieren und die zweite Welle der Grippe als deutliches Zeichen dafür zu werten, dass der Krieg mit all seinen Folgeerscheinungen nun endlich liquidiert werden müsse.

Die Behörden des untergehenden Kaiserreichs befanden sich angesichts der zweiten Grippewelle in einer praktisch unlösbaren Situation: Auf der einen Seite wollten sie der Bevölkerung im Herbst 1918 nicht weitere Entbehrungen wie die generelle Schließung von Vergnügungsstätten und ein Versammlungsverbot zumuten, ganz abgesehen davon, dass diese Maßnahmen kaum zur Eindämmung der Grippe beigetragen hätten. Auf der anderen Seite beschleunigte gerade ihre Inaktivität angesichts dieser neuen Herausforderung den ohnehin durch die Politik der zurückliegenden Jahre, etwa in der Frage ausreichender und gerechter Lebensmittelversorgung⁹⁶, zu verzeichnenden rapiden Legitimitätsverlust des Kaiserreichs.

Allerdings war selbst auf dem Höhepunkt der zweiten Grippewelle im Oktober/November 1918 die Pandemie nicht das dominierende Thema in Deutschland. Sie nahm keinen prominenten Platz in den Spalten der Tageszeitungen ein.

⁹⁴ Hampe, Kriegstagebuch, S. 761.

⁹⁵ So etwa die „Berliner Morgenpost“ vom 13.10.1918 und die „Tägliche Rundschau“ vom 21.10.1918.

⁹⁶ Vgl. hierzu Belinda J. Davies, *Home Fires Burning. Food, Politics and Everyday Life in World War I Berlin*, Chapel Hill 2000.

Die Artikel beschränkten sich auf kurze Meldungen und Kommentare. Zudem verschwand das Thema schon Ende Oktober wieder aus der Presse, also längst vor dem Abklingen der Epidemie. Was blieb, waren Werbeanzeigen für alle Arten von vermeintlichen Heilmitteln gegen die Grippe sowie die vielen Todesanzeigen, oft mit dem stereotypen Hinweis, die betroffene Person sei nach kurzer schwerer Krankheit gestorben⁹⁷. Hinsichtlich gesundheitlicher Gefahren dominierten ab November in der Presse Artikel über das Einschleppen ansteckender Krankheiten durch die zurückkehrenden Truppen. Die Gefahr der Ausbreitung vor allem von Geschlechtskrankheiten und Fleckfieber im Reichsgebiet im Zuge der Demobilisation beschäftigte im Herbst 1918 die obersten zivilen wie militärischen Behörden viel mehr als die Grippe⁹⁸. Die Pandemie wurde offenbar als ein ohnehin nicht zu beherrschendes Naturereignis angesehen.

Die zitierten Beispiele über die Ängste der Bevölkerung vor der Epidemie dürften vor allem ein Phänomen der besonders betroffenen Städte gewesen sein und damals nur kurz andere Themen überschattet haben. Die Berichte über die Stimmung in der Bevölkerung der drei stellvertretenden bayerischen Generalkommandos im Herbst 1918 jedenfalls erwähnen nur einmal die Grippe: „Der Abfall Bulgariens, der Zerfall der Donaumonarchie, der Rücktritt Ludendorffs, die Preisgabe der nordfranzösischen Städte an der flandrischen Küste, die Bargeldknappheit und die Ernährungsschwierigkeiten, sowie die Furcht vor einer feindlichen Invasion haben bei der Bevölkerung großen Schrecken und große Sorge ausgelöst; das Auftreten der spanischen Grippe mit zahlreichen Todesfällen mehrt die Ängstigung.“⁹⁹ Andere zeitgenössische Kommentatoren zeigten sich geradezu erstaunt, wie wenig Aufsehen die Seuche erregte. „Es ist seltsam, wie gelassen die Welt die furchtbare Influenza-Epidemie, die sie während der letzten Monate heimgesucht, hingenommen hat, und wie wenig Aufsehen auch die schlimmsten Sensationsblätter von ihr gemacht haben“, kommentierten die *Münchener Neuesten Nachrichten* am 3. Januar 1919. Und in der *Neuen Zürcher Zeitung* hieß es am 2. März 1919: „Und wenn wir heute über etwas erstaunt sind, so sind wir es über die beispiellose Gleichmütigkeit, mit der die Menschheit diese Seuche hingenommen hat. Aber eben: die Welt ist an den Massentod gewöhnt. In einer Zeit, da im rasenden Triebwerk furchtbarer Kriegsmaschinen täglich tausend Menschen zermalmt wurden, verlor der natürliche Tod an Sensation.“

Selbst das amtliche deutsche Schriftgut beschäftigte sich mit diesem Ereignis eher spärlich. Das gilt für die Reichsinstitutionen, also das Kaiserliche Gesundheitsamt (bzw. ab November 1918 Reichsgesundheitsamt), die Landesbehörden, wie es das von Wilfried Witte untersuchte Beispiel Badens verdeutlicht¹⁰⁰, und selbst die kommunale Ebene, wie etwa eine Lokalstudie zu Recklinghau-

⁹⁷ Vgl. Fritz, Frankfurt, S. 27 f.; Kordes, Spanische Grippe, S. 140.

⁹⁸ Akten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes (R 86) und des Reichsamtes des Innern (R 1501), in: BAB.

⁹⁹ BayHStA, Mkr 12850, Bericht für den Monat Oktober des II. bayerischen Armeekorps.

