

APuZ

Aus Politik und Zeitgeschichte

65. Jahrgang · 20–21/2015 · 11. Mai 2015



Seuchen

Lutz Ehlkes · Jürgen May

Seuchen – gestern, heute, morgen

Malte Thießen

Infizierte Gesellschaften:
Sozial- und Kulturgeschichte von Seuchen

Tine Hanrieder

Globale Seuchenbekämpfung:
Kooperation zwischen Ungleichen

Alexander S. Kekulé

Von Ebola lernen:
Was gegen künftige Epidemien getan werden muss

Bettina Radeiski

Das Ebolafieber in den Medien.
Zu Struktur und Stabilität von medialen Seuchendiskursen

Editorial

Als „sich schnell ausbreitende, gefährliche Infektionskrankheit“ definiert der Duden den Begriff „Seuche“; seine Herkunft liegt im mittelhochdeutschen *siuche* beziehungsweise im althochdeutschen *siuhhī*, was Krankheit, Siechtum bedeutet. Nicht alle Infektionskrankheiten werden gleichermaßen mit dem Begriff assoziiert; für die alljährliche Grippewelle etwa wird er eher selten verwendet. Als „klassische“ Seuchen sind im europäischen kollektiven Gedächtnis beispielsweise Pest und Cholera verankert; aktuell ist es vor allem die Ebola-„Seuche“ in Westafrika, über die gesprochen wird. „Seuchen“, so der Historiker Malte Thießen, seien offenbar „der naheliegendste Bezugspunkt für kollektive Ängste, gesellschaftliche Diskurse und politische Maßnahmen“.

Wie gesellschaftlich sensibel und hochpolitisch der Umgang mit ansteckenden Krankheiten ist, zeigt sich in Deutschland zuletzt in der sogenannten Impfdebatte, die durch hohe Masernfallzahlen insbesondere in Berlin angefacht wurde. Angesichts der „Impfmüdigkeit“ eines Teils der Bevölkerung sprechen sich einige Politiker bereits für eine Impfpflicht aus, sollten verstärkte Aufklärung und Beratung die Impfquoten nicht steigen lassen. Der kollektive Schutz durch Immunisierung vor Infektionskrankheiten („Herdenimmunität“) steht hier der persönlichen Freiheit in Gestalt des Rechts auf körperliche Unversehrtheit gegenüber.

Global gesehen, leiden vor allem ärmere Länder unter den Ausbrüchen von Infektionskrankheiten, die dort zu den Haupttodesursachen zählen. Das hohe Gut Gesundheit ist höchst ungleich verteilt; gerade in Entwicklungsländern fehlen oft notwendige Ressourcen, um Seuchen dauerhaft zu bekämpfen. Neben unzureichender Ernährung und Hygiene herrscht Mangel an wirksamen Impfstoffen und Medikamenten. Und auch die internationale Kooperation bei der Seuchenbekämpfung läuft selten reibungslos ab, wie die verzögerten Hilfsmaßnahmen bei der Ebolafieberepidemie gezeigt haben.

Anne Seibring

Seuchen – gestern, heute, morgen

Schweinegrippe, Ebola, Masern – Fast wöchentlich berichten die Medien über die Bedrohung durch Infektionskrankheiten. Häufig

Lutz Ehlkes
Dipl.-Geograph, geb. 1983; wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Bernhard-Nocht-Straße 74, 20359 Hamburg.
ehlkes@bnitm.de

Jürgen May
Prof. Dr. med., geb. 1965; Leiter der Arbeitsgruppe „Infektions-epidemiologie“ am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (s. o.).
may@bnitm.de

erlischt das Medieninteresse, sobald sich die prophezeiten Schreckensszenarien nicht erfüllen. Die Hintergründe von Infektionsdynamik, Krankheitsrisiko und Gesundheitsinterventionen werden dabei selten thematisiert. Weshalb also entwickeln sich manche kleinere Ausbrüche zu verheerenden Epidemien, während andere rasch von der Bildfläche verschwinden? Die Modellierung, Analyse und Einschätzung des Gefährdungspotenzials durch Infektionskrankheiten ist das klassische Feld der Infektionsepidemiologie – ein interdisziplinäres Gebiet, das Forschung und Anwendung vereint. Die Lehre der Epidemiologie basiert auf der Annahme, dass Krankheiten nicht rein zufällig auftreten und deren Auftreten, Verbreitung und Ausbreitung weitgehend auf kausalen und potenziell voraussagbaren Faktoren basieren. Zentrale Aufgaben der Epidemiologie sind die Quantifizierung der Krankheitslast innerhalb der Bevölkerung, die Beschreibung des räumlichen und zeitlichen Auftretens der Krankheitsfälle sowie die Analyse der dem Auftreten zugrunde liegenden Determinanten.¹

Infektionskrankheiten sind Erkrankungen, die durch Infektionserreger – in der Regel Bakterien, Viren oder Parasiten – oder deren toxische Produkte ausgelöst werden. Man unterscheidet sie von den nichtübertragbaren, wie beispielsweise degenerativen, erblich bedingten oder psychischen Erkrankungen. Infektionen gehen aber nicht zwangsläufig mit einer Erkrankung einher, sodass sie oft

nicht sofort zu erkennen sind. Hoch ansteckende Infektionskrankheiten werden auch als „Seuchen“ bezeichnet.

Infektionskrankheiten können endemisch, epidemisch und pandemisch auftreten. Eine Endemie bezeichnet das konstante Zirkulieren einer Infektion oder Infektionskrankheit in der Bevölkerung. So ist zum Beispiel Malaria in vielen Ländern Afrikas endemisch. Eine zeitlich und räumlich auftretende Häufung von Krankheitsfällen wird als Epidemie bezeichnet. Dies schließt auch Ausbrüche von Krankheiten mit ein, die normalerweise endemisch in der Bevölkerung zirkulieren. In diese Kategorie fallen unter anderem die immer wiederkehrenden Masernausbrüche in Deutschland. Überschreitet ein solcher Ausbruch Ländergrenzen und breitet sich unbegrenzt aus, spricht man von einer Pandemie. So breitet sich die durch das HI-Virus ausgelöste Immunkrankheit AIDS seit Ende der 1980er Jahre pandemisch aus.

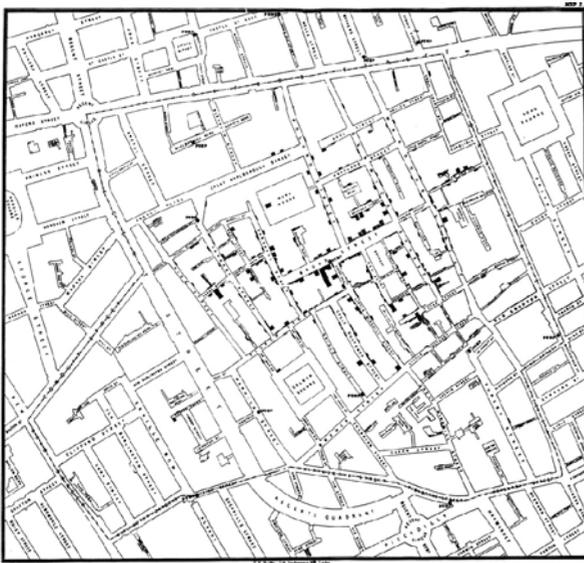
Die durch Infektionskrankheiten verursachte Mortalität und Morbidität nimmt in Industriestaaten seit dem 20. Jahrhundert aufgrund verbesserter Hygiene und medizinischer Innovationen – wie Impfungen und Antibiotika – immer mehr ab. Infolgedessen steigt die durchschnittliche Lebenserwartung und nichtübertragbare Krankheiten – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen – lösen Durchfallerkrankungen, Masern, Pocken und Tuberkulose als Haupttodesursachen ab. So sterben in Deutschland mittlerweile 16,5-mal mehr Menschen an den Folgen nichtübertragbarer Krankheiten als an Infektionskrankheiten.² Dieser Trend zeichnet sich auch in anderen wohlhabenden Regionen der Welt ab.

Heutzutage sind Infektionskrankheiten vor allem ein Problem ärmerer Länder. In vielen Regionen Afrikas und Asiens herrschen besonders in ländlichen Gegenden mangelhafte hygienische Zustände. Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist ungenügend, Gesundheitsaufklärung ist oft gar nicht vorhanden. Solche Zustände bieten ideale Bedingungen für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

¹ Vgl. Charles H. Hennekens/Julie E. Buring, *Epidemiology in Medicine*, Boston 1987.

² Vgl. World Health Organization, *World Health Statistics 2014*, Genf 2014, S. 175.

Abbildung 1: John Snows Karte der Cholerafälle in London 1854



Quelle: John Snow, 1854; <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Snow-cholera-map-1.jpg?uselang=de> (7.4.2015).

ten. Während Krankheiten wie HIV/AIDS in unseren Breiten dank großflächiger Aufklärungskampagnen und dem Zugang zu Kondomen, Tuberkulose dank guter Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, Durchfallerkrankungen dank verbesserter Hygiene und Masern aufgrund breiter Impfkampagnen allesamt selten geworden sind, gehören diese Krankheiten in den ärmsten Ländern der Welt zu den Haupttodesursachen.

Entstehungsgeschichte der Epidemiologie

Einen Zusammenhang zwischen der äußeren Umwelt und dem Auftreten von Krankheiten erkannte schon Hippokrates im 5. Jahrhundert v. Chr. in seinem Buch „Lüfte, Gewässer, Orte“. Er beschrieb unter anderem den Einfluss des Wetters, der Wasserqualität und der Wohnsituation auf die physische und psychische Gesundheit. Die Grundidee der Epidemiologie ist somit so alt wie die Medizin selbst. Allerdings vermutete Hippokrates damals Miasmen (giftige Ausdünstungen des Bodens) als Auslöser von Infektionskrankheiten; eine Theorie, die noch bis ins 19. Jahrhundert verbreitet war und – trotz falscher Grundannahme – vielen Menschen durch Isolations- und Hygienemaßnahmen das Leben rettete.

Während der darauffolgenden 2000 Jahre wurde der Einfluss der Umwelt auf den menschlichen Organismus zwar akzeptiert, wissenschaftliche Untersuchungen zu den genauen Auswirkungen sind jedoch nicht überliefert. 1662 stellte der britische Kurzwarenverkäufer John Graunt erstmals detaillierte Geburts- und Sterbestatistiken auf und entdeckte charakteristische Verteilungsmuster, gegliedert nach Geschlecht, Alter und Jahreszeit. Der Mediziner William Farr etablierte Mitte des 19. Jahrhunderts eine routinemäßige Erfassung der Sterbefälle, die es ermöglichte, statistische Aussagen über den Gesundheitszustand unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zu treffen.

Wenige Jahre später untersuchte der Arzt John Snow in London die Ursachen der Cholera-Epidemie. Auf Basis der von Farr etablierten Sterbestatistiken identifizierte Snow Gebiete mit besonders hoher Choleramortalität. Er erkannte, dass die dort wohnende Bevölkerung ihr Trinkwasser aus mit Fäkalien verunreinigten Bereichen der Themse bezog. Nachdem die Wasserentnahme für diese Gebiete an weniger verunreinigte Stellen der Themse verlegt wurde, gingen die Cholerafälle hier im Gegensatz zu den anderen Stadtteilen zurück. Snow stellte 1854 die Hypothese auf, dass Cholera – entgegen der damaligen Lehrmeinung – nicht durch Miasmen, sondern durch verunreinigtes Wasser übertragen werde. Um diese Hypothese zu testen, führte er akribische Aufzeichnungen bezüglich der räumlichen Lage der Cholerafälle, der Orte der Wasserentnahme (*Abbildung 1*) und – besonders bemerkenswert zu dieser Zeit – anderer Faktoren, die die unterschiedliche Cholera-Verbreitung schlüssiger erklären könnten (beispielsweise Alter, Geschlecht, Beruf, sozioökonomischer Status, Wohnhausgröße). Auf Basis seiner Untersuchungen und dank der Unterstützung des Mikrobiologen Arthur Hill Hassall, der im Trinkwasser und Stuhl der Erkrankten Mikroorganismen nachweisen konnte, identifizierte er die Wasserpumpe in der Broad Street als Kontaminationsherd und ließ kurzerhand dessen Schwengel entfernen. Das darauffolgende Abklingen der Epidemie schien seine Hypothese zu bestätigen. Seitdem gilt John Snow als der Urvater der modernen Epidemiologie, da er als Erster die drei zentralen Aufgaben der Disziplin – Quantifizierung, Beschreibung und Analyse – mit einer gezielten Intervention vereinte. Tatsächlich

war zum Zeitpunkt der Intervention der Höhepunkt der Epidemie schon erreicht, und die Fallzahlen gingen bereits deutlich zurück, bevor die Wasserpumpe blockiert wurde.

Moderne Infektionsepidemiologie am Beispiel von Kinderkrankheiten

Oft wird bei dem Begriff „Kinderkrankheiten“ an Erkrankungen gedacht, für die Kinder besonders empfänglich sind und die diese ohne bleibende Probleme durchstehen. Doch ist nicht nur die Assoziation falsch, auch die Schlussfolgerung ist weit von der Realität entfernt. Kinderkrankheiten werden so bezeichnet, weil die Infektionen so weit verbreitet sind und sich so effektiv übertragen, dass sie schon in früher Kindheit auftreten. Einen Rückschluss auf die Schwere der Erkrankung lässt die Bezeichnung jedoch keinesfalls zu.

Wenn aufgrund fehlender vorheriger Exposition (Ausgesetztsein) oder Impfung keinerlei Immunität innerhalb einer Bevölkerung vorhanden wäre, führte jeder Masern- oder Keuchhustenfall durchschnittlich zu 15 weiteren Erkrankten (sogenannte Basisreproduktionszahl oder R_0 , gesprochen „R-Null“), in der zweiten Infektionsgeneration wären schon 225 Personen betroffen, in der dritten 3375 Personen und so weiter. Bei Diphtherie, Pocken, Polio, Röteln und Mumps würde ein Fall zu weiteren 6 Erkrankten führen, in der zweiten Generation immerhin noch zu 36, in der Dritten zu 216.[¶] Diese Übertragungszahlen verdeutlichen, wie rasch sich solche Krankheiten ausbreiten können, auch wenn die infektiöse Phase nur wenige Tage oder Wochen beträgt. Zum Vergleich: Bei der Spanischen Grippe, der wohl verheerendsten Pandemie der Neuzeit, lag die Basisreproduktionszahl bei etwa 2,[¶] bei der noch andauernden Ebolaferiepidemie zwischen 1,7 und 2.[¶]

Die Basisreproduktionszahl ist die entscheidende Maßzahl für die Vorausberechnung des Verlaufs einer Epidemie mit und

ohne Interventionen. Steigt der Anteil der immunen Bevölkerung, entweder durch eine erlittene Infektion oder eine Impfung, sinkt auch die sogenannte effektive Reproduktionszahl, berechnet aus R_0 abzüglich der geschützten Bevölkerung. Wird ein Krankheitserreger in eine Population eingebracht, versucht man durch Impfungen, die Isolation Erkrankter oder Quarantäne von Verdachtsfällen die effektive Reproduktionszahl unter 1 zu senken, sodass ein Infizierter durchschnittlich weniger als eine weitere Person infiziert. So kann eine (sich anbahnende) Epidemie kontrolliert werden.

Ähnlich verhält es sich bei endemischen, impfpräventablen Krankheiten. Diese zirkulieren für gewöhnlich mit einer effektiven Reproduktionszahl zwischen 1 bis 2 innerhalb der Bevölkerung. Der immune Teil der Bevölkerung schützt als Infektionsbarriere indirekt die nichtimmune Bevölkerung. Erreicht die Proportion der immunen Bevölkerung den Wert der kritischen Immunisierungswelle – errechnet aus $1 - (1/R_0)$ –, kann sich eine Krankheit nicht mehr in der Bevölkerung erhalten. Bei Masern liegt diese sogenannte Herdenimmunität bei ungefähr 94 Prozent. Liegt die Masernimpfquote unter dieser Schwelle, ist ein Masernausbruch relativ wahrscheinlich. So geschah es in der bayerischen Stadt Coburg 2002, als mehr als 1000 Kinder an Masern erkrankten, weil zwei niedergelassene Ärzte sich gegen Impfungen aussprachen.

Teilt man die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung durch die Basisreproduktionszahl einer Krankheit, erhält man das Durchschnittsalter der infizierten Personen in einer nichtimmunen Bevölkerung. Bei einer Lebenserwartung von 80 Jahren läge das Durchschnittsalter, in dem die Bevölkerung an Masern erkrankt, bei 5,3 Jahren ($R_0=15$), im Fall von Röteln bei 13,3 Jahren ($R_0=6$). Steigt der Anteil der immunen Bevölkerung, sinkt die effektive Reproduktionszahl, und das durchschnittliche Infektionsalter steigt entsprechend. Um eine Krankheit auszurotten, muss die Bevölkerung bis über die kritische Immunisierungsschwelle hinaus immunisiert werden. Dies hat zur Folge, dass das durchschnittliche Infektionsalter bei Erkrankung über die durchschnittliche Lebenserwartung verschoben wird. Die effektive Reproduktionszahl sinkt unter 1, die Krankheit kann sich so nicht in der Bevölkerung halten und stirbt aus.

[¶] Vgl. Kenneth J. Rothman, *Epidemiology – An Introduction*, Oxford 2012.

[¶] Vgl. ebd.

[¶] Vgl. WHO Ebola Response Team, *Ebola Virus Disease in West Africa – The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections*, in: *The New England Journal of Medicine*, 371 (2014) 16, S. 1481–1495.