¹⁰⁰ Vgl. Witte, Erklärungsnotstand, S. 9 u. S. 135.

sen zeigt¹⁰¹. Diese Marginalisierung der Pandemie durch die Behörden war in Deutschland, wo das Kriegsende auch noch einen politischen Systemwechsel, bürgerkriegsartige Zustände und anhaltende wirtschaftliche Not brachte, noch stärker als in den Siegerstaaten. Während Großbritannien, Neuseeland und Südafrika unmittelbar nach der Seuche umfangreiche amtliche Berichte verfassten oder Parlamentskommissionen einsetzten¹⁰², erschien das quasi amtliche Resümee zur Pandemie in Deutschland, ein dreiundzwanzigseitiger Artikel, erst fünf Jahre nach dem Ende des Krieges an eher entlegener Stelle, in der Zeitschrift „Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt“¹⁰³.

Das Weltkriegsende mit seinen politischen und sozialen Folgen lieferte vor allem für die unterlegenen Mittelmächte eine Erklärung dafür, dass die Seuche marginalisiert wurde. Hinzu kam, dass sich die Pandemie zu einem Zeitpunkt ereignete, als selbst in Europa und Nordamerika Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose noch einen erheblichen Teil der jährlichen Sterblichkeit verursachten. Zwar war die Sterblichkeit infolge von Infektionskrankheiten vor allem wegen sanitärer Maßnahmen in den Städten wie einer modernen Trinkwasserver- und Abfallentsorgung schon seit einigen Jahrzehnten im Rückgang begriffen. Auch hatte Bakteriologie das Wissen um die Ursachen von Infektionskrankheiten vermehrt, aber bis 1918 weder gegen Tuberkulose, Diphtherie, Cholera oder Grippe Medikamente entwickeln können¹⁰⁴. Seuchen wie die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 lagen erst eine Generation zurück. Die Existenz dieser Gefahren einerseits und das Fehlen eines starken Interventions- und Fürsorgestaates auf dem Gebiet des Gesundheitswesens andererseits bildeten um 1918 noch einen Teil des gesellschaftlichen Erfahrungshorizonts. Beides verhinderte in Deutschland wie in anderen Ländern ein starke öffentliche Erregung über die Grippepandemie¹⁰⁵. Zudem war die Influenza, anders als beispielsweise die Cholera im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts oder die Tuberkulose um die Jahrhundertwende, traditionell keine „skandalisierte“ Krankheit, welche die Öffentlichkeit unabhängig von ihrem tatsächlichen Einfluss auf Morbidität und Mortalität über mehrere Jahrzehnte in den Bann schlug und gleichsam als Signum einer Epoche angesehen wurde¹⁰⁶.

¹⁰¹ Vgl. Kordes, Spanische Grippe, S. 142.

¹⁰² Vgl. Great Britain Ministry of Health (Hrsg.), Report on the Pandemic Influenza 1918/19, London 1920; New Zealand (Hrsg.), Report of the Influenza Epidemic Commission, Wellington 1919; Union of South Africa (Hrsg.), Report of the Influenza Epidemic Commission, Pretoria 1919.

¹⁰³ Vgl. Bogusat, Influenzaepidemie.

¹⁰⁴ Vgl. Reinhard Spree, Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts, in: Historical Social Research 23 (1998), S. 4–43, sowie ders., Health and Social Class in Imperial Germany. A Social History of Mortality, Morbidity and Inequality, Oxford 1988.

¹⁰⁵ So Hieronimus, Krankheit, S. 86–89, in Bezug auf Frankreich.

¹⁰⁶ Vgl. Alfons Labisch, „Skandalisierte Krankheiten“ und „echte Killer“. Zur Wahrnehmung von Krankheiten in Presse und Öffentlichkeit, in: Michal Anděl u. a. (Hrsg.), Propaganda, (Selbst-)Zensur, Sensation. Grenzen von Presse- und Wissenschaftsfreiheit in Deutschland und Tschechien seit 1871, Essen 2005, S. 33–50.

III. Das Grippejahrfünft

Die dritte Welle der spanischen Grippe setzte weltweit zur Jahreswende 1918/19 ein und zog sich bis ins Frühjahr 1919 hin. Allerdings hatte sich der Virus inzwischen abgeschwächt, bzw. diejenigen Menschen, welche die ersten beiden Wellen überlebt hatten, wiesen nun eine Immunität auf. Signifikant wurde die dritte Welle vor allem in Australien, das sich durch rigorose Quarantänemaßnahmen vor den ersten beiden hatte schützen können und nun zwar verzögert, aber dennoch hart betroffen wurde¹⁰⁷. Die dritte Welle erreichte Deutschland in der zweiten Januarhälfte 1919 und hielt sich bis März. Dabei dürfte die Mortalität höher als in der ersten Welle gewesen sein. Sie ist allerdings für das Reich noch schlechter dokumentiert als die beiden vorangegangenen Seuchenzüge. Sie hat in der zeitgenössischen deutschen medizinischen Fachpublizistik, in der Presse, aber auch in den amtlichen Dokumenten keine gesonderte Aufmerksamkeit mehr erhalten. Fast scheint es so, als wollte man die Grippe als Bestandteil eines Dramas ansehen, das zum Weltkrieg und zum untergegangenen Kaiserreich gehörte, aber nicht mehr zur „neuen“ Zeit. Die dritte Welle bildete jedoch Teil eines Grippejahrfünfts, das, wenn auch in abgeschwächter Form hinsichtlich Morbidität und Mortalität, bis Mitte der zwanziger Jahre andauerte. Diese Trailerwellen eines sich erst langsam abschwächenden Virus bewirkten, dass die Influenza Deutschland noch über mehrere Jahre stärker heimsuchte als vor 1918. Dies zeigen etwa die Krankenzahlen der Reichsmarine. In den Friedensjahren 1907–1912 wurden dort durchschnittlich etwa 7 Promille der Iststärke wegen Grippe behandelt, im Pandemiejahr jedoch 92. Im Jahre 1920 erkrankten immer noch 56 Promille, 1921 35 Promille und 1922 erneut 65 Promille. Erst ab 1923 ist ein signifikanter Rückgang der Grippe-Erkrankungen in der Marine zu verzeichnen¹⁰⁸. Diese gestiegene Zahl der registrierten Grippe-Erkrankungen und Todesfälle seit 1918 erklärt sich allerdings zum Teil durch die erhöhte statistische Aufmerksamkeit, welche nun einer vorher als weitgehend harmlos eingeschätzten Krankheit zukam, während bis 1918 ein Teil der grippebedingten Sterbefälle unter anderen Ursachen subsumiert worden war. Seit Ende 1918 und bis Mitte der zwanziger Jahre forderte beispielsweise die preußische Medizinalverwaltung in Berlin regelmäßige Berichte von den Regierungspräsidenten über den Stand der Grippeerkrankungen an¹⁰⁹. Die Influenza schien für die Zeitgenossen in den frühen zwanziger Jahren eine ständige Begleiterscheinung gewesen zu sein, gleichsam ein Erbe des Krieges, ebenso wie etwa die bis 1923 aufgrund der Inflation anhaltend schlechte Lebensmittelversorgung in den Städten¹¹⁰. So schrieb der Regierungspräsident in Münster 1922 nach Berlin, es sei schwer, eine genaue Grippestatistik zu führen. Seit

¹⁰⁷ Vgl. Patterson/Pyle, *Geography and Mortality*, S. 15.

¹⁰⁸ Dr. Fikentscher, *Die Gesundheitsverhältnisse bei der Marine*, in: Bumm (Hrsg.), *Deutschlands Gesundheitsverhältnisse*, Bd. 1, S. 217–233, hier S. 226.

¹⁰⁹ GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Bde. 3836, 3837 u. 3840.

¹¹⁰ Für München vgl. Martin H. Geyer, *Verkehrte Welt. Revolution, Inflation und Moderne: München 1914–1924*, Göttingen 1998.

1918 würde die Bevölkerung dazu tendieren, jede gesundheitliche Unpässlichkeit der Influenza zuzuschreiben¹¹¹.

IV. Morbidität und Mortalität in Deutschland im internationalen Vergleich

Einigkeit herrscht in der historischen Epidemiologie darüber, dass weit mehr als die Hälfte der Opfer der Pandemie in Asien umgekommen ist. Am zweit-schwersten war Afrika betroffen. Neben einer auf diesen beiden Kontinenten wesentlich schlechteren Gesundheitsversorgung und erschwerten Aufklärungsmöglichkeiten über die Ansteckungswege der Grippe war für das Massensterben dort auch die mangelnde Immunität der oft in abgeschiedenen ländlichen Gebieten lebenden Bevölkerungsgruppen verantwortlich. Diese waren als sogenannte „virgin soil populations“ zuvor kaum mit Grippeviren in Kontakt gekommen. Dieser Umstand führte auch zu einer besonders hohen Sterblichkeit auf einigen weitgehend isolierten Inseln in den Ozeanen. So schätzt man, dass im Kongo, auf den Fidschi-Inseln und in Indien etwa 4 bis 6 Prozent der Bevölkerung an der spanischen Grippe starben, auf West-Samoa sogar 22 Prozent! Selbst wenn nicht die Grippe selbst tötete, so bewirkte doch die hohe Zahl der Erkrankungen in diesen Ländern, dass es nicht mehr genügend Gesunde gab, um die Infizierten zu pflegen oder die Ernte einzubringen¹¹². Gerade für Asien und Afrika ist allerdings aufgrund fehlender staatlicher Strukturen und eines Mangels an schriftlichen Quellen eine auch nur annähernd akkurate Schätzung der tatsächlichen Zahl der Opfer nicht möglich¹¹³.

Es ergeben sich jedoch auch für Europa und Nordamerika erhebliche Schwierigkeiten, die Zahl der Opfer genauer zu beziffern. In allen Ländern war 1918/19 die Grippe (im Gegensatz zu heute) keine meldepflichtige ansteckende Krankheit. In der Mehrzahl der Fälle starben die Menschen zudem nicht direkt an der Grippe, sondern an Sekundärinfektionen, vor allem bakteriellen Lungenentzündungen, denen das durch die Grippe geschwächte Immunsystem nichts mehr entgegensetzen konnte, oder an anderen Begleiterscheinungen wie Herzmuskel- (Myokarditiden) oder Gehirnentzündungen (Enzephalitiden) sowie Erkrankungen der Leber (Reye-Syndrom). Diese Nebenkomplicationen führten teilweise erst Jahre später zum Tode. So wird „Encephalitis lethargica“, eine in den zwanziger Jahren plötzlich weltweit hunderttausendfach in Erscheinung tretende, am Ende des Jahrzehnts aber wieder verschwindende Nervenkrankheit, mit einer sehr hohen Mortalität zu den Langzeitfolgen der Grippe-Erkrankungen von 1918/19 gerechnet¹¹⁴.