Wird die kritische Immunisierungsschwelle nicht erreicht, ist aufgrund der Verschiebung des durchschnittlichen Alters einer Infektion Vorsicht geboten, wie das Beispiel der Röteln zeigt. Im Falle einer Rötelerkrankung schwangerer Frauen ist das Risiko für Fehlgeburten und Fehlbildungen des Embryos stark erhöht. Wird eine Impfkampagne nicht konsequent verwirklicht, kann sich das Durchschnittsalter der Erkrankten bis in das vorwiegende Schwangerschaftsalter verschieben, mit katastrophalen Auswirkungen für Schwangere und Neugeborene. Dies geschah unter anderem in Griechenland in den frühen 1990er Jahren.¹⁶

Es ist ein Segen, dass die Medizin mittlerweile gegen viele Infektionserkrankungen wirksame Impfungen hervorgebracht hat, sodass heutzutage kaum noch jemand in Deutschland an deren Spätfolgen leiden muss oder gar daran verstirbt. Gleichzeitig geraten die schweren Folgen dieser Erkrankungen immer mehr in Vergessenheit. Daraus resultiert – verstärkt durch ein wachsendes Misstrauen gegenüber Staat und Pharmaindustrie – eine Impfmüdigkeit, die dafür verantwortlich ist, dass in Deutschland immer weniger Kinder die freien und für die Herdenimmunität erforderlichen Impfleistungen in Anspruch nehmen.

Infektionskrankheiten: Geschichte und Gegenwart

Wie DNA-Analysen ergaben, war schon Ötzi (ca. 5400 v. Chr.) mit dem Erreger der Lyme-Borreliose infiziert.¹⁷ Der mumifizierte Kopf des 1145 v. Chr. verstorbenen Pharaos Ramses V. weist Narben auf, die auf eine Pockeninfektion hinweisen. Hippokrates beschrieb die Krankheitsbilder, die durch die unterschiedlichen Malariaparasiten hervorgerufen werden.¹⁸

¹⁶ Vgl. Takis Panagiotopoulos/Ionna Antoniadou/Eleni Valassi-Adam, Increase in Congenital Rubella Occurrence after Immunisation in Greece: Retrospective Survey and Systematic Review, in: *BMJ*, 319 (1999), S. 1462–1467.

¹⁷ Vgl. Cornelia Werner, Schon Ötzi wurde von einer Zecke gestochen, o. D., www.abendblatt.de/ratgeber/wissen/article115222167/Schon-Oetzi-wurde-von-einer-Zecke-gestochen.html (7.4.2015).

¹⁸ Vgl. Cheston B. Cunha/Burke A. Cunha, Brief History of the Clinical Diagnosis of Malaria: From Hippocrates to Osler, in: *Vector-borne and Zoonotic Diseases*, 8 (2008), S. 194–199.

Solch historische Überlieferungen sind ein Indiz dafür, dass der Mensch seit jeher von Infektionskrankheiten geplagt wurde. Viele der Erreger, die in der Geschichte zu verheerenden Epidemien geführt haben, haben dank besserer Lebensumstände und moderner Medizin ihren Schrecken verloren. Im Folgenden werden Geschichte und Gegenwart einiger ausgewählter Krankheitserreger besprochen.

Pest. Kaum eine andere Krankheit prägte die europäische Geschichte so sehr wie die Pest, wobei bei der Interpretation der historischen Texte Vorsicht geboten ist. Grundsätzlich wurden damals fast alle fiebrigen und zu Hautausschlag führenden Erkrankungen als „Pest“ bezeichnet; ob nun Masern, Pocken, Fleckfieber oder die eigentliche Pest. Man vermutet, dass die Pest tatsächlich mehrfach epidemisch in Vorderasien und dem Mittelmeerraum auftrat. Gesichert ist anhand von DNA-Analysen der Opfer, dass der Seuchenzug des „Schwarzen Todes“ durch Europa ab 1347 auf den Pesterreger *Yersinia pestis* zurückzuführen ist. Ausgehend von der Krim kamen infizierte Ratten mit den Schiffen nach Konstantinopel und dann weiter nach Venedig, Genua und Messina. Von dort breitete sich die Krankheit innerhalb weniger Jahre entlang der Handelswege über fast ganz Europa aus. Das Bakterium *Y. pestis* wird von Flöhen übertragen. Diese befallen vorwiegend Ratten und andere Nagetiere. Da die Tiere selbst erkranken und an der Krankheit verenden, springen die infizierten Flöhe auf andere Wirte, wie den Menschen, über. Begünstigt wurde die Pandemie durch miserable Lebensumstände und Hygienebedingungen. Die Miasmenlehre konnte Auslöser und Übertragungsweg der Krankheit bis zum Abklingen des Seuchenzugs im frühen 18. Jahrhundert nicht erklären. Menschen versuchten sich durch Schnabelmasken mit Rauchwerk (*Abbildung 2*) zu schützen, die Behandlung erfolgte durch diverse Tinkturen, Aderlässe und dem Aufschneiden der Pestbeulen.

Insgesamt forderte der „Schwarze Tod“ etwa 25 Millionen Menschenleben allein in Europa, was in etwa einem Drittel der Bevölkerung entsprach. Kaum jemandem ist bewusst, dass die Krankheit zwar selten, aber nach wie vor in den USA sowie in Ländern Südamerikas, Asiens und insbesondere Afri-

kas grassiert. Am häufigsten kommt die Pest in Madagaskar vor, wo regelmäßig Epidemien berichtet werden. In den betroffenen Ländern zirkuliert das Bakterium bei diversen Nagetierarten, aber auch Haustiere werden befallen. Dank Antibiotika ist die Krankheit gut behandelbar, eine frühe Diagnose und schnelle Therapie vorausgesetzt. Vor allem in den USA werden Erkrankungen an Beulenpest – immerhin durchschnittlich sieben pro Jahr⁹ – aufgrund mangelnder Aufklärung häufig erst spät erkannt. In ärmeren Ländern fehlt den Betroffenen oft schlichtweg der Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung.

Masern und Pocken. Der Erfolg britischer Truppen und spanischer Konquistadoren bei der Eroberung Nord- und Südamerikas wurde zumeist durch die militärische und taktische Überlegenheit der Besatzerarmeen erklärt. Mittlerweile ist bekannt, dass es vor allem die eingeschleppten Infektionskrankheiten waren, die große Teile der indigenen Bevölkerung dahinrafften, lange bevor die ersten Schüsse fielen. Die Europäer waren gegen diese Gefahr gefeit: In dieser Zeit zirkulierten diverse hochinfektiöse Krankheiten endemisch in Europa, die in Südamerika unbekannt waren – neben Influenza vor allem Pocken und Masern. Überlebende Europäer erwarben durch die ausgestandene Infektion eine lebenslange Immunität und konnten nicht wieder erkranken. Zusätzlich hatte die über Jahrhunderte dauernde Exposition der europäischen Bevölkerung – aufgrund des Evolutionsdrucks – die Widerstandsfähigkeit gegenüber den Erregern erhöht und so die Letalität bei einer Erkrankung gesenkt. So liegt in endemischen Populationen die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer Pockeninfektion bei etwa 70 Prozent¹⁰ und bei Masern über 99 Prozent.¹¹ So verliefen die Krankheiten in Europa zwar zuweilen tödlich, stellten aber selten eine Bedrohung für die Bevölkerung als Ganzes dar. Die amerikanischen Ureinwohner wurden von diesen

⁹ Vgl. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Plague, 23. 4. 2013, www.cdc.gov/plague/maps/ (7. 4. 2015).

¹⁰ Vgl. CDC, Smallpox Disease Overview, 30. 12. 2004, emergency.cdc.gov/agent/smallpox/overview/disease-facts.asp (7. 4. 2015).

¹¹ Vgl. CDC, Complications of Measles, 17. 2. 2015, www.cdc.gov/measles/about/complications.html (7. 4. 2015).

Abbildung 2: Arzt mit Schnabelmaske und Peststab



Quelle: Paul Fürst, Der Doctor Schnabel von Rom, ca. 1656; http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paul_F%C3%BCrst,_Der_Doctor_Schnabel_von_Rom_%28Holl%C3%A4nder_version%29.png (7. 4. 2015).

Krankheiten aber unvorbereitet getroffen – mit einer hohen Letalität. Mehrere solche *virgin soil epidemics* trafen die indigenen Bevölkerungsgruppen Nord- und Südamerikas mit der Ankunft der europäischen Siedler. Es wird geschätzt, dass an den importierten Krankheiten etwa 90 Prozent der amerikanischen Ureinwohner starben.¹² Dies lässt die europäischen Eroberungszüge in der Neuen Welt in einem anderen Licht erscheinen.

Während sowohl Masern als auch Pocken bis Mitte des 20. Jahrhunderts fast allgegenwärtig waren und großen Einfluss auf die Krankheitslast der Bevölkerung hatten, wandelte sich diese Situation mit der Entwicklung entsprechender Impfungen. Da der Mensch

¹² Vgl. Plutarco Naranjo, Epidemic Hecatombs in the New World, in: Allergy and Asthma Proceedings, 13 (1992), S. 237–241.

das einzige Reservoir dieser Krankheiten ist – Tiere also nicht von diesen Krankheiten befallen werden –, wären die Viren ausgerottet, sobald kein Mensch mehr infiziert ist. So führte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1967 eine weltweite Impfpflicht für Pocken ein – mit durchschlagendem Erfolg: 1977 trat der – von wenigen Laborinfektionen abgesehen – letzte Pockenfall in Somalia auf, 1980 deklarierte die WHO die Welt als pockenfrei.

Obwohl es mittels einer effektiven Impfung theoretisch möglich wäre, die Masern auszurotten, ist dies bisher nicht gelungen. Laut WHO konnten in den Jahren 2000 bis 2013 durch Impfungen 15,6 Millionen masernbedingte Todesfälle verhindert werden. Allerdings wurden 2014 immer noch 360 000 Masernfälle gemeldet¹³ und 2013 kam es zu 145 700 Todesfällen.¹⁴ Am schwersten betroffen ist Subsahara-Afrika, eine Region, in der die Impfquoten teilweise unter 50 Prozent liegen. Nord- und Südamerika sowie Australien waren bis vor Kurzem bis auf einige wenige importierte Fälle de facto masernfrei. Auch in Deutschland waren Ausbrüche dank guter Impfbedeckung sehr selten. Aufgrund der seit einigen Jahren steigenden Impfmündigkeit kam es in den vergangenen Jahren vermehrt zu Masernausbrüchen in den USA, Deutschland und anderen Industrieländern.

Ebolafieber. Kaum eine Krankheit erhielt in der letzten Zeit so viel Medieninteresse und erzeugte so viel Besorgnis wie das Ebolafieber. Allerdings liegen die Fallzahlen von Ebola (24 927 Verdachtsfälle im aktuellen Ausbruch, davon 10 338 Tote, Stand 26.3.2015)¹⁵ niedrig im Vergleich zu denen von Masern und vielen anderen Infektionskrankheiten. Was macht das Ebolafieber so angsteinflößend?

Das Ebolavirus gehört zur Gruppe der viralen hämorrhagischen Fieber, einer heterogenen Gruppe fieberhafter Systemerkrankungen, bei denen teilweise Hämorrhagien – das heißt innere Blutungen – auftreten.

Innerhalb der Gattung der Ebolaviren existieren fünf Spezies, vier davon sind humanpathogen. Deren hohe Letalität (zwischen 25 und 90 Prozent¹⁶) und das Fehlen spezifischer Impfungen und Therapeutika machen das Virus so bedrohlich. Natürliches Reservoir des Virus sind wahrscheinlich Flughunde, aber auch andere Wildtiere stehen im Verdacht. Bei der Jagd, dem Schlachten oder dem Verzehr der Tiere kann das Virus auf den Menschen übertreten. Die infektiöse Phase beginnt mit dem Auftreten der Symptome: Fieber, Hautausschlag, Erbrechen und/oder Durchfall. Die Mensch-zu-Mensch-Übertragung erfolgt über Körperflüssigkeiten. Bis 2014 waren Ausbrüche des Ebolafiebers zumeist auf isolierte Regionen Zentralafrikas beschränkt, insbesondere in der Demokratischen Republik Kongo, in Gabun, Uganda und im Südsudan. Aufgrund der Verbreitung der Reservoirtiere, der hohen Letalität und der Tatsache, dass infektiöse Patienten aufgrund der Schwere der Symptome kaum reisefähig sind, war man bis dato davon ausgegangen, dass Ebolafiebersausbrüche keine globalen Ausmaße erreichen können. Als die Krankheit Ende 2013 in Guinea auftrat¹⁷ und sich im April 2014 zur Epidemie entwickelte, traf es die westafrikanischen Länder völlig unvorbereitet.

Durch die Vernetzung der westafrikanischen Länder miteinander und dem Rest der Welt wurde eine weitere Ausbreitung befürchtet. Überforderte Gesundheitssysteme und mangelnde Informationen über die Infektionsübertragung sowie ein durch Mangelerkrankung und andere Infektionskrankheiten geschwächtes Immunsystem der Patienten haben den Ausbruch begünstigt. Nicht nur die Gesundheitseinrichtungen der westafrikanischen Länder – insbesondere in den Epidemiegebieten Guinea, Liberia und Sierra Leone – waren von der Anzahl der Patienten mit Verdacht auf Ebolafieber überfordert. Angst und Unwissen vermeng-

¹³ Vgl. WHO, Measles Surveillance Data, 17.3.2015, www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/ (7.4.2015).

¹⁴ Vgl. WHO, Measles, Februar 2015, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/ (7.4.2015).

¹⁵ Vgl. WHO, Ebola Data and Statistics, 26.3.2015, <http://apps.who.int/gho/data/node.ebola-sitrep.ebola-summary?lang=en> (26.3.2015).

¹⁶ Vgl. WHO, Ebola Virus Disease, September 2014, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/ (7.4.2015).

¹⁷ Vgl. Sylvain Baize et al., Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea, in: *The New England Journal of Medicine*, 371 (2014) 15, S. 1418–1425.

ten sich mit Misstrauen und Aberglauben zu Panik. Krankenhäuser wurden gestürmt und die Patienten „befreit“. Familien versteckten aus Angst vor den Ärzten ihre erkrankten Familienangehörigen und sorgten so für die Aufrechterhaltung der Infektionskette. Da auch die Leichen der an Ebola-Infektion Verstorbenen hochinfektiös sind, führten rituelle Waschungen und traditionelle Bestattungsriten zu immer mehr Infizierten. Durch die internationale Anbindung an den Flugverkehr reisten vereinzelt Infizierte in andere Länder Westafrikas, Europas und in die USA. So kam es außerhalb Afrikas zu lokaler Ebolavirusübertragung in den USA (vier Fälle, einer tödlich), dem Vereinigten Königreich und Spanien (je ein Fall). Dem Eingreifen diverser internationaler Bündnispartner, konsequenter Isolations- und Quarantänemaßnahmen sowie der Aufklärungs- und Präventionsarbeit in den betroffenen Ländern ist es zu verdanken, dass die Epidemie sich nicht in die Nachbarländer verbreitete. Zwar schwelt die Epidemie zurzeit (April 2015) noch in Sierra Leone und Guinea, es gibt aber keine direkten Anzeichen dafür, dass sie wieder aufflammt oder sich weiter ausbreitet. Ein Übergreifen des Ebolavirus nach Deutschland erscheint aufgrund der Übertragungswege, der fehlenden Reserviertiere, der medizinischen Versorgung und Hygienebedingungen sowie der kulturellen Gegebenheiten (Bestattungsriten) als äußerst unwahrscheinlich.

Was bringt die Zukunft?

Das Gefährdungspotenzial einer Krankheit für die globale Gesundheit abzuschätzen, ist keine leichte Aufgabe. Gefahr geht nicht nur von den direkten gesundheitlichen Auswirkungen einer Krankheit aus; auch die Begleiterscheinungen – wie Panik, soziale Unruhen und wirtschaftliche Folgen – tragen zur Gefährdung bei. In der subjektiven Wahrnehmung wird die Gefährdung von stark symptomatischen, unbekannteren und hochinfektiösen Krankheiten eher überschätzt. Ein Erreger, dem man unfreiwillig – wie beispielsweise durch Tröpfcheninfektion – ausgesetzt wird, wird anders eingeschätzt als eine Krankheit, dessen Risikofaktoren – wie beispielsweise das Rauchen bei Lungenkrebs – bekannt und selbst regulierbar scheinen.

Verschiedene Faktoren bestimmen, ob ein Infektionserreger eine Epidemie verursacht: Reservoir/Vektoren (Krankheitsüberträger), Übertragungsweg, Infektiösität, Erkrankungsdauer, Letalität/Erholungsrate, Anteil immuner Bevölkerung, Existenz von Therapeutika/Impfungen/Schutzmaßnahmen. Anhand dieser Faktoren wird deutlich, weshalb Masernviren vor Entwicklung der Impfung extrem „erfolgreich“ waren: leichte Übertragung durch Tröpfchen; ansteckend, bevor erste Symptome sichtbar werden; hohe Infektiösität; relativ selten tödlicher Verlauf. HIV/AIDS breitet sich trotz primär sexueller Übertragung und dabei geringer Infektiösität aufgrund der lebenslangen Erkrankungsdauer, fehlender Immunität/Impfung und nichtvorhandener kausaler Behandlung auch weiterhin aus.

Die Antwort auf die Frage nach den wichtigsten Infektionskrankheiten der Zukunft bleibt hypothetisch. Eine klare Antwort setzt feste Kriterien voraus, nach denen das Gefährdungspotenzial klassifiziert wird. Eine Studie, bei der deutsche Epidemiologen, Mikrobiologen und Klinikärzte befragt wurden, welche Krankheitserreger in Zukunft besser erforscht und überwacht werden sollten, verlieh 26 Pathogenen höchste Priorität. Darunter, neben Erregern von Krankheiten mit bereits respektablem Forschungs- und Beobachtungsinteresse, wie HIV/AIDS, Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA), Tuberkulose, Influenza, Masern, Hepatitis und bakterieller Meningitis, auch solche, die weniger im Fokus der Forschung stehen. Hierzu gehören unter anderem Hantaviren und respiratorische Synzytialviren sowie Bakterien der Gattungen *Campylobacter*, *Helicobacter*, Clostridien, *Escherichia* und Legionellen.¹⁸

Global gesehen, besteht in vielen Bereichen Grund zur Besorgnis. Aufkommende Medikamentenresistenzen sind schon jetzt bei Malariaparasiten, Tuberkulose-Erregern und MRSA ein großes Problem. Durch den Klimawandel sowie internationale Migration, Handel und Reisen breiten sich Reservoir- und

¹⁸ Vgl. Yanina Balabanova et al., Communicable Diseases Prioritized for Surveillance and Epidemiological Research: Results of a Standardized Prioritization Procedure in Germany, 2011, in: PLOS One, (2011), S. 6.