¹¹¹ GSStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Bd. 3840, Bericht des Regierungspräsidenten in Münster an das Ministerium für Volkswohlfahrt, 7. 7. 1922.

¹¹² Vgl. James G. Ellison, „A Fierce Hunger“. Tracing Impacts of the 1918/19 Influenza Epidemic in South-West Tanzania, in: Philipps/Killingray (Hrsg.), Spanish Influenza, S. 221–229.

¹¹³ Vgl. Johnson/Müller, Updating the Accounts, S. 115.

¹¹⁴ Zur Encephalitis lethargica vgl. Witte, Erklärungsnotstand, S. 223–244.

Die ungefähre Zahl der Opfer kann man jedoch für Deutschland ermitteln, wenn man die Grippetoten und die an Lungenentzündung Verstorbenen als der bei weitem häufigsten und gefährlichsten Nebenkomplikation der Influenza adiiert. Allerdings gibt es in jedem Land, ohne dass es von einer Pandemie erfasst wird, eine gewisse, vor allem in den Wintermonaten zu verzeichnende, ebenfalls nicht genau zu bestimmende Zahl alljährlicher Todesfälle durch Influenza oder Lungenentzündungen. Diese hängt von der Aggressivität des jeweiligen saisonalen Grippevirus ab. In der Bundesrepublik fordern saisonale Grippewellen gegenwärtig in jedem Winter etwa 10 000 Tote, in Jahren mit einem gefährlicheren Virus wie 1995/96 steigt die Zahl aber auf 30 000 bis 40 000 Opfer. Diese „saisonalen“, also alljährlich ohnehin zu erwartenden Opfer von Grippe und Lungenentzündungen muss man von der Gesamtzahl an Toten abziehen, um die durch die Pandemie hervorgerufene „Exzessmortalität“ zu ermitteln. Für 1918/19 ist es allerdings schwierig, einen statistischen Mittelwert für die Zahl der Todesopfer eines vorangegangenen „Normaljahres“ zu ermitteln, denn bis 1918 schenkte man weltweit der Grippe und ihren tödlichen Begleiterscheinungen im Vergleich zu anderen Infektionskrankheiten relativ wenig Aufmerksamkeit. Dieses statistische Verfahren wandte dennoch das Reichsgesundheitsamt in seinem Abschlussbericht über die Grippepandemie in Deutschland an, ebenso der offizielle Abschlussbericht des neugeschaffenen britischen Gesundheitsministeriums von 1920¹¹⁵. Demgemäß starben in Deutschland 1918 (allerdings ohne die beiden mecklenburgischen Staaten, die sich nicht an der reichsweiten Todesursachenstatistik beteiligten) etwa 340 000 Menschen an Grippe und Lungenentzündungen, darunter rund 24 000 Soldaten. 1917 hingegen waren laut Reichsgesundheitsamt 6 800 Personen an Grippe und 95 000 an Lungenentzündungen gestorben, darunter 4 000 Soldaten. Die Exzessmortalität durch die Pandemie von 1918 im Vergleich zum Vorjahr betrug gemäß dieser Aufstellung also in Deutschland (ohne Mecklenburg) etwa 220 000 Zivilisten und 20 000 Soldaten¹¹⁶. Zählt man die Toten der dritten Welle von Anfang 1919 dazu, die basierend auf dem Rechenmodell für Großbritannien ungefähr ein Viertel der Gesamtzahl der Opfer ausgemacht haben dürften, sowie die an Spätfolgen wie der Encephalitis lethargica im Verlaufe der zwanziger Jahre Gestorbenen, so kommt man für Deutschland auf eine durch die spanische Grippe verursachte Exzessmortalität von etwa 320 000 bis 350 000 Personen. Langfristige, allerdings nicht akkurat zu beziffernde Folgen für die weitere demographische Entwicklung in Deutschland wie anderswo hatte die Grippe dadurch, dass gerade die Jahrgänge im reproduktionsfähigsten Alter zwischen 20 und 40 1918/19 überproportional betroffen waren.

1918 kamen durch die Pandemie in absoluten Zahlen mehr Frauen (etwa 130 000) als Männer (etwa 110 000) in Deutschland um. Eine höhere Mortalität

¹¹⁵ Vgl. Bogusat, Influenzaepidemie; Ministry of Health (Hrsg.), Report.

¹¹⁶ Vgl. Bogusat, Influenzaepidemie, S. 450 f. Ähnliche Zahlen (221 000 zusätzliche Tote im Vergleich zu 1917 bei den Zivilisten, 24 000 bei den Soldaten) liefert Dr. Roesle, Die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse, in: Bumm (Hrsg.), Deutschlands Gesundheitsverhältnisse, Bd. 1, S. 5–61, hier S. 25.

unter Frauen ist auch für Großbritannien belegt¹¹⁷. Diese Diskrepanz zwischen den Geschlechtern erklärt sich zum einen dadurch, dass es vor allem in den von der spanischen Grippe besonders gefährdeten Altersgruppen zwischen 20 und 40 wegen der bereits erlittenen männlichen Kriegsverluste einen erheblichen Frauenüberhang gab. Schließlich waren auch die meisten Männer dieser Altersgruppe zum Militär eingezogen, das seinen Angehörigen eine bessere medizinische Versorgung gewährte, als dies bei der Zivilbevölkerung üblich war. In relativen Zahlen jedoch, wie das statistische Material in den Unterlagen des Reichsgesundheitsamts zu acht deutschen Kleinstaaten (Oldenburg, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Altenburg, Sachsen-Coburg-Gotha, Anhalt, Schwarzburg-Rudolfstadt, Schwarzburg-Sondershausen, Reuss ä. L. und Schaumburg-Lippe) zeigt, starben sogar 1918 prozentual an der Heimatfront mehr Männer (3845=0,58 Promille) als Frauen 1918 (4837=0,48 Promille) an Grippe und Lungenentzündungen¹¹⁸.