Vektortiere sowie die von ihnen übertragenen Krankheiten wie Dengue-, Chikungunya- und West-Nil-Fieber weiter aus. Massentierhaltung – insbesondere von unterschiedlichen Tierarten auf engem Raum – bietet einen Schmelztiegel für Virusübertragungen und -mutationen. Eindringen in unberührte Naturgebiete und die Rodung der Regenwälder sowie der damit verbundene Kontakt von Mensch und Tier bieten Übertragungspotenzial für bisher unbekanntes Zoonosen. So sind vor allem Fledermaus- und Nagetierarten Reservoir diverser humanpathogener Viren, oder solchen, deren Gene humanpathogenen Viren ähnlich sind.¹⁹

Exemplarisch für potenzielle Pandemien der Zukunft sind oft die unterschiedlichen Erreger der aviären Influenza („Vogelgrippe“), insbesondere der Subtyp A/H5N1. Ausgehend von Hong Kong zirkuliert Influenza A/H5N1 mittlerweile in den Wildvogel- und Geflügelpopulationen Asiens, Europas und Afrikas. Das Risiko der weiteren globalen Ausbreitung ist sehr hoch. Dieser Subtyp ist bei Vögeln hochansteckend und tötete bisher mehrere zehn Millionen Tiere. Weitere hundert Millionen Vögel wurden aus Verdacht auf A/H5N1 gekeult. Bis 2013 gab es 630 dokumentierte Infektionen beim Menschen, vor allem in Ägypten. Von diesen verliefen 375 tödlich.²⁰ Die Übertragung auf den Menschen erfolgt in den meisten Fällen über engen Kontakt zu infizierten Vögeln, Mensch-zu-Mensch-Übertragung ist dagegen noch selten. Neben der hohen Letalität besteht die größte Gefahr des Virus in seiner hohen Mutationsrate. Diese erschwert zum einen die Entwicklung von auf lange Sicht wirksamen Impfungen und Therapeutika. Zum anderen können genetische Mutationen Einfluss auf Übertragungsweg und -potenzial nehmen.

Kritisches Medieninteresse löste 2012 die Arbeit des Virologen Ron Fouchier aus, die er in der Fachzeitschrift „Science“ publi-

zierte.²¹ Durch gezielte Modifikationen des A/H5N1-Virusgenoms war dies nunmehr imstande, sich bei Frettchen – deren respiratorischer Trakt (Atemwege) dem menschlichen sehr ähnlich ist – über Tröpfcheninfektion durch die Atemluft zu verbreiten. Zwei der fünf benötigten Mutationen seien schon außerhalb des Labors beobachtet worden. Es sei demnach nur eine Frage der Zeit, bis die anderen drei Mutationen auch in freier Wildbahn auftreten und so ein neuer Stamm von für Menschen hochinfektiosen A/H5N1-Viren entsteht. Allerdings bemerkte Fouchier ebenso, dass das modifizierte Virus sowohl durch ein antivirales Medikament (Tamiflu) behandelbar sei, als auch gut mit den aus gängigen Impfungen hervorgerufenen Antisera reagiere. Da keines der Frettchen an der Erkrankung gestorben ist, scheint die erhöhte Infektiosität einen Einfluss auf die Pathogenität zu haben.

Die Publikation führte zu einer Diskussion über Wissenschaftsethik. Kritiker warfen Fouchier vor, die von seiner Forschung ausgehende Gefahr – insbesondere in Bezug auf Bioterrorismus – zu verharmlosen. Unterstützer argumentierten, dass die Forschung Fouchiers wichtig sei, um auf den Ernstfall vorbereitet zu sein. Die Intensität der Diskussion zeigt die Brisanz, mit der in der wissenschaftlichen Welt über solche Fragen diskutiert wird. Wie weit darf der Mensch gehen, um möglicherweise (nie) eintreffende Ereignisse zu verhindern? Eine Frage, die für jeden – auch fernab des vermeintlichen Elfenbeinturms der Wissenschaft – relevant sein dürfte. Nicht nur in Bezug auf Infektionskrankheiten.

¹⁹ Vgl. Jan Felix Drexler et al., Bats Host Major Mammalian Paramyxoviruses, in: *Nature Communications*, (2012) 3, S. 796.

²⁰ Vgl. WHO, Cumulative Number of Confirmed Human Cases for Avian Influenza A(H5N1) Reported to WHO, 2000–2013, 4.6.2013, www.who.int/influenza/human_animal_interface/EN_GIP_20130604CumulativeNumberH5N1cases.pdf (7.4.2015).

²¹ Vgl. Ron Fouchier et al., Airborne Transmission of Influenza A/H5N1 Virus Between Ferrets, in: *Science*, 336 (2012), S. 1534–1541.

Malte Thießen

Infizierte Gesellschaften: Sozial- und Kulturgeschichte von Seuchen

Seuchen sind die sozialsten aller Krankheiten. Sie treffen ganze Gesellschaften, schüren kollektive Ängste und verschärfen soziale

Malte Thießen

Dr. phil., geb. 1974; Juniorprofessor für Europäische Zeitgeschichte, Institut für Geschichte, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Ammerländer Heerstraße 114–118, 26129 Oldenburg. m.thiessen@uni-oldenburg.de

Spannungen. Das Beklagen von „Impfmuffeln“ nach Masernausbrüchen oder Schlagzeilen zu Ebola als „Gefahr für den Weltfrieden“¹ sind für die gesellschaftliche Tragweite von Seuchen nur zwei aktuelle Beispiele. Diese soziale Dimension macht die Seuchengeschichte relevant. Sie dient den Geistes- und Kulturwissenschaften als Seismograf des Sozialen, mit dem die Tektonik von Gesellschaften und ihre Verwerfungen sichtbar werden. An der Wahrnehmung und Bekämpfung von Seuchen lässt sich den Aushandlungen sozialer Normen, Hierarchien und Ordnungsvorstellungen im historischen Wandel nachspüren.²

Für diese Spurensuche setze ich im Folgenden drei Schwerpunkte. Erstens geht es mir um den Zusammenhang zwischen Seuchen und Ausgrenzungen und damit um die Frage, wie im Umgang mit Krankheit Identität verhandelt wird. Zweitens spüre ich dem Verhältnis zwischen Seuchenvorstellungen und Raumkonzepten nach. Und drittens steht das Spannungsverhältnis zwischen Seuchen und Staatlichkeit im Fokus. Zwar bestehen zwischen den drei Schwerpunkten enge Überschneidungen. So ist die Aushandlung von Identität schwer zu trennen von Raumkonzepten, mit denen Grenzen

zwischen „uns“ und den „Anderen“ gezogen werden. Das Spannungsverhältnis zwischen Seuchen und Staatlichkeit wiederum fußt ebenso auf Selbst- und Fremdzuschreibungen wie auf Raumkonzepten, mit denen sich Staaten ihre Interventionsfelder erschließen. Der Fokus auf Identität, Raum und Staat eröffnet jedoch drei Perspektiven auf die Seuchengeschichte, die unser Verständnis für historische und gegenwärtige Gesellschaften erweitern.

Obwohl in diesen drei Perspektiven Fallbeispiele vom Mittelalter bis heute in den Blick genommen werden, stehen Entwicklungen der Neuzeit im Mittelpunkt. Schließlich treten seit dem 18. Jahrhundert Spannungsfelder zwischen Seuchen und sozialen Ordnungen hervor, die noch heute spürbar sind. In diesem Sinne verstehe ich die Seuchengeschichte als „Problemgeschichte der Gegenwart“ (Hans Günter Hockerts),³ deren Wurzeln sich über Jahrhunderte zurückverfolgen lassen. Rückblicke auf den Umgang mit Seuchen immunisieren uns somit auch gegen vorschnelle Erfolgs- und Liberalisierungsgeschichten der Moderne. Sie sensibilisieren uns für die Macht von Deutungen, Ängsten und Stereotypen – und für deren Folgen bis in unsere Gegenwart.

Identität: Wir und die Anderen

Seuchen machen Sündenböcke. Als bekanntestes Beispiel gilt nach wie vor jene Pestpandemie der 1340er Jahre, die als „Schwarzer Tod“ über die ganze Welt zog und allein in Europa zwischen 30 und 50 Prozent aller Menschenleben forderte. 1348 kam das Gerücht, Juden seien Brunnenvergifter und „Pestbringer“, wahrscheinlich in Frankreich oder Spanien auf. Solche Fremdzuschreibungen fielen auch deshalb auf fruchtbaren Bo-

¹ Katrin Elger et al., Gefahr für den Weltfrieden, in: Der Spiegel vom 22. 9. 2014, S. 130–135.

² Vgl. als Überblick Stefan Winkle, Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, Düsseldorf 2005; Martin Dinges/Thomas Schlich (Hrsg.), Neue Wege in der Seuchengeschichte, Stuttgart 1995; Malte Thießen (Hrsg.), Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert, Berlin–München 2014.

³ Zur Seuchengeschichte als „Problemgeschichte der Gegenwart“ vgl. Axel Schildt, Seuchen- und Zeitgeschichte. Eine Zwischenbilanz, in: M. Thießen (Anm. 2), S. 206–212.

den, weil die Ausgrenzung jüdischer „Seuchenträger“ einen Weg aus der „Schuldenfalle“ wies.^f In Deutschland (beziehungsweise im Heiligen Römischen Reich) fuhr das Gerücht reiche Ernte ein. Hier brachen während der Pestjahre um die 100 Pogrome gegen Juden aus, die vertrieben, gefoltert und getötet wurden. Der Historiker Alfred Haverkamp hat von diesen Verbrechen folglich als „schwerste Katastrophe des mitteleuropäischen Judentums vor der nationalsozialistischen ‚Endlösung‘“ gesprochen.^f

Selbstverständlich wurde der jüdenfeindliche Furor nicht erst während der Pestzüge erfunden. Die Seuche verschärfte indes soziale Spannungen und tradierte Stereotype, indem sie die Grenze sozialer Zugehörigkeit markierte und verschob. Mit solchen Ausgrenzungen war es auch in der Moderne nicht vorbei, im Gegenteil: Gerade das 19. und das 20. Jahrhundert sind voll von Fällen, in denen Seuchen zur Markierung der „Anderen“ und zur Charakterisierung von Bedrohungen dienten. Preußens König Friedrich Wilhelm III. beispielsweise nannte „die Cholera stets in einem Atemzug mit der ‚politischen Pest aus dem Westen‘“,^g wie er die französische Julirevolution von 1830 bezeichnete. In solchen Deutungen zog der „Sündenfall“ – gemeint war die Revolution – die Seuche als Strafe nach sich. Die Revolutionäre sahen das naturgemäß anders. Ihnen erschien vielmehr die Restauration als Seuche. So kursierte zur Niederschlagung des polnischen Aufstandes durch Russland in ganz Frankreich die Karikatur „La barbarie et le Choléra morbus entrant en europe“, in der russische Truppen mit der sensenschwingenden Cholera als Verbündete über Polen herfielen.^f

Die Seuche – das waren immer die „Anderen“. Dieses *othering* bot zeitgenössischen Ängsten eine perfekte Projektionsfläche.

^f Vgl. Franticek Graus, *Pest – Geißler – Judenmorde. Das 14. Jahrhundert als Krisenzeit*, Göttingen 1994³. Für diesen und weitere Hinweise bedanke ich mich bei Sarah Neumann.

^g Alfred Haverkamp, *Der Schwarze Tod und die Judenverfolgungen von 1348/1349 im Sozial- und Herrschaftsgefüge deutscher Städte*, in: *Trierer Beiträge Sonderheft 2*, (1977), S. 78–86.

^h Michael Dormann, „Das asiatische Ungeheuer“. Die Cholera im 19. Jahrhundert, in: Hans Wilderotter (Hrsg.), *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte*, Berlin 1995, S. 204–251, hier: S. 208.

ⁱ Vgl. ebd., S. 209.

Damit dienten Seuchen der Identitätsstiftung. Schließlich machte die Ausgrenzung und Stigmatisierung des „Anderen“ im Umkehrschluss deutlich, wofür das „Eigene“ stehen sollte. Der Sozialwissenschaftler Marco Pulver hat von „Seuchenmythen“ insofern gar „als Quelle sozialer Kalibrierung“ gesprochen.^h

Dass auch in Deutschland Seuchenmythen in jüdischen Mitbürgern und Migranten ein beliebtes Ziel fanden, verwundert kaum. Erstaunlicher ist demgegenüber die Beobachtung, dass oft erst Fremdbilder vom „Anderen“ Seuchen zu einem gesellschaftlichen Problem machten. Der Medizinhistoriker Alfons Labisch hat in diesem Zusammenhang von „skandalisierten Krankheiten“ gesprochen. Demnach hängt das Bedrohungsgefühl für Seuchen erheblich von ihrer Kompatibilität mit sozialen Problemen ab.ⁱ Eine entrüstete Meldung der „Staatsbürger-Zeitung“ vom November 1895 bietet dafür ein treffendes Beispiel: „Einem polnischen Juden haben wir es in Berlin wieder einmal zu verdanken, dass die echten Pocken nach Berlin eingeschleppt worden sind. (...) Irgendwelche Veranlassung zur allgemeinen Beunruhigung gibt das Vorkommnis nicht. Eins aber ergibt sich aus dem Geschehnis mit zwingender Notwendigkeit: strengste und rücksichtslose Maßregeln gegen den Zuzug russisch-polnisch-galizisch-ungarischer Juden in das Pestnest, das ‚Scheunenviertel‘!“^j Ganz offensichtlich war in Meldungen wie diesen nicht die Seuche der Skandal. Die Pocken stellten ja überhaupt keine Bedrohung dar, wie die Zeitung selbst betonte. Zur Gefahr wurden die Pocken erst als Ausdruck zeitgenössischer Ängste. Erst die Projektionsfläche des „jüdischen, schmutzigen Migranten“ machte die Pocken zum Skandal.

^h Marco Pulver, *Tribut der Seuche oder: Seuchenmythen als Quelle sozialer Kalibrierung*, Frankfurt/M. 1999.

ⁱ Vgl. Alfons Labisch, „Skandalisierte Krankheiten“ und „echte Killer“ – zur Wahrnehmung von Krankheiten in Presse und Öffentlichkeit, in: Michael Ansel et al. (Hrsg.), *Propaganda, (Selbst-)Zensur, Sensation. Grenzen von Presse- und Wirtschaftsfreiheit in Deutschland und Tschechien seit 1871*, Essen 2005, S. 273–289.

^j Bundesarchiv Berlin, R 86/2709, Ausschnitt aus der *Staatsbürger-Zeitung*, 16. 11. 1895.

Es wäre zu einfach, solche Ausgrenzungsprozesse auf ein „finsteres Mittelalter“ oder auf die Zeit vor 1945 zu reduzieren. Vielmehr hat die Forschung nachgewiesen, dass ein *othering* bis heute und selbst in demokratischen Gesellschaften beliebt ist. Beobachten ließ sich dies in den 1980er Jahren mit dem Aufkommen „neuer Seuchen“.¹¹ 1983 warnte das Magazin „Der Spiegel“ vor einer „Homosexuellen-Seuche“, die Europa und die USA in Angst und Schrecken versetze.¹² Obwohl bald bekannt wurde, dass AIDS auch Heterosexuelle betraf, schürten stereotype Fremdbilder gesellschaftliche Ängste: „Als Kranke galten die sexuell oder ethnisch ‚anderen‘“.¹³ Die „Anderen“, das waren Homosexuelle, Heroinsüchtige, Prostituierte und Afrikaner. Selbst wenn nur wenige Deutsche Peter Gauweilers (CSU) drastischen Ausspruch „Mei, des sind halt Aussätzige“¹⁴ unterschreiben mochten, geriet AIDS in den 1980er Jahren zu einem Lehrstück für soziale Exklusionsprozesse und für die Beharrungskraft tradierter Seuchenvorstellungen. Dass „die Krankheit (...) eine Strafe Gottes für die Homosexualität und andere Sünden“ sei,¹⁵ war eben nicht nur in Bayern, sondern auf der ganzen Welt denkbar.

Gauweilers Vorstellungen stießen indes auch in der Union auf Kritik. Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (CDU) forderte das Beschreiten „neuer Wege“ im Umgang mit AIDS, um einen „neuen Wertrahmen für das politische Handeln“ zu setzen. Diese Forderung war eine kleine Revolution. Für Süßmuth erschien nicht mehr die Seuche an sich als größte Bedrohung, sondern traditionelle Konzepte der Seuchenbekämpfung. Rigide Isolations- und Quarantänemaßnahmen sah Süßmuth folglich als „Bedrohung für unsere freiheitliche Lebensform und (...) Gefahr gesellschaftli-

cher Isolierung“.¹⁶ Im Kern solcher Debatten ging es um die Frage, wer eigentlich zur deutschen Gesellschaft gehören sollte und welche Werte für diese Gesellschaft gelten sollten. Insofern ist der Umgang mit AIDS nicht zu trennen von einer gesellschaftlichen und sexuellen Liberalisierung seit den 1960er Jahren oder vom Aufkommen der neuen sozialen Bewegungen in den 1970er Jahren, dank derer ein neuer Umgang mit „neuen Seuchen“ erprobt wurde.