Grippe-Erkrankungen und ihre tödlichen Begleiterscheinungen waren 1918 für etwa 25 Prozent der Todesfälle unter den insgesamt etwa 1,2 Millionen in jenem Jahr gestorbenen Zivilisten verantwortlich. Etwa 18 Prozent der Todesopfer sind nach dem Modell der Exzessmortalität den beiden Seuchenzügen der spanischen Grippe zuzurechnen. Grippe und Lungenentzündungen stellten zusammengenommen 1918 die bei weitem häufigste Todesursache dar, gefolgt von der Tuberkulose, die in den vorangegangenen Jahren jeweils am meisten Opfer gefordert hatte¹¹⁹. Von den etwa 57 Millionen Zivilisten in Deutschland kamen also ungefähr 5 Promille durch die spanische Grippe und durch diese ausgelöste Lungenentzündungen um. Rechnet man die Opfer der saisonalen Influenzakerkrankungen und ihrer Nebenwirkungen hinzu, so starben etwa 7 Promille der Zivilbevölkerung im Jahr 1918 an der Grippe. Die Pandemie bewirkte, dass die ohnehin seit 1916 stark ansteigende Sterblichkeit 1918 unter der Zivilbevölkerung einen Höchststand erreichte, obwohl sich im Vergleich zum Katastrophenjahr 1917, das mit dem berüchtigten „Steckrübenwinter“ begann, die Lebensmittelversorgung im letzten Kriegsjahr wegen der besseren Ernten von 1917 und 1918 im Vergleich zu 1916 wieder etwas verbessert hatte. Unter den etwa acht Millionen 1918 mobilisierten Soldaten starben hingegen weniger als 3 Promille an Influenza und Lungenentzündungen, was von der deutlich besseren gesundheitlichen Versorgung des Militärs im Vergleich zur Zivilbevölkerung zeugt, obwohl gerade in Heer und Marine sich die kräftigsten Jahrgänge und damit die potentiellen Opfer des „Zytokin-Sturms“ befanden.

Wie sah es außerhalb Deutschlands aus? In Nordamerika und Europa starben zwischen 3 und 10 Promille der jeweiligen Einwohner im Jahre 1918/19 an der spanischen Grippe. Dabei entschied, wie die Sterblichkeit in Deutschland zeigt, über das Verhältnis der Todesopfer zur Gesamtzahl der Bevölkerung offensichtlich nicht die Tatsache, ob und in welchem Ausmaß ein Land am Ersten Weltkrieg

¹¹⁷ Vgl. Johnson, *Aspects*, S. 262–264.

¹¹⁸ BAB, R86/916.

¹¹⁹ Vgl. Roesle, *Die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse*, in: Bumm (Hrsg.), *Deutschlands Gesundheitsverhältnisse*, Bd. 1, S. 58.

teilnahm und damit möglicherweise seine Bevölkerung schlechter versorgen konnte und folglich anfälliger für die Grippe machte. So starben auch im neutralen Dänemark 3,7 Promille (etwa 11 000 Menschen), in Schweden 5,1 Promille (30 000 Tote), in der Schweiz 5,9 Promille (23 000 Tote) und in Spanien sogar 7,1 Promille (150 000 Tote) der Bevölkerung. Unter den Krieg führenden europäischen Staaten waren Portugal (59 000 Tote) und Italien (325 000 bis 350 000 Tote) mit jeweils etwa 9 bis 10 Promille am härtesten betroffen. Frankreich verlor 240 000 Menschen (7,2 Promille), Großbritannien 230 000 (6 Promille) und die USA 6750 000 Einwohner (6,5 Promille)¹²⁰. Entscheidend für das Ausmaß der spanischen Grippe war also nicht, ob sich ein Land im Kriegszustand befand, sondern wie leistungsfähig sein Gesundheitssystem war, sein Grad an Informationsdichte und Informationsmöglichkeiten durch Zeitungen und Lesekenntnisse, schließlich auch sein Grad an Urbanisierung. Es fällt auf, dass gerade die damals weniger entwickelten europäischen Länder Spanien, Portugal und Italien besonders unter der Grippe litten. Große Ballungszentren mit einem hohen Grad an sozialer Mobilität, wie sie in Hafenstädten oder Industriezentren zu finden sind, entwickeln historisch gesehen eher eine gewisse Immunität gegen häufig auftretende Ansteckungskrankheiten als ländlich geprägte, weniger im Austausch mit anderen Menschen (und damit Krankheitserregern) stehende Gesellschaften¹²¹. So hieß es beispielsweise über Preußen, dass dort, wo die Grippe bis in die ländlichen Gegenden vorgedrungen sei, sie trotz der dort besseren Lebensmittelversorgung keineswegs harmloser, sondern eher noch stärker gewütet habe. In den Industrierevieren des Regierungsbezirkes Arnswald seien zwar mehr Menschen an der Grippe erkrankt, in seinen landwirtschaftlich geprägten Kreisen jedoch im Verhältnis mehr Personen an der Grippe gestorben¹²². Sowohl die US-Army als auch das bayerische Heer registrierten, dass vor allem neu einberufene Rekruten aus ländlichen Gebieten, die nicht eine gewisse Immunität durch in urbanen Zentren endemisch kursierende Infektionskrankheiten erworben hatten, schwer erkrankten und starben¹²³. Auch die bereits genannten deutschen Spitzenwerte der Mortalität durch Atemwegserkrankungen kamen nicht in Großstädten vor, sondern in kleineren Orten bis 50 000 Einwohner abseits der Hauptverkehrsachsen, wie die Beispiele Allenstein, Kattowitz, Marburg und Schleswig zeigen.

Zwei weitere Aspekte trugen im Falle Deutschlands dazu bei, dass die Sterblichkeit im Vergleich zu Frankreich, Großbritannien und den USA relativ niedrig blieb. Die insgesamt schlechte Versorgungslage im letzten Kriegsjahr hatte die Immunsysteme vieler Menschen auch der physisch stärksten Jahrgänge möglicherweise so geschwächt, dass diese nicht mehr zu der Überreaktion des

¹²⁰ Vgl. Zahlen nach Patterson/Pyle, *Geography and Mortality*, S. 14f.; Johnson/Müller, *Updating the Accounts*, S. 113–115.

¹²¹ Vgl. William McNeill, *Plagues and Peoples*, New York ³1998, S. 77, S. 86 u. S. 130.

¹²² Vgl. Peiper, *Preußen*, S. 6, S. 8 u. S. 38.

¹²³ Byerly, *Fever*, S. 55 u. S. 165; Crosby, *Forgotten Pandemic*, S. 154f.; BHStA, Mkr 13790, Bericht über die Grippeepidemie des Jahres 1918 im Bereich des bayerischen Besatzungsheeres, 4.6.1919.

„Zytokin-Sturms“ in der Lage waren¹²⁴. Im Abschlussbereich des Reichsgesundheitsministeriums hieß es beispielsweise, dass in ländlichen Gebieten oft gerade die besonders kräftigen Personen schwer erkrankten, die abgemagerten Zeitgenossen hingegen nur leicht¹²⁵. Außerdem, und dies war wohl entscheidender, erreichten die aus dem Westen kommenden Influenzawellen Deutschland wegen seiner Abschottung durch die Seeblockade und die Fronten jeweils um einige Wochen verzögert, verglichen mit Westeuropa und Nordamerika. Das Virus mutierte konstant und schwächte sich im Verlaufe seiner Ausbreitung vom ursprünglichen Infektionsherd beständig ab, sodass die Überlebenschancen derjenigen, die von ihm relativ spät erfasst wurden, wesentlich größer waren als jene, die sich an dem neuen Virus früh infiziert hatten. Dies ist ein Phänomen, das bereits bei der relativ gut dokumentierten Verbreitung der Seuche bei den in großen Massslagern untergebrachten US-Truppen zu beobachten war. Es erklärt auch das Gefälle in der Morbidität und Mortalität zwischen den relativ früh betroffenen Städten der Ostküste und den später erfassten Orten der Westküste: Je früher die Seuche ein Militärcamp oder eine Stadt in den USA erreichte, desto schlimmer wütete sie dort¹²⁶. Dieses Gefälle in Zahl und Schwere der Ansteckungen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt, an dem der Grippevirus 1918 einen bestimmten Teil der Bevölkerung erfasste, lässt sich auch für Deutschland mittels des von den Militärbehörden gesammelten statistischen Materials nachweisen. Die erste Grippewelle vom Frühjahr/Frühsummer 1918, die in den Sanitätsberichten gut dokumentiert ist, kam über die Westfront nach Deutschland. Sie erfasste also zuerst die in Frankreich stehenden Truppen und breitete sich innerhalb weniger Wochen von dort gen Osten aus. Gleichwohl litten die auf russischem Gebiet stehenden und damit um einige Wochen später dem Virus ausgesetzten Truppen wesentlich weniger als die an der Westfront operierenden Einheiten. Erkrankten auf dem Höhepunkt der ersten Welle an der Westfront im Juni 1918 35 Promille der deutschen Truppen an Grippe und 104 im Juli, so waren es nur 5,3 bzw. 36,9 der an der Ostfront eingesetzten Soldaten. In den neun Monaten vor dem Ausbruch der spanischen Grippe hatte es hingegen mit durchschnittlich 3,8 bzw. 2,9 Promille kaum einen Unterschied bei den Influenzaerkrankungen zwischen West- und Osttheer gegeben¹²⁷.

Schwieriger noch als eine ungefähre Schätzung der Zahl der Todesopfer, welche die Pandemie in Deutschland forderte, ist die Zahl der damals im Reich (wie in anderen Ländern) Erkrankten zu ermitteln¹²⁸. Nur eine Minderheit der Bevölkerung war über die Krankenkassen versichert und meldete sich während der Grippeepidemie tatsächlich krank oder ging zum Arzt. Die Ärzteschaft, ohnehin durch die Einziehung zum Militärdienst seit 1914 stark ausgedünnt, zeigte sich angesichts der Epidemie überfordert, auch nur annähernd konkrete Angaben zu machen,

¹²⁴ So auch Hieronimus, Krankheit, S. 24.