Wäre das nicht ein „Happy End“ der Seuchengeschichte? War die Entwicklung vom Mittelalter bis heute also ein jahrhundertelanger Lernprozess, an dessen Ende eine aufbeziehungsweise abgeklärte Haltung gegenüber Seuchen steht? Mir erscheint diese Interpretation aus zwei Gründen zu einfach. Zum einen weckt der Umgang mit Vogel- und Schweinegrippe, SARS-¹⁷ oder Ebola-Ausbrüchen in den vergangenen Jahren Zweifel. Die Angst vor „neuen Seuchen“ übersetzt sich in Medien und öffentlichen Stellungnahmen nach wie vor in martialischen Kriegsmetaphern von unsichtbaren „Eindringlingen“ und „Keimträgern“, die aufgespürt und bekämpft werden müssen, wie zuletzt die Historikerin Ulrike Lindner gezeigt hat.¹⁸ Schon diese Metaphorik legt nahe, dass Seuchen ein Medium für Fremdzuschreibung geblieben sind.

Zum anderen sind Seuchen dank ihrer langen Deutungstradition bis heute fest im Mythenhaushalt verwurzelt. Diese Verwurzelung führt so weit, dass es mitunter gar keiner „echten“ Seuche mehr für Aushandlungen von Identität bedarf. Dass Pestmetaphern den Grundstein für Adolf Hitlers Rassenideologie legten, hat die Lektüre von „Mein Kampf“ des Germanisten Sander Gilman gezeigt.¹⁹ Als Seuchenträger mutierten Juden zu einer sozialen Bedrohung, die entsprechende Maßnahmen implizierte. „Das war

¹¹ Vgl. Peter Baldwin, *Disease and Democracy. The Industrialized World Faces AIDS*, Berkeley 2005.

¹² Aids: Eine Epidemie, die erst beginnt, in: *Der Spiegel* vom 6. 6. 1983, S. 144–163.

¹³ Ulrike Lindner, *Der Umgang mit neuen Epidemien nach 1945. Nationale und regionale Unterschiede in Europa*, in: M. Thießen (Anm. 2), S. 115–136, hier: S. 130.

¹⁴ Zit. nach: Tyll Schönemann, „Mei, des sind halt Aussätzige“, in: *Der Stern* vom 26. 2. 1987, S. 239 f.

¹⁵ William Bynum, *Geschichte der Medizin*, Stuttgart 2010, S. 220.

¹⁶ Zit. nach: Henning Tümmers, *AIDS und die Mauer. Deutsch-deutsche Reaktionen auf eine komplexe Bedrohung*, in: M. Thießen (Anm. 2), S. 157–185, hier: S. 166, S. 168.

¹⁷ *Severe Acute Respiratory Syndrome, eine virale Lungenkrankheit*.

¹⁸ Vgl. U. Lindner (Anm. 13), S. 121. Siehe dazu auch den Beitrag von Bettina Radeiski in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

¹⁹ Vgl. Sander L. Gilman, *Rasse, Sexualität und Seuche. Stereotype aus der Innenwelt der westlichen Kultur*, Reinbek 1992, insb. S. 287 ff.

Pestilenz“, begründete Hitler seine „Wandlung zum Antisemiten“, „geistige Pestilenz, schlimmer als der schwarze Tod von einst, mit der man da das Volk infizierte. Und in welcher Menge dabei dieses Gift erzeugt und verbreitet wurde!“^{F²⁰}

Entwicklungen seit dem 11. September 2001 legen nahe, dass Seuchenmetaphern noch heute soziale Folgen nach sich ziehen. Als „Biopolitik infizierter Körper“ interpretiert der Historiker Philipp Sarasin Konzepte der Terrorismusbekämpfung seit den Anschlägen auf das World Trade Center. Sarasin stellt nach seiner Auswertung US-amerikanischer Presseberichte eine ebenso ungebrochene wie unheilvolle Attraktivität von Seuchenmetaphern fest. Diese entbehren zwar jeder epidemiologischen Grundlage. Sie befördern indes Fremdzuschreibungen, mit denen sich letztlich sogar Folter und Kriege begründen lassen: „Der ‚Terrorist‘ ist die Ikone schlechthin jenes ‚unsichtbaren Feindes‘, der von außen in unsere Körper eindringt, um so von innen her zu zerstören. Eine fremde Spezies, die mit antibakteriellen Mitteln bekämpft werden muß.“^{F²¹}

Raum: Seuchenherde und Einfallstore

„Infektionsherde“, „Brutstätten“ oder „Einfallstore“ für Epidemien standen und stehen immer wieder im Fokus von Bekämpfungsstrategien. Schon im Angesicht des „Schwarzen Todes“ galten Isolierung und Quarantäne als Sicherheitsmaßnahmen, mit denen sich die Pest kontrollieren ließ. Im 15. Jahrhundert führten italienische, später auch andere europäische Städte zudem „Gesundheitspässe“ ein, mit denen Reisende in Pestzeiten ihre Einreise aus „gesunden“ Gegenden nachzuweisen hatten.^{F²²}

Zwar standen die Probleme solcher Grenzziehungen bald allen Betroffenen deutlich vor Augen. Gemeinden, Städte oder ganze Regionen ließen sich schwerlich gegen Krankheitserreger abschirmen. Tiere, Handelswaren und Lücken in den Seuchenkordons

durchkreuzten immer wieder Schutzmaßnahmen. Dennoch dominieren „Seuchenherde“ und „Einfallstore“ bis heute den Umgang mit Seuchen. Die anhaltende Attraktivität von Raumkonzepten hat nicht allein epidemiologische Gründe. Darüber hinaus versprechen sie eine „Verortung“ von Seuchen und damit eine Rationalisierung der Bedrohung. Die Lokalisierung infizierter Räume suggeriert insofern eine Lokalisierung auch im übertragenen Wortsinne: In der räumlichen Dimension erscheint die Seuche sichtbar und ihre Bekämpfung planbar.

Außerdem knüpfen Raumkonzepte an gängige Deutungsmuster an, was die Plausibilität von Maßnahmen der Seuchenbekämpfung erhöht. Das bekannteste und älteste dieser Deutungsmuster ist das von der „ungesunden Stadt“. Seit der Industrialisierung hatte die Vorstellung von Städten als „Seuchenherden“ Konjunktur. Die Vorstellung war angesichts verrauchter und stinkender Viertel nicht aus der Luft gegriffen. Schließlich stellten Mietskasernen und enge Straßen tatsächlich ein Gesundheitsproblem dar, wie zahlreiche Cholera-Ausbrüche des 19. Jahrhunderts belegten. Bei der Cholera lag der Zusammenhang zwischen Seuchen und Problemvierteln auf der Hand, starben Menschen in sozialen Brennpunkten doch ungleich häufiger als die Bewohner besserer Gegenden. In seiner bekannten Fallstudie zur Hamburger Cholera-Epidemie von 1892 hat der Historiker Richard Evans diesen Zusammenhang zwischen Seuchen und sozialen Räumen auf den Punkt gebracht: „Die Cholera enthüllte und spiegelte Muster der Ungleichheit, die sich längerfristig auf Gesundheit und Krankheit sowie auf Leben und Tod auswirkten.“^{F²³}

Oft fußten Raumbezüge aber auf sozialen Konstruktionen. Die Verknüpfung von Seuchen mit Armut und einer ungesunden, unhygienischen und unmoralischen Lebensführung prägte die Wahrnehmung meist nachhaltiger als tatsächliche Bedrohungen. Dass das Schlagwort vom „Seuchenherd“ Stadt ausgerechnet Ende des 19. Jahrhunderts und damit zu jener Zeit allgegenwärtig wurde, als europäische Städte gegenüber ländlichen Regionen erhebliche gesundheitliche

^{F²⁰} Adolf Hitler, *Mein Kampf*, München 1938, S. 62.

^{F²¹} Philipp Sarasin, „Anthrax“. *Bioterror als Phantasma*, Frankfurt/M. 2004, S. 171, S. 164.

^{F²²} Vgl. Carlo M. Cipolla, *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge 1976, S. 19f., S. 28ff.

^{F²³} Richard Evans, *Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910*, Reinbek 1990, S. 711.

Fortschritte machten,¹²⁴ spricht für die Wirkmächtigkeit solcher Raumkonstruktionen. Dafür spricht auch das Beispiel der „Spanischen Grippe“, die 1918/19 die ganze Welt durchquerte und zwischen 20 und 50 Millionen Tote zurückließ. Obgleich die Grippe auf dem Land ebenso wütete wie in den Städten, standen nur Letztere als „Seuchenherd“ im Fokus. Sie boten eine größere Projektionsfläche für Seuchenängste als die Provinz, obgleich die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen ungleich schlechter war.¹²⁵

Die Beliebtheit des Topos von der Stadt als „Seuchenherd“ hat drei Ursachen. Erstens werden in der Stadt Verbreitungswege von Krankheiten sichtbar. Der städtische Raum mit seinen Vierteln und Verkehrsadern bildet eine *mental map* für die Seuchenwahrnehmung. Zweitens verdichten sich politische und mediale Öffentlichkeiten in Städten, was das Aufmerksamkeitsfenster für Bedrohungen weit öffnet. Drittens ist Städten eine unmoralische Lebensführung sehr viel stärker eingeschrieben als ländlichen Regionen. Dass im Falle der „Spanischen Grippe“ vor Vergnügungsvierteln als „Brutstätten“ der Seuche gewarnt wurde, belegt die Verbreitung moralischer Raumzuschreibungen, die indes weniger mit epidemiologischen Befunden als mit zeitgenössischen Ängsten zu erklären sind. „Erfahrungsgemäß“, so konnten die Leser des „Hamburger Fremdenblatts“ beispielsweise als Erklärung für viele erkrankte Frauen an der „Spanischen Grippe“ im Oktober 1918 lesen, „sind es gegenwärtig Frauen und Mädchen, die überwiegend den Besuch der Lichtspieltheater bestreiten; der Grippe-Bazillus findet aber gerade in der Dunkelheit der Lichtspieltheater geeigneten Nähr- und Verbreitungsboden“.¹²⁶

Gravierende Auswirkungen solcher Raumkonzepte haben Historiker für das „Dritte

¹²⁴ Vgl. Jörg Vögele/Wolfgang Woelk (Hrsg.), Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der epidemiologischen Transition, Berlin 2000.

¹²⁵ Vgl. Malte Thießen, Pandemics as a Problem of the Province: Urban and Rural Perceptions of the „Spanish Influenza“, 1918–1919, in: Jörg Vögele/Thorsten Nock/Stefanie Knöll (Hrsg.), Epidemics and Pandemics in Historical Perspective, Herbolzheim 2015, S. 157–168.

¹²⁶ Staatsarchiv Hamburg, 352-3/III G3 Bd. 1, Ausschnitt aus Hamburger Fremdenblatt, Die Grippe in Hamburg, 27.10.1918.

Reich“ beschrieben. So zeigt Winfried Süß anhand der Bekämpfung des Fleckfiebers im Zweiten Weltkrieg, dass ein „offenkundiges Missverhältnis zwischen dem realen und dem imaginierten Ausmaß“ der Seuche bestanden habe. Süß erklärt diese Seuchenangst unter anderem mit der Tradition „antisemitischer Stereotype des bärtigen ‚Ostjuden‘ mit läusebefallenem Kaftan“, dessen Wohnstätten gemeinhin als „Brutstätten der Seuche“ galten.¹²⁷ Die „Sanierung“ des Ostens und die Einrichtung von „Seuchenkordons“ an der Ostgrenze waren demnach der Ausdruck eines „rassentheoretischen“ Raumkonzepts: „Die Grenze zum eroberten ‚Ostraum‘ markierte in den Augen vieler Ärzte eine Demarkationslinie, die gleichermaßen rassistisch wie epidemiologisch definiert war und das fleckfieberfreie Deutsche Reich von den fleckfieberverseuchten Gebieten des besetzten Polen(s) und der Sowjetunion mit ihren als unsauber, rassistisch und kulturell minderwertig geltenden Bewohnern trennte.“¹²⁸ Nicht zuletzt wegen solcher Raumkonzepte gingen Epidemiologie und „Vernichtungskrieg“ im „Dritten Reich“ eine unheilvolle Allianz ein.¹²⁹

Dennoch sind solche Raumkonzepte keine Spezialität des nationalsozialistischen Deutschlands. Vielmehr lässt sich die Tradition antisemitischer Raumkonstruktionen bis ins deutsche Kaiserreich und weiter zurückverfolgen.¹³⁰ Außerdem stoßen wir noch heute auf vergleichbare Raumkonzepte und Grenzziehungen, die ebenfalls auf zeitgemäße Deutungsmuster zurückzuführen sind, wie Philipp Sarasin gezeigt hat. Demnach macht sich in den USA seit den 1990er Jahren die „Verbindung von Infektion und Immigration“ in verschärften Kontrollen an der mexikanischen Grenze bemerkbar, die US-amerikanische Grenzpolizisten in einer BBC-Dokumentation von 2000 entsprechend begründeten: „Der Feind, das ist die Tuberkulose, an der diese Immigranten oft

¹²⁷ Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945, München 2003, S. 225.

¹²⁸ Ebd., S. 226.

¹²⁹ Vgl. Paul Weindling, Epidemics and Genocide in Eastern Europe 1890–1945, Oxford 2000.

¹³⁰ Paul Weindling, Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism 1870–1945, Cambridge 1993.

leiden.“^{F1} Auch in der Europäischen Union spielen epidemiologische Raumvorstellungen und Grenzziehungen in letzter Zeit in Debatten „über Immigrationspolitik eine Rolle“.^{F2}

Migranten und die weite Welt schüren also nach wie vor – vielleicht sogar stärker denn je – Ängste vor Seuchen. „Globalisierung“, so bringt Sarasin diese Beobachtung auf den Punkt, „ist der Name für eine kaum noch einzudämmende weltweite Infizierbarkeit“.^{F3} Das Schließen von „Einfallstoren“ und die Kontrolle von „Seuchenherden“ ist demnach ein Bedürfnis postmoderner Gesellschaften, das sich aus Ängsten vor der Globalisierung speist. Dass solche Ängste zwar nachvollziehbar, allerdings vergleichsweise irrational sind, hat Philipp Sarasin mit der Beobachtung unterstrichen, dass Migranten oder Entwicklungsländer als Seuchenherde immer wieder für schrille Schlagzeilen sorgen, während der weltweite Tourismus oder globale Handelsströme ungleich seltener als Problem erscheinen.

Staat: Fortschrittsdenken und Wettbewerb

Seuchen und Herrschende stehen seit jeher in einer engen Beziehung. Angesichts der religiösen Aufladung von Epidemien als „Strafe Gottes“ maß sich die Legitimität von Herrschaft schon im Mittelalter auch an den Seuchenverhältnissen. Wenn Herrschaft als Ausdruck göttlichen Willens und göttlicher Ordnung galt, warf die Ankunft des „Schwarzen Todes“ zwangsläufig fundamentale Fragen nach der Gunst des Herrschenden auf. Darüber hinaus wurden Fragen nach der Herrschaftslegitimität in Pestzügen akut, weil wirtschaftliche Folgen der Seuche zu sozialen Verwerfungen führten.

Seit der Frühen Neuzeit gingen Seuchen und Staaten ein besonders intimes Verhältnis ein. Mit der „Medikalisierung“ Europas und dem Aufbau staatlicher Gesundheitswesen rückte die Seuchenbekämpfung ganz oben auf die politische Agenda. Der Philosoph Michel Foucault hat die Pest in diesem Zusammenhang sogar als einen „Traum“ der Regie-

renden bezeichnet. Seit dem 17. Jahrhundert gab die Pest demnach „die Probe auf die ideale Ausübung der Disziplinierungsmacht“. Staatliche Akteure „träumten vom Pestzustand, um die perfekten Disziplinen funktionieren zu lassen“.^{F4} In Foucaults Lesart waren Seuchen die Geburtshelfer moderner Staaten, die ihre Regierungstechnik im Kampf gegen Pocken, Pest und Cholera erprobten.

Vor allem die „Sanierung“ von „Seuchenherden“ avancierte schnell zu einem Lieblingsprojekt des Nationalstaates, was im Übrigen die oben genannte Attraktivität von Raumkonzepten seit dem 19. Jahrhundert erklärt. Epidemien erschienen nun nicht nur als Bedrohung, sondern ebenso als Herausforderung, ja als Chance für den Interventionsstaat, der seine Handlungsfähigkeit in der Seuchenbekämpfung unter Beweis stellte. Das gilt nicht nur für Osteuropa, das deutsche Experten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als „Lebensraum“ immunisieren wollten. Ebenso ambitionierte Projekte finden wir in der Zwischenkriegszeit im übrigen Europa. In Italien machte sich Mussolini in den 1920er Jahren mit Hochdruck an die „Ausrottung“ der Malaria, um „die absolute Handlungsfähigkeit des faschistischen Staates innerhalb und außerhalb Italiens zu demonstrieren“.^{F5} Ganz ähnlich klang das seit den 1920er Jahren in der Sowjetunion. Hier diente der Kampf gegen Malaria und Pest sowohl der staatlichen Propaganda als auch der „Sowjetisierung“ und sozialen Stabilisierung insbesondere der südlichen Republiken.^{F6} Dennoch wäre es zu einfach, die Sanierung von „Seuchenherden“ zu einem Projekt totalitärer Gesellschaften zu erklären. Schließlich warfen sich Anfang der 1930er Jahre auch die USA in den Kampf gegen Malaria, um soziale Ordnungen in ländlichen Gebieten zu verändern. Unter US-Präsident Franklin D. Roosevelt avancierte die Seuchenbekämpfung somit auch zu einem sozialpolitischen Versprechen des „New Deal“.^{F7}

^{F1} Zit. nach: P. Sarasin (Anm. 20), S. 173.

^{F2} Ebd., S. 175.

^{F3} Ebd., S. 184.

^{F4} Michel Foucault, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Frankfurt/M. 1994, S. 255.

^{F5} Matthias Braun, *Umwelten gestalten, Gesellschaften ordnen. Malariapolitiken in der Zwischenkriegszeit in Italien, der Sowjetunion und den USA*, in: M. Thießen (Anm. 2), S. 76–93, hier: S. 81.