¹²⁵ Vgl. Bogusat, Influenzaepidemie, S. 454.

¹²⁶ Vgl. Barry, Influenza, S. 371 f.

¹²⁷ Vgl. Heeressanitätsinspektion (Bearb.), Sanitätsbericht, Bd. 3, S. 122.

¹²⁸ Vgl. für Großbritannien Johnson, Aspects, S. 168.

sodass die statistischen Grundlagen für die Wirkung der Grippe auf die Zivilbevölkerung wesentlich ungenauer sind als für das Militär¹²⁹. Entsprechend vage waren auch die Meldungen der Einzelstaaten an das Reichsgesundheitsamt über die Grippe-Erkrankungen, die 1919/20 in Berlin eingingen und im Abschlussbericht des Reichsgesundheitsamtes von 1923 genannt wurden: „Insgesamt erkrankten von der Bevölkerung Sachsens 30–32%, in Württemberg 30–70%, in Mecklenburg-Schwerin 4–80%, in Sachsen-Gotha 75–80%, in Sachsen-Altenburg 30%, in Braunschweig 17–30%, in Oldenburg 40–75%, in Anhalt (Dessau) 50–75%, in Mecklenburg-Strelitz mindestens 15% und in Waldeck 50%.“¹³⁰ Diese große Diskrepanz spiegelt zum einen schlicht den fehlenden Überblick der Behörden über das tatsächliche Ausmaß der Epidemie, zum anderen aber die erheblichen lokalen Unterschiede hinsichtlich des Wütens der Seuche wider. Ein Bericht, basierend auf den Statistiken für die preußischen Regierungsbezirke Arnberg und Magdeburg, ging davon aus, dass vermutlich 20–30 Prozent der Bevölkerung im Verlaufe des Jahres 1918 erkrankt seien. Ärzte wie Laien hätten aber während der Epidemie dazu tendiert, 60–70 Prozent der Bevölkerung als betroffen einzuschätzen¹³¹. Dass im Verlaufe des Jahres 1918 etwa 20 bis 25 Prozent der Bevölkerung im Reich erkrankten, ist wohl eine realistische Schätzung, wenn man die wesentlich besser dokumentierte Morbidität in den US-Streitkräften betrachtet. Von insgesamt vier Millionen Mann mussten sich etwa 25 Prozent während der ersten oder zweiten Welle einer Behandlung wegen Grippe unterziehen¹³².

V. Ergebnisse

Die spanische Grippe ist in Deutschland mehr noch als in anderen Ländern vom Ende des Ersten Weltkriegs und dessen Folgen überschattet worden, und zwar sowohl in der zeitgenössischen Wahrnehmung wie auch in der späteren Erinnerung. 1957, während der nächsten Influenzapandemie, die Deutschland (im Gegensatz zur Hong Kong Grippe von 1968) ebenfalls heimsuchte, gab es beispielsweise in den westdeutschen Zeitungen nur vereinzelte, ganz kurze Hinweise auf die Ereignisse vor vier Jahrzehnten. In der US-Berichterstattung von 1957 und 1968 hingegen bildete die spanische Grippe einen ständigen, warnenden Referenzpunkt¹³³.

Der mangelnde Wille der deutschen Behörden, energische Maßnahmen zu ergreifen, der Zusammenbruch der militärischen wie politischen Führung wie auch das Fehlen von Ressourcen zur Bekämpfung der Grippe wie Notlazarette, Ambulanzwagen, das obligatorische Tragen von Atemschutzmasken oder das Rekrutie-

¹²⁹ Vgl. Hahn, *Influenza*, in: Bumm (Hrsg.), *Deutschlands Gesundheitsverhältnisse*, Bd. 1, S. 329f.; Peiper, *Preußen*, S. 4.

¹³⁰ Bogusat, *Influenzaepidemie*, S. 449.

¹³¹ Vgl. Peiper, *Preußen*, S. 10.

¹³² Vgl. Byerly, *Fever*, S. 6 u. S. 112f.

¹³³ Vgl. Debra E. Blakely, *Mass Mediated Disease. A Case Study Analysis of Three Flu Pandemics and Public Health Policy*, Lanham 2006, S. 154. Für die westdeutsche Zeitungsberichterstattung über die Pandemien von 1957 und 1968 vgl. *Pressedokumentation des Deutschen Bundestages Berlin 540–4* (Krankheiten, Seuchen), Bd. 2 u. Bd. 6.

ren von zusätzlichem (weiblichen) Pflegepersonal, verhinderten, dass die Grippe in Deutschland einen sichtbaren Platz im öffentlichen Bewusstsein einnahm oder auch nur angemessen für die Nachwelt dokumentiert wurde. Zudem stellte die Pandemie für die deutsche Öffentlichkeit, anders als beispielsweise für die US-Zivilbevölkerung, lediglich einen Mosaikstein des Leidens im Weltkrieg dar, der unter anderem seit 1916 im Reich eine rapide Verschlechterung der Volksgesundheit bewirkt hatte. Das Auftauchen der Grippe im letzten Kriegshalbjahr deuteten die Zeitgenossen als nur eines, aber vielleicht das deutlichste von vielen Anzeichen des allgemeinen gesundheitlichen Verfalls.

Soldaten wie Zivilisten stellten schon bei der ersten Welle, die Presse schließlich auch bei der zweiten Welle einen auf den ersten Blick naheliegenden kausalen Nexus zwischen Kriegs- bzw. Versorgungssituation und Auftreten und Ausmaß der Grippe her. Die spanische Grippe verstärkte also die allgemeine Kriegsmüdigkeit in Heer und Heimat und förderte die Friedenssehnsucht. Das Ausmaß der Herbstwelle überraschte und überforderte nicht nur die deutschen Behörden. Gleichwohl wurde die Pandemie weder in Berlin, noch in Paris, London oder Washington als das dringendste Problem angesehen. In allen Ländern delegierte man die Verantwortlichkeit an die Lokalbehörden. In Deutschland jedoch traf die zweite Welle im Oktober 1918 ein durch das indirekte Eingeständnis der militärischen Niederlage bereits ohnehin ins Wanken geratenes politisches System. Die Überforderung der Behörden in dieser Situation mit der Grippe schien für die Öffentlichkeit nur ein weiteres Beispiel für das Versagen der bisherigen Führung zu sein, sei es auf nationaler oder lokaler Ebene, sei es in militärischer, politischer, wirtschaftlicher oder eben medizinischer Hinsicht. Die Seuche mag daher den Legitimationsverlust des alten Systems noch etwas beschleunigt haben. Allerdings zeichnet sich in den Quellen der Anteil der Pandemie am politisch-militärischen Zusammenbruch Deutschlands nicht als eigenständiger Faktor ab. Die Herbstwelle verdeutlicht hingegen den inneren Auflösungsprozess des Heeres, der auch die Sanitätsführung ergriff. Anders als für die erste Welle konnte das Militär nun keine verlässlichen Krankenstatistiken mehr vorlegen. Die unterschiedliche Presse-reaktion auf die zweite im Vergleich zur ersten Grippewelle wiederum dokumentiert den Verfall des journalistischen Durchhaltekonsenses im Verlauf des zweiten Halbjahres 1918.

Es gab jedoch im Gegensatz zu den Vermutungen der breiteren Öffentlichkeit keine Korrelation zwischen den erschwerten Lebensbedingungen in Deutschland im vierten Kriegsjahr einerseits und der durch die Grippe im Reich hervorgerufenen Morbidität und Mortalität andererseits. Im Gegenteil, die spezifische Situation, in der sich Deutschland 1918 befand, bewirkte trotz der etwa 320 000 bis 350 000 Toten als Folge der drei Seuchenzüge 1918/19 vermutlich sogar eine geringere Mortalität als in anderen Krieg führenden Ländern mit vergleichbarem gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungsstand. Die Westfront als Sperrriegel und die Seeblockade setzten Deutschland um ca. drei bis vier Wochen verzögert vor allem der zweiten, tödlichen Welle aus. Das Land sah sich also im Vergleich zu Frankreich, Großbritannien und den USA mit einer bereits weniger aggressiven Version des Virus konfrontiert.

©Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte

Man kann weder bei der Frühjahrs- noch bei der Herbstwelle für Front oder Heimat von einer einheitlichen deutschen Grippe-Erfahrung sprechen. Dazu waren die Morbidität und Mortalität zwischen den einzelnen Truppenteilen und Fronten sowie zwischen den einzelnen deutschen Städten zu unterschiedlich. Warum manche Einheiten oder Regionen offensichtlich kaum von der Seuche heimgesucht worden sind, andere dagegen schwer, lässt sich nicht erklären. Dass etwa 20 bis 25 Prozent aller Deutschen im Verlaufe des Jahres 1918 an der spanischen Grippe erkrankten und 5 Promille der Zivilisten sowie 3 Promille der Soldaten ihr erlagen, stellt lediglich einen nationalen Durchschnittswert dar, der ein erhebliches regionales wie militärinternes Gefälle verdeckt.

In der Grippe-Historiographie wird meist behauptet, dass die Virulenz des Grippeerregers H1N1 von 1918 nicht auf den Weltkrieg zurückzuführen, seine weltweite Verbreitung aber durch das enge Zusammenleben der Soldaten in Ausbildungslagern und Schützengräben sowie die Truppenverschiebungen begünstigt worden sei¹³⁴. Dies ist jedoch eine Sichtweise, die sich auf die Mobilisierung der US-Truppen 1918 und ihren Transport über den Atlantik fokussiert. Das Beispiel des relativ milderen Verlaufs der Pandemie in Deutschland zeigt vielmehr, dass der Krieg mit seinen Fronten und der teilweisen Unterbrechung des weltweiten Seeverkehrs einer raschen Verbreitung des Virus in manchen Teilen der Welt entgegengewirkt hat. Zudem unterschlägt diese Interpretation den bereits 1914 erreichten Umfang weltweiter Waren- und Migrationsströme, der erst nach dem Zweiten Weltkrieg wieder erreicht wurde. Ob wirklich in diesem Falle der Krieg „der Vater aller Dinge“ war und stärker zur Verbreitung des Grippevirus beitrug, als die bereits vor 1914 hochgradig vernetzte Weltwirtschaft es ansonsten getan hätte, ist daher fraglich.

¹³⁴ Vgl. Jürgen Müller, Die spanische Influenza 1918/19. Einflüsse des Ersten Weltkriegs auf Ausbreitung, Krankheitsverlauf und Perzeption einer Pandemie, in: Eckart/Gradmann (Hrsg.), *Medizin*, S. 321–342.