^{F6} Vgl. Matthias Braun, *Schwarzer Tod, rote Hygiene: Praktiken der Intervention und Prävention gegen die Pest in der Sowjetunion, 1920er- bis 1950er Jahre*, in: *Zeithistorische Forschungen*, 10 (2013), S. 390–408.

^{F7} M. Braun (Anm. 34), S. 88.

Kurz gesagt, diente die Seuchenbekämpfung in der Moderne mehr denn je als Gradmesser für staatliche Leistungsfähigkeit. Diese Leistung ließ sich mit zwei Methoden nachweisen. Zum einen beobachteten Gesundheitspolitiker und Medizinalbeamte den Verlauf der „Volksseuchen“ anhand von Erkrankungs- und Todeszahlen, die Aufschluss über den Rückgang von Pest, Cholera und Pocken boten. Seuchenstatistiken schrieben daher kräftig mit am Fortschrittsnarrativ der Moderne und stellten dem Fürsorge- beziehungsweise „Vorsorgestaat“ ein gutes Zeugnis aus.^{f³⁸} Vor diesem Hintergrund wird auch die Einführung von Impfpflichten in ganz Europa nachvollziehbar. Der Schutz des „Volkskörpers“ wog lange Zeit schwerer als Bedenken des Einzelnen vor staatlichen Zugriffen auf seinen eigenen Körper.^{f³⁹}

Zweitens erlaubte die Seuchenstatistik einen Vergleich von Gesundheitsverhältnissen verschiedener Staaten. Erleichtert wurde dieser Vergleich in Europa von internationalen Seuchenkonferenzen seit dem späten 19. Jahrhundert, von der Zusammenarbeit im Völkerbund nach dem Ersten Weltkrieg beziehungsweise in der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach 1945. Die Zusammenarbeit beförderte jedoch nicht nur internationale Kooperationen für Quarantänemaßnahmen und Impfprogramme. Sie befeuerte ebenso eine Konkurrenz um die „gesündere“ und „bessere“ Gesellschaft.^{f⁴⁰} Dieser Wettlauf hatte sich schon in den Malariaprogrammen der Zwischenkriegszeit bemerkbar gemacht, bei denen es den handelnden Staaten immer auch um eine positive Außendarstellung ging.

Im Kalten Krieg gewann der internationale Wettbewerb noch an Intensität. Wie sehr Seuchen seit den 1950er Jahren eine Arena

^{f³⁸} Vgl. Hans Günter Hockerts, *Vorsorge und Fürsorge. Soziale Sicherung in den Gründerjahren der Bundesrepublik*, in: Justizministerium des Landes NRW (Hrsg.), *Weichenstellungen im Arbeits- und Sozialrecht der Bundesrepublik. Diktatorische Vergangenheit und demokratische Prägung*, Recklinghausen 2013, S. 135–150.

^{f³⁹} Vgl. Malte Thießen, *Vom immunisierten Volkskörper zum „präventiven Selbst“*. Impfen als Biopolitik und soziale Praxis vom Kaiserreich zur Bundesrepublik, in: *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte*, 61 (2013), S. 35–64.

^{f⁴⁰} Mark Harrison, *Disease and the Modern World*, Cambridge 2004; Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830–1930*, Cambridge 1999.

des Systemgegensatzes eröffneten, zeigen einige Schlaglichter der deutsch-deutschen Geschichte. Anfang der 1960er Jahre schrieb „Die Zeit“ bestürzt über die Folgen der deutschen Teilung, Seuchen seien mittlerweile zu einem politischen Argument mutiert, zu einer Waffe, mit der sich die Propagandaschlachten des Kalten Krieges führen ließen: „In unserem Tal des deutschen Jammers ist Krankheit nicht mehr für alle ein beklagenswerter, hilfeheischer Zustand, sondern oft eher Anlaß zu politischer Auseinandersetzung. Die Pockenkranken in der Bundesrepublik gelten den Kommunisten als Produkte des kapitalistischen Systems, die Ostberliner Ruhr-epidemie ist für einige unserer Publizisten eine direkte Konsequenz der Mauer.“^{f⁴¹}

Doch nicht nur Pocken und Ruhr, auch die Poliomyelitis (Kinderlähmung) bot Gelegenheit zur Auseinandersetzung. Während Polio-Erkrankungen in der Bundesrepublik seit Mitte der 1950er Jahre zunahmen, konnte die DDR dank neuer Impfprogramme beeindruckende Erfolge bei der Eindämmung der Seuche vorweisen. Mit diesen Erfolgen hielten die Ostdeutschen nicht hinter dem Berg. 1961 machte Willi Stoph, das spätere Staatsoberhaupt der DDR, Bundeskanzler Konrad Adenauer ein „großzügiges Angebot“, wie er es nannte. Angesichts des Ausbruchs einer Polio-Epidemie im Ruhrgebiet versprach Stoph den Westdeutschen die Zusendung ostdeutscher Impfstoffe. Während das Angebot in der Westpresse durchaus auf Resonanz stieß,^{f⁴²} tat das Bundesgesundheitsministerium die Initiative nicht zu Unrecht als Propagandatricks ab, der „einen politischen und psychologischen Effekt erreichen will“.^{f⁴³} Adenauer folgte dieser Einschätzung und lehnte dankend ab.

Seine Ablehnung stieß unter den Westdeutschen durchaus auf Kritik. Als „völlig unverständlich“ bezichtigte ein enttäuschter Bundesbürger die Entscheidung in einem Schreiben an das Gesundheitsministerium:

^{f⁴¹} René Bayer, *Die Seuche in Ostberlin*, in: *Die Zeit* vom 13. 4. 1962, S. 2. Zur gesundheitspolitischen Konkurrenz zwischen Ost- und West-Berlin vgl. Melanie Arndt, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961*, Köln 2009.

^{f⁴²} Vgl. Polio-Impfung: Aus dem Schnapsglas, in: *Der Spiegel* vom 19. 7. 1961, S. 59–60.

^{f⁴³} Bundesarchiv Koblenz (BAK), B 142/55, Vermerk für Herrn Minister, 1. 7. 1961.

„Wurde hier nicht die Gesundheit unzähliger Menschen politischen Ressentiments geopfert? Dabei steht die DDR beispielgebend im Gesundheitswesen da.“^{f44} Noch schärfer formulierte den Vorwurf ein Leserbrief im Bonner „Generalanzeiger“: „Menschen erkranken und sterben, weil unsere Behörden augenscheinlich nicht auf diesen Fall vorbereitet sind, weil sie aus ganz augenscheinlich politischen Gründen ein wirksames Mittel ablehnen und lieber Menschen sterben lassen. Wer treibt denn nun aus politischen Gründen Spiel mit Menschenleben?“^{f45} Noch kürzer nannte ein Kinderarzt das Hinterherhinken der Bundesrepublik eine „unentschuld bare Blamage des westdeutschen Gesundheitswesens“.^{f46}

An diesem letzten Beispiel zeichnet sich der Zusammenhang zwischen Seuchen und Staatlichkeit wie unter einem Brennglas ab. Stellte die Verbreitung von Infektionskrankheiten dem „Systemgegner“ ein schlechtes Zeugnis aus, erhöhte sich die politische Bedeutung der Seuchenbekämpfung. Vorsorge- und Quarantänemaßnahmen befriedigten daher nicht nur Bedürfnisse des Staatsbürgers, sondern ebenso jene des Staates. Der Umgang mit Seuchen mutierte zum Gradmesser für staatliche Leistungsfähigkeit und das „gesündere“, also bessere Gesellschaftsmodell.

Fazit

Zu Beginn habe ich behauptet, dass Seuchen als Seismograf des Sozialen dienen. Abschließend lässt sich diese Behauptung konkretisieren. Eine Sozial- und Kulturgeschichte von Seuchen bietet tiefe Einblicke in historische Gesellschaften und ihre Grundlagen, indem sie den Aushandlungsprozessen sozialer Ordnungen nachspürt, den Raumkonstruktionen, Selbst- und Fremdbildern und den Legitimationszwängen des Staates. Diese Aushandlungsprozesse werden in drei Perspektiven sichtbar.

Erstens fordern und fördern Seuchen Aushandlungen über „uns“ und die „Anderen“ und damit über Moral- und Wertvorstellungen,

über Rollenmuster und Menschenbilder. Seuchen sind somit ein Medium der Identitätsbildung und Normierung. Zweitens erfordern Seuchen eine Verständigung über soziale Räume. Die Denkfigur der „Ansteckung“ konstruiert „Seuchenherde“, „Infektionswege“, „Einfallstore“, „Keimträger“, die mit „Seuchenkordons“, Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen in Schach gehalten werden sollen. Darüber hinaus befeuern Seuchen soziale Grenzziehungen: zwischen „immunisierten“ und „infizierten“ Ländern, Regionen, Städten und damit zwischen Gesunden und Kranken. Drittens stehen Seuchen und Staaten in einem zweifachen Spannungsverhältnis. Einerseits birgt das Auftreten von Epidemien Gefahren, da es die Gunst und Legitimität der Herrschenden infrage stellt. Bis heute stehen Seuchenzüge für das Scheitern des Staates, zuletzt wieder einmal in den *failed states* Afrikas während der Ebola-Epidemie. Andererseits avancierte die Seuchenbekämpfung in der Moderne zu einem Aktivposten von Interventionsstaaten und zu einem Wahlkampfslager für Politiker, die ihre Leistungsfähigkeit im Sieg über die Seuche unter Beweis stellten – und nach wie vor stellen.

In diesen drei Perspektiven erfahren wir zwar wenig über gesundheitliche Entwicklungen im medizinischen Sinn. Zur Rekonstruktion historischer Seuchen, wie sie in letzter Zeit mit Hilfe biochemischer Verfahren vorangetrieben wird,^{f47} kann eine Sozial- und Kulturgeschichte wenig beitragen. Dieses Manko scheint mir allerdings zugleich ihr großer Vorzug zu sein. Denn so wenig wir in sozial- und kulturgeschichtlicher Perspektive über Seuchen an sich lernen, so viel erfahren wir über Gesellschaften und ihre Wahrnehmungen: ihre Blicke auf sich, auf die „Anderen“ und auf die weite Welt. Und diese Blicke, Deutungen und Ängste sind oft ebenso wirkmächtig wie Seuchen selbst.

^{f44} BAK, B 142/55, Schreiben eines Bundesbürgers an BMGes, 17.11.1961.

^{f45} BAK, B 142/55, Schreiben des Bonner General-Anzeigers an Pressereferat des BMI, 1.8.1961.

^{f46} BAK, B 142/1897, Schreiben eines Karlsruher Kinderarztes an BMGes, 20.1.1962.

^{f47} Vgl. Lester K. Little, *Plague Historians in Lab Coats*, in: *Past and Present*, 213 (2011) 1, S. 267–290.

Tine Hanrieder

Globale Seuchen- bekämpfung: Kooperation zwi- schen Ungleichen

Einem verbreiteten Ausspruch zufolge kenne Krankheit keine Grenzen. In der Tat: Ansteckungskrankheiten verbreiten

Tine Hanrieder

Dr. rer. pol., geb. 1980; wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Global Governance, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin. tine.hanrieder@wzb.eu

sich in einer globalisierten Welt häufig sehr schnell über regionale Grenzen hinweg. Epidemien, also lokal begrenzte Ausbrüche, können mittels des internationalen Flugverkehrs schnell zu Pandemien

werden, die mehrere Regionen oder Kontinente betreffen. Verheerende Seuchen wie beispielsweise die jüngste Ebola-Epidemie in Westafrika, die 2010 ausgebrochene Cholera-Epidemie in Haiti, und nicht zuletzt die seit den 1980er Jahren grassierende AIDS-Pandemie führen auf drastische Weise die schwerwiegenden politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Ansteckungskrankheiten vor Augen.¹ Hinzu kommen Ängste vor gefährlichen neuen „Killerviren“, etwa einer Mutation des Vogelgrippe-Erregers hin zu einer hochinfektiösen Seuche, die rasch zur weltweiten Gesundheitsbedrohung werden könnte.

Angesichts dieser weltweiten Seuchengefahr nimmt der Begriff der „Gesundheits-sicherheit“ mittlerweile einen zentralen Platz auf der internationalen Agenda ein. Bereits 2000 erklärte der Sicherheitsrat der Vereinten Nationen die AIDS-Pandemie zu einem globalen Sicherheitsproblem, und auch die westafrikanische Ebola-Epidemie deklarierte das Gremium im September 2014 zu einer Bedrohung für Sicherheit und Frieden.² Die Dringlichkeit globaler Seuchenbekämpfung, die mit der Sicherheitsrhetorik zum Ausdruck gebracht wird,³ spiegelt sich auch

in der institutionellen Landschaft der Global Health Governance wider. Eine große Anzahl internationaler Akteure ist mittlerweile im Gesundheitsbereich engagiert. Hierzu zählen internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Weltbank, Nichtregierungsorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen oder Save the Children, private Stiftungen wie die Rockefeller Stiftung und die Bill & Melinda Gates Stiftung sowie eine Vielzahl öffentlich-privater Partnerschaften, etwa der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria und die Impfallianz Gavi. Der gestiegene Stellenwert globaler Gesundheitspolitik bildet sich auch finanziell ab. So sind die Entwicklungsgelder für Gesundheitspolitik allein zwischen 1990 und 2007 von 5,6 Milliarden auf 21,8 Milliarden US-Dollar gestiegen.⁴

Der höhere Stellenwert globaler Gesundheitspolitik kann jedoch nicht über die Grenzen globaler Seuchenkontrolle hinwegtäuschen. Gerade die westafrikanische Ebola-Epidemie hat aktuell wieder deutlich gemacht, dass Armutskrankheiten, die vor allem die Länder des Südens betreffen, bei der internationalen Seuchenbekämpfung nachrangig behandelt werden. Denn allen Beteuerungen zum Trotz ist Gesundheitssicherheit keineswegs ein globales öffentliches Gut, sondern sehr ungleich verteilt. Globale Seuchenkontrolle leidet unter notorischer Ressourcenknappheit, vor allem angesichts schwacher Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern, und ist geprägt von Verteilungskonflikten zwischen armen und reichen Ländern.

Internationale Institutionen beheben diese Probleme nur zum Teil, wie ich im Folgenden darlegen werde. Ich werde dabei schlaglichtartig auf Politikinstrumente eingehen, die zur globalen Seuchenbekämpfung durch epi-

¹ Vgl. Laurie Garrett, *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*, New York 1995.

² Vgl. auch die Agenda für Globale Gesundheitssicherheit der US-Regierung unter Barack Obama, www.globalhealth.gov/global-health-topics/global-health-security/ghsagenda.html (25.3.2015).

³ Vgl. Stefan Elbe, *Virus Alert: Security, Governmentality, and the AIDS Pandemic*, New York 2009.

⁴ Zu dieser Schätzung vgl. Nirmala Ravishankar et al., *Financing of Global Health: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007*, in: *The Lancet*, 373 (2009) 9681, S. 2113–2124.

demiologische Überwachung, Forschungszusammenarbeit und Arzneimittelpolitik beitragen. Zunächst stelle ich das zentrale Rechtsinstrument für die Seuchenüberwachung und -kontrolle vor: die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), mithilfe derer die WHO auf Gesundheitsnotfälle wie beispielsweise Ebola reagiert. Daraufhin gehe ich besonders auf die aktuellen Reformvorhaben für die IGV ein, durch die Konsequenzen aus der Ebolakatastrophe gezogen werden sollen. Anschließend diskutiere ich für den Bereich Forschungsk Kooperation das WHO-Grippe-Netzwerk und insbesondere den Streit um die Weitergabe von Proben des Vogelgrippevirus. Abschließend gehe ich auf die Bandbreite an Mechanismen ein, die den Zugang zu Arzneimitteln auch für arme Länder und Bevölkerungsgruppen verbessern sollen, bevor ich mit einem Plädoyer für ein breites und sektorenübergreifendes Verständnis globaler Gesundheitspolitik schließe.

Die IGV und das Ende staatlicher Zensur

Ein Blick in die Geschichte zeigt: Die Sorge um Gesundheitssicherheit konkurriert seit jeher mit anderen politischen und ökonomischen Motiven.¹⁵ So bezweckten erste Vereinbarungen zur internationalen Seuchenbekämpfung gerade nicht die Maximierung der Gesundheitssicherheit. Vielmehr ging es auf den sogenannten Internationalen Sanitärkonferenzen ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts darum, den Einsatz von Schutzmaßnahmen wie zum Beispiel Quarantänen auf das Notwendigste zu begrenzen. Denn gerade See- und Handelsmächte, allen voran Großbritannien, waren an einem reibungslosen Verkehr von Personen und Waren interessiert, der nicht durch überzogene Sicherheitsvorkehrungen anderer Länder behindert werden sollte.¹⁶

Die Sorge um wirtschaftsverträgliche Maßnahmen bei der Seuchenbekämpfung schlug sich auch in den IGV nieder, die aus den In-

ternationalen Sanitären Regulierungen hervorgingen. Die Betreuung und Umsetzung der IGV obliegt seit ihrer Gründung 1946 der Weltgesundheitsorganisation. Als Sonderorganisation für Gesundheit der Vereinten Nationen mit derzeit 194 Mitgliedsstaaten¹⁷ ist die WHO die zentrale Koordinationsinstanz internationaler Gesundheitspolitik, auch und gerade bei der Seuchenbekämpfung.¹⁸ Zwar verfügt die WHO selbst über keine Einsatzkräfte, um in betroffenen Ländern Hilfe zu leisten, doch soll sie im Krisenfall Hilfseinsätze vernetzen und verlässliche Informationen über akute Bedrohungen und geeignete Gegenmaßnahmen zur Verfügung stellen.

Die IGV fungieren als rechtliche Grundlage der WHO-Krisenpolitik. Die Reichweite dieses Instruments war bis vor zehn Jahren freilich deutlich begrenzt. Sie galten nur für einige wenige „quarantärefähige“ Krankheiten wie Gelbfieber, Cholera oder Pocken und legten detailliert fest, welche Schutzvorkehrungen die WHO im Ernstfall empfehlen durfte. Doch nicht einmal diese Vorschriften wurden konsequent umgesetzt. Staaten hatten sich das Recht vorbehalten, Ausbrüche von Infektionskrankheiten an die WHO zu melden beziehungsweise Hilfe anzufordern. Ohne offizielle Anfrage staatlicherseits war die WHO zur Untätigkeit verdammt. Sie mochte durch nichtstaatliche Kanäle von drastischen Cholera-Ausbrüchen erfahren, doch wenn die betroffenen Länder sich um ihr Prestige, um Reise- oder Warenströme sorgten und offiziell nichts meldeten, musste auch die WHO schweigen und sich dem souveränen Veto fügen.

Zweierlei Trends sorgten jedoch ab den 1990er Jahren dafür, dass die IGV und damit auch die WHO deutlich gestärkt wurden. Zum einen war dies die oben erwähnte Angst vor Pandemien in einer sich globalisierenden Welt. Die Wiederkehr besiegt geglaubter Krankheiten – etwa eine Pestepidemie in der indischen Stadt Surat 1994 oder die Rückkehr der Cholera nach Lateinamerika 1991, zehn Jahre nach ihrer vermeintlichen Ausrottung – sowie neue Krankheiten wie Ebola oder AIDS stärkten das Bedürfnis nach

¹⁵ Vgl. zu diesem Abschnitt auch Tine Hanrieder/Christian Kreuder-Sonnen, WHO Decides on the Exception? Securitization and Emergency Governance in Global Health, in: Security Dialogue, 45 (2014) 5, S. 331–348.

¹⁶ Vgl. Mark W. Zacher/Tanja J. Keefe, The Politics of Global Health Governance: United by Contagion, New York 2008, S. 27–33.

¹⁷ Stand: 25.3.2015.

¹⁸ Als Einführung in die Weltgesundheitsorganisation eignet sich Kelley Lee, The World Health Organization (WHO), Routledge 2008.

effektiver Seuchenkontrolle.⁹ Ein zweiter wichtiger Trend war die Entwicklung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien. Denn während die Reform der IGV zunächst stockte, begann die WHO bereits, „informelle“ Quellen systematisch zu nutzen, und zwar nicht nur Medienberichte: Es entstanden weltweit neue Informationssysteme wie das 1993 gegründete Program for Monitoring Emerging Diseases (ProMED), das von Gesundheitsfachleuten betrieben wurde, oder das Global Public Health Intelligence Network (GPHIN), das die kanadische Regierung 1997 mit tatkräftiger Unterstützung des WHO-Sekretariats gründete.¹⁰ Diese Quellen erlaubten es der WHO, auch ohne staatliche Mithilfe Krankheitstrends zu beobachten und Informationen schnell zu verarbeiten. Über ihr neues Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) sammelte und vernetzte die WHO fortan Informationen aus aller Welt, in Zusammenarbeit mit nationalen Forschungseinrichtungen, anderen internationalen Organisationen und nichtstaatlichen Akteuren.

GOARN operierte zunächst ohne formales Mandat, doch durchaus mit dem Wohlwollen der WHO-Mitgliedsstaaten. Denn wo Informationen über Krankheitsausbrüche sich ohnehin „viral“ ausbreiten, kann die WHO als glaubwürdige Informationsinstanz Gerüchten entgegenreten und – so die Hoffnung – verlässliche Einschätzungen und Empfehlungen aussprechen. Spätestens mit der schnellen und erfolgreichen Eindämmung der bis dahin unbekanntem Lungenkrankheit SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) 2002 und 2003 erfüllte GOARN solche Erwartungen und erfuhr weltweite Anerkennung. SARS gilt als Musterfall einer raschen Eindämmung durch schnelle Vernetzung und Informationsaustausch zwischen Laboren in verschiedenen Ländern. Ebenso war die SARS-Krise insofern ein Novum, als WHO-Generaldirektorin Gro Harlem Brundtland eigenmächtig Staaten wie China für ihre Vertuschung der Krise rügte und Reisewarnungen gegen betroffene Länder wie China und Kanada aussprach. Diese Kompetenzanmaßung haben die Mit-

⁹ Vgl. Adam Kamradt-Scott, *The WHO Secretariat, Norm Entrepreneurship, and Global Disease Outbreak Control*, in: *Journal of International Organizations Studies*, 1 (2010) 1, S. 72–89.

¹⁰ Vgl. M. W. Zacher/T. J. Keefe (Anm. 6), S. 46–50.

gliedsstaaten der WHO jedoch im Nachhinein gebilligt und durch die umfassende Neugestaltung der IGV auch rechtlich abgesichert.

Unter den 2005 verabschiedeten „neuen“ IGV, die seit 2007 in Kraft sind, genießt die WHO für alle potenziellen Gesundheitsbedrohungen – vom Krankheitsausbruch bis hin zum Chemieunfall – große Entscheidungsfreiheiten. Die WHO-Generaldirektorin kann unter den neuen IGV auch ohne staatliche Erlaubnis globale Gesundheitsbedrohungen – egal welcher Art – zu internationalen Gesundheitsnotfällen (Public Health Emergencies of International Concern, PHEIC) erklären und zeitlich befristete Empfehlungen für geeignete Kontrollmaßnahmen aussprechen. Diese Empfehlungen sind zwar nicht rechtlich bindend, können aber durchaus wirkmächtig sein. Man denke an den ersten PHEIC der WHO, die Schweinegrippe von 2009: Hier hat die (später umstrittene) Pandemie-Erklärung der WHO zahlreiche Staaten zum Hamsterkauf von Impfstoffen und antiviralen Arzneien bewegt.¹¹

Grenzen der neuen IGV

Weniger schlagkräftig erwiesen sich die neuen IGV indes bei den anderen beiden Notstandswarnungen, die die WHO seither ausgesprochen hat: im Frühjahr 2014 angesichts der Rückschritte bei der Polio-Ausrottung und im August 2014 angesichts der westafrikanischen Ebola-Epidemie. Insbesondere Letztere zeigt die Grenzen der IGV deutlich auf.¹² Denn erstens können Informationen über Ausbrüche nur verwertet werden, wo sie auch vorliegen. Dies erfordert Diagnosemittel und Fachpersonal. Gerade arme Staaten können jedoch die – ebenfalls in den IGV

¹¹ Zur Kritik am WHO-Entscheidungsverfahren bei der Schweinegrippe-„Pandemie“ und nachträglichen Korrekturen an der Funktionsweise der Notstandskomitees vgl. Tine Hanrieder/Christian Kreuder-Sonnen, *Institutioneller Wandel durch Krisen: Ebola als Reformschub für die globale Gesundheitsarchitektur?*, in: *WZB-Mitteilungen*, 146 (2014), www.wzb.eu/sites/default/files/publikationen/wzb_mitteilungen/s36-39hanriederkreuder-sonnen146-11.pdf (28.3.2015).

¹² Siehe hierzu auch Tine Hanrieder, *Quittung für absurdes Sparen*, 23.9.2014, www.sueddeutsche.de/gesundheit/ebola-epidemie-quittung-fuer-absurdes-sparen-1.2140528 (28.3.2015).

Influenzaforschung: Wem gehören die Grippeviren?

verankerten – Vorgaben zur Seuchenüberwachung gar nicht umsetzen, besonders wenn es sich um Ausbrüche in entlegenen Regionen handelt. Die IGV verlangen zwar von allen Staaten die Einrichtung von Kontrollpunkten und WHO-Kontaktstellen, doch bis Anfang 2015 hatten lediglich 64 Mitgliedsstaaten die geforderten Kernkapazitäten zur Seuchenüberwachung aufgebaut.¹³

Zweitens müssen relevante Informationen innerhalb der WHO weitergegeben werden. Altbekannte Schwächen der Organisation – ihre unzureichende Finanz- und Personalausstattung sowie Kommunikationsprobleme zwischen den Länderbüros, Regionalorganisationen und der Genfer Zentrale – standen dem zu Beginn der Ebolakrise im Wege und haben so die Reaktion zusätzlich verzögert.¹⁴ Und drittens bedarf es für die Bekämpfung von Gesundheitsnotfällen erheblicher Ressourcen wie Personal oder medizinische Ausrüstung, über die gerade Entwicklungsländer nicht verfügen. Als Reaktion auf das Versagen beim Umgang mit Ebola hat der Exekutivrat der WHO im Januar 2015 eine Reihe von Reformen vorgeschlagen, die diese Schwächen beheben sollen. Zum einen soll die WHO-interne Kommunikation verbessert werden. Ferner sollen die IGV mit einem Krisenfonds (im Gespräch sind 100 Millionen US-Dollar) und einem Personalpool für Gesundheitskrisen flankiert werden.¹⁵ Diese Reformen wird die Weltgesundheitsversammlung, die jährliche Mitgliedsstaatenversammlung der WHO, voraussichtlich im Mai 2015 beschließen. Sie mögen erste Anlaufschwierigkeiten bei der internationalen Hilfe überbrücken, werden jedoch kaum ausreichen, um auch armen Ländern einen Mindestschutz vor akuten Gesundheitskrisen zu bieten.¹⁶

¹³ Vgl. World Health Organization, Implementation of the International Health Regulations, 9.1.2015, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22-en.pdf (28.3.2015).

¹⁴ Vgl. Kevin Sack et al., How Ebola Roared Back, 29.12.2014, www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html?_r=0 (25.3.2015); zu den Reformproblemen der WHO vgl. Tine Hanrieder, International Organization in Time: Fragmentation and Reform, Oxford 2015 (i. E.).

¹⁵ Vgl. The Editorial Board, Reform After the Ebola Debacle, 10.2.2015, www.nytimes.com/2015/02/10/opinion/reform-after-the-ebola-debacle.html (25.3.2015).

¹⁶ Vgl. auch den Beitrag von Alexander S. Kekulé in dieser Ausgabe.

Die ungleiche Teilhabe an globaler Gesundheitssicherheit zeigt sich auch bei einem weiteren wichtigen Instrument der internationalen Zusammenarbeit, dem WHO-Netzwerk zur Influenzäüberwachung (seit 2011 Globales Influenza Überwachungs- und Reaktionssystem, GISRS). Dieses existiert bereits seit 1952. Es koordiniert die Arbeit von über hundert nationalen Instituten, die Informationen über den Verlauf der saisonalen Grippe und anderer Grippe-Arten teilen und auswerten. Denn Grippeviren wandeln sich permanent, sodass sich auch die Impfstoffentwicklung stets den neuesten Mutationen anzupassen versucht. Auf die Arbeit dieses Netzwerks gestützt, formuliert die WHO jeweils Empfehlungen für geeignete Impfpräparate.¹⁷

Gerade angesichts der Angst vor einer hochinfektiösen Mutation der Vogelgrippe ist das GISRS wieder in den Mittelpunkt der internationalen Gesundheitszusammenarbeit gerückt. Verteilungskonflikte um den Zugang zu Virenproben und Medikamenten führten dabei zu einer Weiterentwicklung der Kooperationsregeln, die gewährleisten sollen, dass auch arme Länder an den Erträgen der Zusammenarbeit teilhaben. Auslöser der Kontroverse war die Ankündigung Indonesiens im Dezember 2006, künftig keine Virenproben mehr über das GISRS-Netzwerk zu teilen. Dies war insofern ein Schock, als die Vogelgrippe in dem Inselstaat besonders virulent war. Der Zugang zu Proben von Viren, die aktuell in Indonesien zirkulierten, war entscheidend für die Überwachung des Erregers und vor allem für die Erforschung neuer Impfstoffe durch die GISRS-Partner.¹⁸ Indonesien begründete seinen Schritt damit, dass es von den Forschungsergebnissen – Publikationen, aber auch Arzneimitteln – ausgeschlossen wurde. Impfstoffe wurden andernorts produziert und teils auch patentiert, sodass sie zuletzt für die indonesische Regierung selbst unerschwinglich wurden. Das Problem verschärfte sich

¹⁷ Vgl. M. W. Zacher/T. J. Keefe (Anm. 6), S. 47f.

¹⁸ Vgl. Stefan Elbe, Haggling Over Viruses: The Downside Risks of Securitizing Infectious Disease, in: Health Policy and Planning, 25 (2010) 6, S. 476–485.

dadurch, dass westliche Staaten, obwohl weit weniger bedroht, sich durch Hamsterkäufe mit Arzneimitteln eindeckten, was deren Preis zusätzlich in die Höhe trieb.¹⁹

Trotz aller Appelle an seine Verantwortung für die globale Gesundheitssicherheit beharrte das Land auf seiner „viralen Souveränität“ und betrachtete Viren als natürliche Ressource im Sinne der Biodiversitätskonvention – sprich: als nationales Eigentum. Zudem unterstützten Entwicklungsländer und die Bewegung der Blockfreien Staaten das Land. Daher wurde in den folgenden vier Jahren die Nutzenverteilung aus der Forschungskoope-ration im WHO-Netzwerk neu verhandelt. Das Ergebnis waren 2011 zwei neue Vorlagen für sogenannte Material-Transfer-Vereinbarungen für das Teilen von biologischem Material. Die erste Standardvereinbarung bezieht sich auf die Weitergabe an Partner des WHO-Netzwerks. Sie fordert etwa eine angemessene Beteiligung der Forschungs-labore in den Herkunftsländern und verbietet die Patentierung von Forschungsergebnissen. Die zweite Standardvereinbarung gilt für die Zusammenarbeit mit externen Parteien. Externe Nutznießer müssen nun aus einer Liste möglicher Gegenleistungen für erhaltene Virenproben auswählen. Die Gegenleistung kann beispielsweise in Technologietransfers oder Arzneimittelspenden an Entwicklungsländer oder in der Abgabe von zehn Prozent der entwickelten Arzneimittel an die WHO bestehen.²⁰ Mit diesem Konsens einer marginalen Umverteilung der Kooperationsfrüchte wurde die Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitssicherheit zwar nicht behoben. Doch der akute Konflikt um die Pandemiebereitschaft konnte so befriedet werden. Freilich ist der Streit um Grippe-Arzneien nur ein kleiner Bereich des weit größeren Problemfeldes „Zugang zu Medikamenten“.

Ungleicher Zugang zu Medikamenten

Die medizinische Behandlung ist ein wesentliches Element der Seuchenbekämpfung. Viele Infektionskrankheiten können geheilt (Tuber-

¹⁹ Vgl. ebd.

²⁰ Vgl. Global Health Watch, Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits, 4. 12. 2011, www.gwhwatch.org/who-watch/topics/pip (28. 3. 2015).

kulose) oder wenigstens gelindert (AIDS) werden. Gegen andere, etwa Kinderlähmung, gibt es wirksame Impfstoffe. Die Entwicklung von Arzneimitteln ist freilich kostspielig und wird den Herstellern mit teils sehr hohen Preisen und Patentrechten entgolten, das heißt, sie ist überwiegend an den Bedürfnissen zahlungskräftiger Kundschaft orientiert. Um trotz dieser Hürden auch Entwicklungsländern und armen Bevölkerungsschichten Zugang zu Arzneimitteln zu gewährleisten, gibt es eine Bandbreite internationaler Politikinstrumente.

Auf der einen Seite sind hier diejenigen Maßnahmen zu nennen, mithilfe derer Entwicklungsländern der Zugang zu bereits vorhandenen Arzneimitteln erleichtert werden soll. Eine wichtige Komponente sind hier Gesundheitsklauseln im internationalen Handelsrecht, das heißt zuvorderst die Doha-Erklärung und ihre Nachfolgevereinbarungen im Rahmen der Welthandelsorganisation (WTO). Denn die 1995 gegründete WTO sieht mit dem sogenannten TRIPS-Abkommen²¹ über intellektuelles Eigentum eigentlich eine strikte Durchsetzung von Patentrechten in den WTO-Mitgliedsländern vor. Doch mit der Doha-Erklärung wurde 2001 klargestellt, dass Ausnahmen vom Patentschutz da zulässig sind, wo die öffentliche Gesundheit auf dem Spiel steht. Sprich: Regierungen dürfen bestimmte Patente auf Medikamente aufheben und sogenannte Zwangslizenzen an Produzenten erteilen, die die entsprechende Arznei kostengünstiger herstellen und vertreiben können. 2003 wurde zudem bekräftigt, dass diese Ausnahmeregel nicht nur für die nationale Produktion dringend benötigter Arzneimittel gilt, sondern auch für den Export in Entwicklungsländer, die keine heimischen Produktionskapazitäten haben.²²

Die Anwendung dieser „Flexibilitäten“ beim Patentschutz ist notorisch umstritten. Dies gilt auch für die zahlreichen Freihandels- und Investitionsschutzabkommen, die in den vergangenen Jahren zusätzlich zu den WTO-Verträgen abgeschlossen wurden und die bei Fragen intellektuellen Eigentums häufig über TRIPS hinausgehen. Hier steht bei je-

²¹ Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property.

²² Vgl. Daniel Drezner, *All Politics Is Global: Explaining International Regulatory Regimes*, Princeton 2007, S. 176–203.

dem Vertrag die Frage des Zugangs zu Medikamenten erneut auf dem Spiel. Beispiele sind die aktuellen Verhandlungen über das transpazifische Partnerschaftsabkommen zwischen den USA und elf pazifischen Staaten²³ oder die Gespräche zwischen der neuen indischen und der US-Regierung über den Schutz intellektuellen Eigentums.²⁴

Neben staatlich verfügbaren Ausnahmen vom Patentschutz für Gesundheitsbelange gibt es indes auch freiwillige Mechanismen, über die Unternehmen Patentrechte abtreten und Lizenzen zum Nachbau ihrer Arzneimittel zur Verfügung stellen. Teils geschieht dies schlicht bilateral, zu Bedingungen, die Konzerne mit Generikaherstellern aushandeln.²⁵ Als Beispiel für ein multilaterales Instrument mag hier der Medicines Patent Pool fungieren, der 2010 im Rahmen der 2006 gegründeten Organisation UNITAID ins Leben gerufen wurde und sich auf den Erwerb von Medikamenten gegen HIV/AIDS konzentriert. UNITAID handelt dabei in einem ersten Schritt besondere Lizenzvereinbarungen mit Patentinhabern aus und sucht die Medikamente dann durch wettbewerbliche Ausschreibung kostengünstig herstellen zu lassen. Für die Verteilung der Arzneimittel arbeitet UNITAID mit anderen Akteuren wie dem Globalen Fonds für AIDS, Tuberkulose und Malaria zusammen.

Andere Mechanismen konzentrieren sich hingegen auf die Entwicklung neuer Medikamente. Denn für viele weit verbreitete Krankheiten werden Medikamente mangels Marktanreizen gar nicht erst produziert. Dies sind die „vernachlässigten“ oder „Tropenkrankheiten“, in die Entwickler und Hersteller ohne gesonderte Förderung gar nicht erst investieren würden. Die Weltgesundheitsorganisation listet allein 17 vernachlässigte Krankheiten, die 149 Länder und mehr als 1,4 Milliarden Men-

schen betreffen, etwa das Denguefieber oder die Flussblindheit.²⁶ Um bei ihrer Behandlung oder auch Vermeidung Fortschritte zu machen, existieren ebenfalls eine Vielzahl von Initiativen. Zu ihnen zählen das Forschungs- und Ausbildungsprogramm in Tropenkrankheiten TDR, das die WHO mit weiteren Organisationen der Vereinten Nationen seit 1974 betreibt, Stiftungen wie die Drugs for Neglected Diseases Initiative oder öffentlich-private Partnerschaften wie die Medicines for Malaria Venture (beide 1999 gegründet).

Gesundheit in allen Politikbereichen

Initiativen wie den oben genannten gelingt es immer wieder, Heilungschancen zu verbessern oder lebensverlängernde Medikamente breiter zugänglich zu machen. Daneben existieren zahlreiche weitere Initiativen, etwa die Impfallianz Gavi, die 2002 mit Unterstützung der Bill & Melinda Gates Stiftung gegründet wurde. Dennoch fangen die Instrumente die globale Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitssicherheit nur sehr begrenzt auf. An der globalen Wirtschaftsordnung und den ungleichen Lebensverhältnissen, die Gesundheitschancen und damit die Verwundbarkeit gegenüber Seuchen zuvorderst bestimmen, ändern sie nur wenig.²⁷ Dies belegen beispielsweise Statistiken über die stark divergierenden Lebenserwartungen und das unterschiedliche Krankheitsaufkommen in armen und reichen Ländern.²⁸ Es bleibt also zu betonen, dass Global Health Governance breit verstanden werden muss. Gesundheit wird in allen Politikbereichen gestaltet – von der Agrar- bis zur Bildungspolitik.²⁹ Ohne ausreichende Ernährung, Bildung und sanitäre Standards bleiben die Mechanismen zur globalen Pandemiebekämpfung ein Tropfen auf den heißen Stein.

²³ Vgl. MSF Access Campaign, Trans-Pacific Partnership Agreement, 18. 8. 2013, www.msfaaccess.org/spotlight-on/trans-pacific-partnership-agreement (28. 3. 2015).

²⁴ Vgl. Soma Das/Dilasha Seth, US Has Secured Commitments from India on IPR, Claims Michael Froman, 5. 2. 2015, http://articles.economicstimes.indiatimes.com/2015-02-05/news/58838100_1_ipr-out-of-cycle-review-indian-pharma-alliance (28. 3. 2015).

²⁵ Vgl. im Bereich Hepatitisbehandlung etwa www.hepcoalition.org/advocate/advocacy-tools/article/gilead-s-license-on-hepatitis-c?lang=en (26. 3. 2015).

²⁶ Vgl. www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ (27. 3. 2015).

²⁷ Vgl. Thomas W. Pogge, Human Rights and Global Health: A Research Program, in: *Metaphilosophy*, 36 (2005) 1–2, S. 182–209.

²⁸ Als Überblick vgl. WHO, 10 Facts on Health Inequities and Their Causes, Oktober 2011, www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/ (28. 3. 2015).

²⁹ Vgl. Ilona Kickbusch, Health in All Policies: Where to From Here?, in: *Health Promotion International*, 25 (2010) 3, 261–264.

Alexander S. Kekulé

Von Ebola lernen: Was gegen künftige Epidemien getan werden muss

17 Monate wütet Ebola bereits in Westafrika, und ein Ende der Epidemie ist nicht abzusehen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) registrierte bis Anfang April

Alexander S. Kekulé
Dr. med., Dr. rer. nat., geb. 1958;
Professor für Medizinische
Mikrobiologie an der Martin-
Luther-Universität Halle-Wit-
tenberg; Direktor des Instituts
für Biologische Sicherheitsfor-
schung, Halle/Saale; Mitglied
der Schutzkommission beim
Bundesministerium des Innern.
kekule@ibs-halle.de

rund 25000 Erkrankte, von denen mindestens 10500 starben. Wahrscheinlich wird es noch mehrere Monate dauern, bis der größte Ebola-Ausbruch der Geschichte für beendet erklärt werden kann. Unter den wirtschaftlichen und sozialen Folgen werden Guinea, Liberia und Sierra Leone noch viele Jahre leiden. Die internationale Hilfe kam zu spät und war größtenteils ineffektiv, darüber sind sich Fachleute und Politiker im Nachhinein einig. Insbesondere die WHO steht einmal mehr in der Kritik, auf Seuchenausbrüche nicht angemessen zu reagieren. Die horrenden Bilder aus Westafrika und die Sorge um die eigene Sicherheit haben die Industriestaaten wachgerüttelt. Nun steht der Schutz vor Seuchen auf der Agenda des G7-Gipfels Anfang Juni 2015 auf Schloss Elmau in Bayern. Doch wie kann sich die Menschheit vor gefährlichen Krankheitserregern schützen?

Aus der Katastrophe lernen

Am 26. Dezember 2013 erkrankte in einem Dorf der Provinz Guéckédou im Süden Guineas der 18 Monate alte Émile an schwerem Fieber mit Durchfall. Heute wissen wir, dass er sich wahrscheinlich bei einem Flughund oder einer Fledermaus infizierte. Als Émile starb, hatten sich bereits seine Schwester, seine Mutter und seine Großmutter angesteckt.

Als immer mehr Menschen in der Region erkrankten, vermuteten die lokalen Gesundheitsbehörden zunächst Cholera, dann das in der Gegend häufige Lassafieber als Ursache.

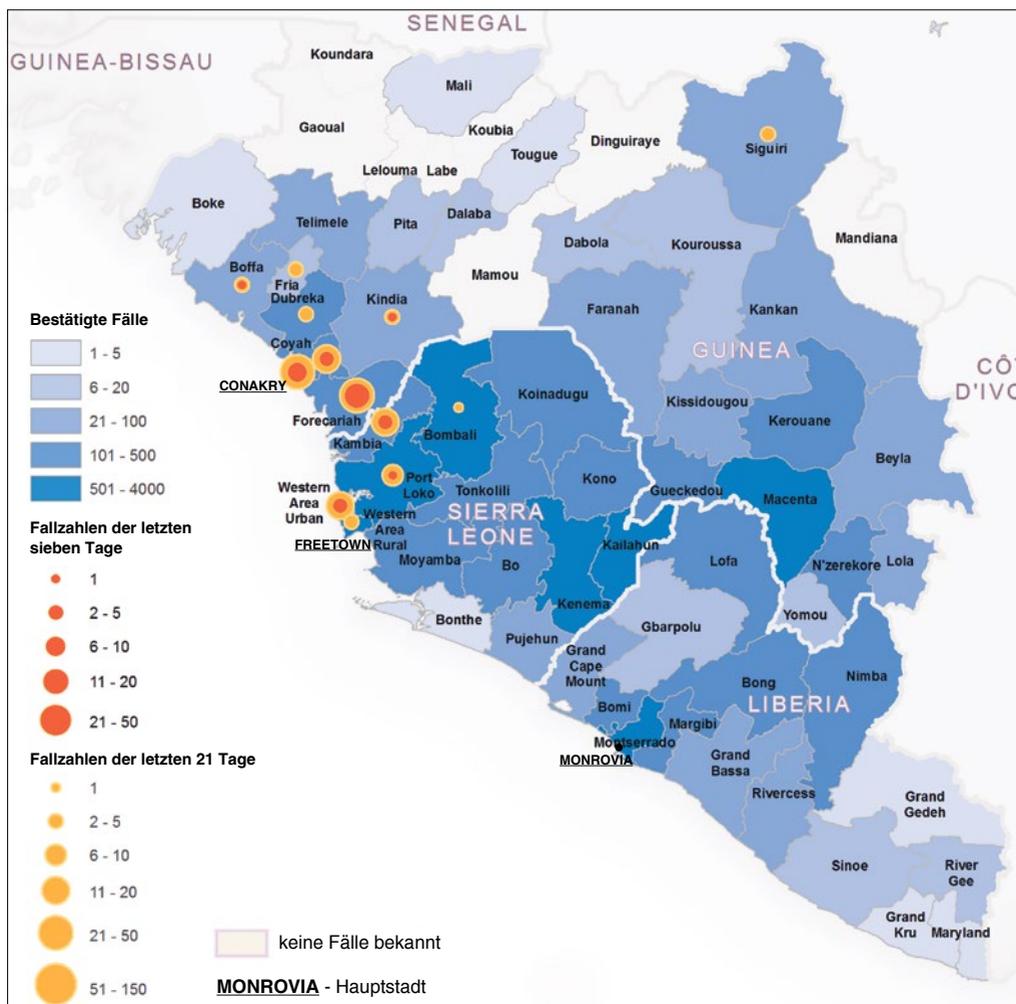
Am 13. März 2014 bat das guineische Gesundheitsministerium die WHO und Ärzte ohne Grenzen (Médecins sans Frontières, MSF) um Unterstützung. Acht Tage später kam aus einem Speziallabor in Lyon die Nachricht: Es ist Ebola, und zwar in der tödlichsten Variante „Typ Zaire“. Zu diesem Zeitpunkt hatte MSF in Guéckédou bereits begonnen, Kranke zu isolieren und deren Kontaktpersonen zu ermitteln. In den Berichten war auffallend häufig von „Schluckauf“ die Rede gewesen – ein Symptom, das nicht zu Cholera oder Lassafieber passt, bei Ebola aber typisch ist. Da es bei einem Ebola-Ausbruch darauf ankommt, so früh wie möglich alle Kranken und Kontaktpersonen zu isolieren, entsandte MSF sofort ein spezialisiertes Team in das Ausbruchgebiet.

Bei der WHO in Genf nahm man die Meldungen aus Westafrika deutlich gelassener. Der Generaldirektorin Margaret Chan war bei der Schweinegrippe 2009 Alarmismus vorgeworfen worden, weil sie trotz des relativ harmlosen Verlaufes der Erkrankung die höchste Pandemiestufe ausgerufen hatte. In den Folgejahren baute Chan die Abteilung für Ausbruchsbekämpfung und Krisenhilfe schrittweise ab. Das entsprach der strategischen Neuausrichtung, die Chan bereits seit ihrem Amtsantritt 2006 verfolgte: Die WHO sollte sich auf technische Beratung fokussieren und praktische Maßnahmen den Mitgliedsstaaten überlassen.

Bis Mitte Mai 2014 ging die Zahl der Neuinfektionen dann deutlich zurück. In Guinea waren nur noch neun Patienten in Behandlung. Liberia war durch den Ausbruch im Nachbarland gewarnt gewesen und hatte seit Mitte März etwa ein Dutzend Ebolafälle isoliert. Danach wurden wochenlang keine neuen Erkrankungen mehr gemeldet.

Sierra Leone hatte bereits zu Anfang der Epidemie die US-Firma Metabiota engagiert, um im Grenzgebiet zu Guinea nach Ebola zu fahnden. Die kommerziellen Virenjäger fanden jedoch in über 160 Proben kein Ebolavirus. Darauf gestützt, dekla-

Abbildung 1: Karte des Ausbruchsbereichs (Stand: 15.4.2015)



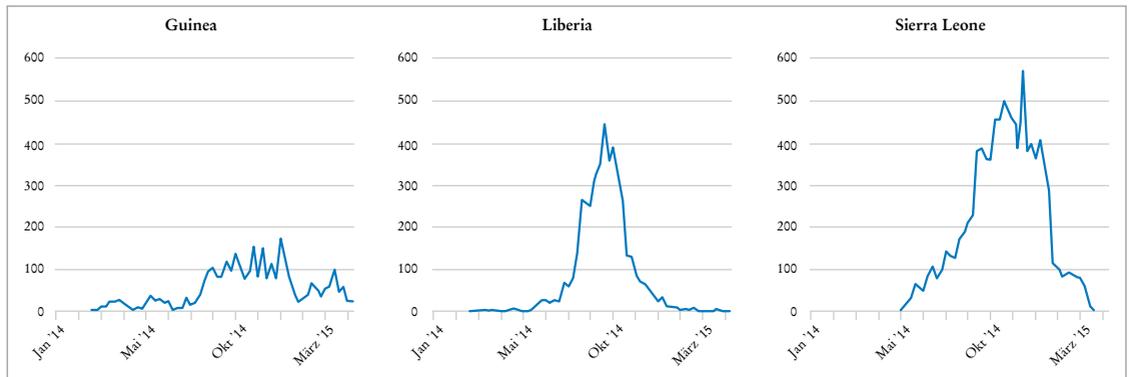
Quelle: WHO Ebola Situation Report vom 15.4.2015; eigene Bearbeitung.

rierte Präsident Ernest Koroma sein Land noch bis zum 24. Mai 2014 als „ebolafrei“. Die WHO übernahm die Angaben ungeprüft in ihre Berichte. Dies sollte sich als der folgenschwerste Fehler in der Anfangsphase der Epidemie erweisen. Heute steht fest, dass sich Ebola von Anfang an auch in Sierra Leone verbreitet hatte. MSF erfuhr bei den Nachforschungen in Guinea schon im März 2014 von vermuteten Ebolafällen jenseits der Grenze. Die Hilfsorganisation warnte umgehend das WHO-Büro und das Gesundheitsministerium in Freetown. Doch dort zog man es vor, den beruhigenden Informationen der amerikanischen Beraterfirma zu glauben. Noch am 24. Mai 2014 bezeichnete die WHO die Lage in Liberia und Sierra Leone als „stabil“.

Dann, nach drei Wochen trügerischer Ruhe, brach der virale Sturm los. Am 25. Mai bestätigte Freetown den ersten Ebolafall, innerhalb weniger Wochen folgten Hunderte weitere. Der verdeckte Ausbruch in Sierra Leone entfachte in Guinea und Liberia einen Flächenbrand. Durch die hohe Zahl unerkannter Fälle war die kritische Masse erreicht, die das Virus für eine explosionsartige Ausbreitung braucht. Alleine von Juni bis Oktober 2014 starben 4600 Menschen.

In dieser Lage ließ sich die WHO-Generaldirektorin zwei weitere Monate Zeit, bevor sie den Ebola-Ausbruch zu einem internationalen Gesundheitsnotfall (Public Health Emergency of International Con-

Abbildung 2: Neuerkrankungen (bestätigte Fälle) in den am meisten betroffenen Ländern



Quelle: WHO Ebola Situation Report vom 15. 4. 2015; eigene Bearbeitung.

cern, PHEIC) erklärte. Die formalen Voraussetzungen dafür waren allerdings bereits seit März 2014 gegeben: Bei einem außergewöhnlichen Seuchengeschehen muss ein Risiko der Ausbreitung in andere Staaten bestehen und möglicherweise eine internationale Reaktion erforderlich sein.

Die Aufgaben der WHO und ihrer 194 Mitgliedsstaaten bei der Seuchenbekämpfung sind in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) von 2005 festgelegt. Mit der Erklärung eines PHEIC beruft die Generaldirektorin ein spezialisiertes Beratergremium (Emergency Committee) ein und erlässt Empfehlungen (Temporary Recommendations), wie die Epidemie bekämpft werden soll. Falls nötig, ist die WHO berechtigt, Angaben der betroffenen Staaten zu Art und Verbreitung des Infektionserregers durch eigene Nachforschungen vor Ort zu überprüfen. Obwohl die Empfehlungen nicht rechtlich bindend sind, entsteht durch die Erklärung eines PHEIC ein erheblicher politischer Druck zur Kooperation und für die Bereitstellung finanzieller Hilfen durch nichtbetroffene Staaten. Damit übernimmt, nach dem ursprünglichen Gedanken der IGV, die WHO de facto die Koordination der Ausbruchsbekämpfung.

Dass die WHO so spät reagierte, beruhte auf einer fatalen Fehleinschätzung der Epidemie in Westafrika. Ebola ist, nach der Tollwut, die Infektionskrankheit mit der zweithöchsten Sterblichkeit. Der gefürchtete „Typ Zaire“ des Erregers, der neuerdings als „Ebolavirus“ im engeren Sinne bezeichnet wird, tötet 70 bis 90 Prozent der Erkrankten. Al-

lerdings wird Ebola nur durch enge Kontakte übertragen, und die Schwerkranken können sich kaum fortbewegen. In den entlegenen Dörfern Zentralafrikas und Südsudans, wo Ebola bislang aufgetreten war, brannten Epidemien deshalb nach zwei bis drei Monaten von selbst aus.

Chan und die WHO-Vertreter der drei betroffenen Länder hofften deshalb, dass auch die westafrikanische Epidemie schnell vorübergehen würde. Die Regierungen in Conakry, Monrovia und Freetown hatten ihrerseits kein Interesse daran, durch Reise- und Handelsbeschränkungen belastet zu werden. So lieferten sie monatelang zu niedrige Fallzahlen nach Genf und signalisierten, die Lage sei unter Kontrolle. Doch dann, am 25. Juli 2014, meldete Nigeria den ersten Ebolafall. Eine Woche später wurden zwei amerikanische Helfer in die USA ausgeflogen, die sich in Monrovia mit Ebola infiziert hatten. Am 8. August 2014 erklärte Chan schließlich die Ebola-Epidemie zum internationalen Gesundheitsnotfall.

Dass die WHO nach Monaten der Verzögerungen und Fehleinschätzungen den internationalen Noteinsatz für Westafrika anführen könnte, traute ihr jetzt niemand mehr zu. Noch im August ließ UN-Generalsekretär Ban Ki-moon die WHO-Chefin wissen, dass er eine eigene UN-Mission für die Bekämpfung von Ebola einsetzen werde. Am 19. September 2014 wurde die UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER) gegründet – die erste Gesundheitsmission außerhalb der WHO in der Geschichte der Vereinten Nationen.

Anfang September wandte sich Ellen Johnson Sirleaf, Präsidentin Liberias und angesehene Friedensnobelpreisträgerin, in persönlichen Schreiben an die Staats- und Regierungschefs von Australien, Brasilien, China, Deutschland, Indien, Japan, Kuba, Russland, Südafrika und den USA. Kurz darauf kündigte US-Präsident Barack Obama das größte humanitäre Hilfsprogramm der Geschichte an: 3000 Soldaten sollten in Liberia Behandlungszentren für insgesamt 1700 Ebolapatienten errichten. China sagte ein weiteres Behandlungszentrum für Monrovia zu. Auch Deutschland kündigte an, ein Behandlungszentrum in Monrovia aufzubauen.

Doch die internationale Hilfe kam nur schleppend in Gang. Während seit August die wenigen vorhandenen Behandlungszentren in Westafrika von Kranken überrollt wurden, diskutierte man in Washington, Paris und Berlin über Anforderungen für Schutzanzüge und Desinfektionsmittel, Statik von Zeltbauten, Vorschriften zur Infektionssicherheit, Haftungsfragen und Rückholgarantien für infizierte Helfer.

In Berlin befasste sich eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe unter Leitung des Kanzleramtes mit den vielfältigen technischen, logistischen und rechtlichen Fragen.¹ Mangels eigener Ressourcen beauftragte die Bundesregierung schließlich das Deutsche Rote Kreuz (DRK), mit technischer und logistischer Unterstützung der Bundeswehr ein Ebola-Behandlungszentrum in Monrovia zu errichten und zu betreiben. Im Gegensatz zu den improvisierten Zeltlagern von MSF bekam das Behandlungszentrum „Made in Germany“ ordentlich verlegte Strom- und Wasserleitungen, solide Wände, sturmfeste Dächer und ein Fundament aus Beton. Am 23. Dezember 2014 wurde die Anlage endlich fertiggestellt, bis Mitte Januar sollte das in einem eigens in Würzburg eingerichteten Ausbildungszentrum trainierte Personal folgen. Da stand die im August errichtete 250-Betten-Einheit von MSF in Monrovia bereits halb leer, weil die Epidemie hier seit Okto-

ber abgeebbt war. Zudem hatten die USA und China in der Stadt (leer stehende) Kapazitäten für mehrere hundert Patienten geschaffen. In der deutschen Einrichtung wurde bis heute kein einziger Ebolapatient behandelt.

Konsequenzen für die Zukunft

Aus den Fehlern und (begrenzten) Erfolgen der Ebolahilfe für Westafrika ergeben sich fünf wesentliche Erkenntnisse:

Natürliche Seuchenausbrüche entstehen nicht unvermittelt. Die westafrikanische Ebola-Epidemie nahm ihren Anfang, lange bevor sich der kleine Émile infizierte. Aktuelle genetische Untersuchungen zeigen, dass das Ebolavirus bereits seit mehr als zehn Jahren in den westafrikanischen Regenwäldern vorhanden war, bevor es den gegenwärtigen Ausbruch verursachte.² Auch das Einwandern zentralafrikanischer Fledertiere war schon länger beobachtet worden. Westafrika hätte also vor Ebola gewarnt werden können.

Die Bekämpfung von Epidemien beginnt bei den Menschen. In entlegenen Regionen des zentralafrikanischen Regenwalds, wo das Ebolavirus seit Jahrhunderten zuhause ist, werden an schwerem Fieber Erkrankte in einer Hütte außerhalb des Dorfes von einer alten Frau versorgt, die in dieser Zeit von Anderen gemieden wird – ohne wissenschaftliche Kenntnisse haben die Menschen hier eine perfekte Isolationsmethode entwickelt.³ Auch in Westafrika haben die Betroffenen inzwischen gelernt, wie man sich vor Ebola schützt: Berührung von Kranken und Toten sowie Kontakt mit Fremden vermeiden. Zehntausende *community health workers* haben diese Nachricht in die entlegensten Dörfer getragen. Die einfachen Verhaltensregeln sind der Hauptgrund dafür, dass die Neuinfektionen seit Oktober 2014 zurückgegangen sind.

¹ Wissenschaftler vom Hamburger Bernhard-Nocht-Institut fanden bereits 1982 Hinweise auf Ebola-Infektionen im östlichen Sierra Leone. Weil die Nachweismethoden damals unzuverlässig waren, wurden diese Befunde jedoch nicht weiter verfolgt.

² Aus virologischer Sicht ist dies sinnvoll, weil ältere Menschen in den betroffenen Regionen häufiger Ebola-Infektionen durchgemacht haben und dadurch immun sind.

¹ Mein damaliger Vorschlag (Alexander S. Kekulé, Gutachten für das Auswärtige Amt, 17.9.2014), sofort deutsche Helfer bei MSF in Brüssel und Westafrika ausbilden zu lassen und ein Behandlungszentrum in Zelten nach dem erprobten MSF-Konzept zu errichten, wurde als nicht praktikabel verworfen.

Diesen Lernprozess hatten die Statistiker der US-Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und der WHO nicht berücksichtigt, als sie in der letzten Septemberwoche 2014 vorhersagten, Mitte Januar 2015 sei alleine in Liberia und Sierra Leone mit bis zu 1,4 Millionen Ebolafällen zu rechnen.^f Auf Basis dieser pessimistischen Prognosen planten viele Staaten, darunter die Bundesrepublik Deutschland, längerfristige Hilfsaktionen – mit dem Ergebnis, dass die Behandlungszentren erst fertig wurden, als die Epidemie weitgehend abgeklungen war.

Die Kenntnis von Kultur und Lebensumständen der Betroffenen ist für die Epidemiebekämpfung essenziell. Dass die WHO im Rahmen ihrer Restrukturierung nahezu alle Ethnologen entlassen hat, war ein schwerer Fehler.

Behandlungszentren sind die wirksamste Soforthilfe. Doch der Lernprozess braucht Zeit, gerade wenn religiöse und kulturelle Bräuche betroffen sind. In der Anfangsphase einer Epidemie bestimmt der Erreger deshalb selbst, wie schnell er sich ausbreitet. Bei hochinfektösen Viren steckt jeder Kranke im Durchschnitt eine große Zahl anderer Menschen an; für Masern beträgt diese Reproduktionszahl R_0 (gesprochen „R-Null“) ungefähr 15. Ebola wird dagegen nur durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten übertragen. Zu Beginn der Epidemie, als die Bevölkerung sich noch nicht zu schützen wusste, lag R_0 bei einem Wert von 2. Um die exponentielle Ausbreitung zu stoppen, muss R_0 unter 1 gebracht werden. Sofern kein Impfstoff vorhanden ist, gibt es in der Frühphase eines Ausbruches dafür nur ein Mittel: Die rasche Isolierung der Infizierten.

Zu diesem Zweck haben sich mobile „Ebola-Behandlungszentren“ (Ebola Treatment Centers, ETC) bei früheren Ausbrüchen be-

^f Die CDC gingen von 550 000 gemeldeten Fällen und einem Faktor von 2,5 für die Dunkelziffer aus. Gemäß den Berechnungen der WHO wären bis zu 500 000 Fälle bis Ende Februar 2015 zu erwarten gewesen (die WHO veröffentlichte nur eine Prognose bis November 2014). Diesen Zahlen habe ich damals energisch widersprochen. Unter Berücksichtigung der Verhaltensänderungen der Betroffenen wurde vorhergesagt, dass die Fallzahlen ab November 2014 sinken und die Epidemie im Januar 2015 weitgehend unter Kontrolle sein würden (Alexander S. Kekulé, Gutachten für die Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern vom 13. 10. 2014).

währt. Auch die aktuelle Epidemie zeigte, dass eine Isolierung zuhause (die etwa in Deutschland infrage käme) unter einfachen Lebensbedingungen nicht machbar ist. Zudem ist seit Kurzem klar, dass bereits simple Infusionen, die den durch Fieber und Durchfall entstandenen Salzverlust ausgleichen, viele Patienten retten können.

Damit das Verfahren funktioniert, müssen allerdings sehr schnell ausreichende Kapazitäten geschaffen werden. In der Hochphase der westafrikanischen Epidemie waren die ETC so überlastet, dass großenteils nicht einmal Infusionen gelegt werden konnten. Die Kranken verstanden schnell, dass sie hier nur isoliert, aber nicht behandelt wurden: Sie blieben zum Sterben lieber zuhause. Viele versteckten sich vor den Helfern, einige flohen sogar aus der Behandlung.

Im Notfall funktioniert nur, was bereits vorher funktioniert hat. MSF hatte bereits über zehn Jahre Erfahrung mit Ausbrüchen von Ebola und ähnlichen Erkrankungen. Deshalb war es kein Zufall, dass ein MSF-Spezialist bereits aufgrund der klinischen Symptomatik an Ebola dachte und entsprechend reagierte. Die Pläne und Packlisten für Ebola-Behandlungseinheiten lagen in der Schublade, für die schnelle Reaktion gab es erfahrene Mitarbeiter (die freilich später nicht mehr ausreichten). Auch das Internationale Rote Kreuz (Internationale Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC) konnte auf Erfahrungen mit Ebola aufbauen und eröffnete am 23. September 2014 sein erstes Behandlungszentrum. Erfolgreich waren auch die mobilen Labore, die insbesondere von der EU und den USA zur Verfügung gestellt wurden. Das erste Europäische Mobile Labor (EMLab), unter Leitung des Hamburger Bernhard-Nocht-Instituts, ging bereits Anfang April 2014 in Guéckédou in Betrieb.

Dagegen musste die Hilfsorganisation Samaritan's Purse ihr Behandlungszentrum in Liberia schließen, nachdem sich zwei Mitarbeiter infiziert hatten und technische Probleme nicht in den Griff zu bekommen waren. 2800 US-Soldaten bauten 17 Behandlungseinheiten in Liberia, für die es jedoch kein medizinisches Personal gab. Die einzige funktionierende, staatliche US-Einheit ist ein kleines High-Tech-Hospital in Monrovia, in dem ausschließlich infizierte Helfer behandelt werden.

Seuchenbekämpfung muss schnell und flexibel sein. Epidemien springen blitzschnell von einem Ort zum nächsten, und die Gegenmaßnahmen müssen ihnen folgen können. Die Behandlungseinheiten von MSF und die mobilen Labore waren auch deshalb erfolgreich, weil sie schnell verlegt und bei Bedarf modular erweitert werden konnten. Das Vereinigte Königreich konnte, wie alle staatlichen Akteure, seine Hilfe erst spät realisieren. Doch die Briten setzten auf mobile Zeltbauten nach dem Muster von MSF (die dann an private Hilfsorganisationen als Betreiber übergeben wurden). Vom 5. November bis zum 15. Dezember wurden in Sierra Leone, wo die Epidemie zu dieser Zeit noch hoch aktiv war, sechs erfolgreiche Behandlungszentren eröffnet.

Was jetzt getan werden muss

Aufgrund der Erfahrungen in Westafrika sind für die Abwehr künftiger Epidemien drei Maßnahmen zu empfehlen:

Seuchenprävention als integraler Bestandteil der Entwicklungshilfe. Ebola konnte sich auch deshalb in Westafrika so massiv ausbreiten, weil die Gesundheitssysteme und staatlichen Infrastrukturen versagten. Mangels rechtzeitiger Information wussten die Menschen lange nicht, wie sie sich schützen sollten. Gute Bildungs- und Gesundheitssysteme und funktionierende staatliche Infrastrukturen wären der beste Schutz gegen Epidemien. Der Weg dorthin ist jedoch lang und mit hohen Kosten verbunden. Als schneller wirksame Maßnahme sollte die Seuchenprävention in alle relevanten Bereiche der Entwicklungshilfe integriert werden. In den von Ausbrüchen besonders betroffenen Regionen kann häufig mit einfachen Mitteln ein erheblicher Beitrag zum Schutz vor gefährlichen Infektionserregern geleistet werden.

Frühwarnsystem für neue Krankheitserreger. Neue, gefährliche Krankheitserreger springen fast immer aus dem Tierreich auf den Menschen über: Ebola von Fledertieren, SARS⁵ von Larvenrollern, AIDS von Schimpansen, Influenza von Wasservögeln. Das Ebolavirus zirkulierte wahrscheinlich bereits

⁵ Severe Acute Respiratory Syndrome ist eine virale Lungenkrankheit, die bei einem Ausbruch 2003 weltweit über 1000 Todesopfer forderte.

viele Jahre vor dem aktuellen Ausbruch in Westafrika. Mit einfachen Laborgeräten und einem Mobiltelefon ausgestattet, könnten Krankenstationen in gefährdeten Regionen als Sensoren eines globalen Überwachungssystems fungieren.⁶ Nach dem großen Tsunami von 2004 wurde ein Frühwarnsystem im indischen Ozean eingerichtet. Der Ebola-Ausbruch in Westafrika mahnt uns, dass wir für Seuchenerreger, die eine globale Bedrohung darstellen, bislang keine Alarmglocken installiert haben.

Medizinische Reaktionseinheit. Die schnelle Inbetriebnahme von ETC in ausreichender Kapazität ist für die frühe Eindämmung eines Ausbruches entscheidend. In Westafrika zeigte sich, dass weder die WHO noch internationale Staatengemeinschaften oder einzelne Staaten dazu in der Lage sind. Bereits im Herbst 2014 wurden deshalb von verschiedenen Seiten Vorschläge für eine Medizinische Reaktionseinheit⁷ formuliert, die im Krisenfall schnell eingesetzt werden kann.

Die technische Ausrüstung ist wenig anspruchsvoll. Mobile Einrichtungen in Zelten oder Containern können von der UN (UN Disaster Assessment and Coordination, UNDAC), der EU (European Commission Humanitarian Aid and Civil Protection, ECHO), der IFRC und nationalen Einheiten des Militärs und der Katastrophenhilfe bereitgestellt werden. Daneben muss die Versorgung mit Verbrauchsmaterialien (beispielsweise Schutzanzüge, Desinfektionsmittel) durch Lieferverträge oder Bevorratung sichergestellt werden.

Aufgrund der Erfahrungen in Westafrika sollten die ETC künftig auch über einfache Analysegeräte für die Bestimmung von Blutwerten (Elektrolyte) verfügen. Zusätzlich sind Geräte zur Gewinnung von Blutplasma notwendig. Damit lassen sich aus dem Blut geheimer Patienten Antikörper gewinnen, die zur Therapie frisch Infizierter eingesetzt werden können.

⁶ Ein solches Global System for Early Warning and Response habe ich in einem Vortrag im Arbeitskreis Globale Fragen des Auswärtigen Amtes 2005 vorgeschlagen.

⁷ „Humanitäre Eingreiftruppe“ (Alexander Kekulé, 18.9.2014), „Weißkittel-Korps“ (Ban Ki-moon, 25.9.2014), „Weißhelm-Truppe“ (Frank-Walter Steinmeier, 20.10.2014).

Eine weit größere Herausforderung als die Ausstattung stellt das Personal dar. Für ein ETC mit 100 Betten werden etwa 30 internationale und 300 lokale Helfer benötigt. Im Gegensatz zu IFRC, MSF und anderen humanitären Hilfsorganisationen können Staaten nicht auf einen Pool von Stammhelfern zugreifen, die bereits ausgebildet sind und schnell eingesetzt werden können. Zudem bestehen bei der staatlichen Entsendung nichtmilitärischer Helfer erhebliche rechtliche Probleme (Haftung bei Infektionen, Freistellung beim Arbeitgeber und Ähnliches).

Für die Medizinische Reaktionseinheit sind vier Komponenten erforderlich: Erstens, eine internationale Einsatzleitung, die szenariobasierte, generische Einsatzpläne für medizinische Krisen entwickelt und übt und im Ernstfall die Koordination übernimmt. Zweitens, ein interdisziplinärer Expertenpool, aus dem bei Bedarf geeignete Berater, Ausbilder und Leiter für die Hilfe vor Ort herangezogen werden können. Drittens, ein Netzwerk von Kooperationspartnern für die technische und logistische Unterstützung (UNDAC, ECHO, IFRC, nationale Militär- und technische Hilfseinheiten und Andere). Viertens, nationale Helferpools aus einschlägigen Berufen, die durch regelmäßige Fortbildungen (Katastrophenmedizin, Sprachen und Anderes) und im Bedarfsfall durch spezielles Einsatztraining vorbereitet werden. Die Reaktionseinheit sollte gemeinsam mit lokal etablierten Hilfsorganisationen tätig werden, die insbesondere die Helfer vor Ort stellen. Ähnliche Kooperationen haben sich in der westafrikanischen Ebolakrise bewährt.

Krisenintervention ist nicht Aufgabe der WHO

Dass die WHO in der Ebolakrise scheiterte, ist nur zum Teil auf persönliche Fehlentscheidungen zurückzuführen. Viel schwerer wiegt ein strukturelles Problem, das mittelfristig nicht lösbar ist. Das Jahresbudget der globalen Gesundheitshüter liegt bei mageren zwei Milliarden Dollar (zum Vergleich: die CDC verfügen über sechs Milliarden Dollar jährlich). Davon werden nur 23 Prozent durch die Mitgliedsstaaten eingezahlt. Der Rest kommt von privaten Spenden, die in der Regel an spezifische Projekte gebunden sind. Nach dem Wunsch der Industriestaaten, die vergleichsweise hohe Beiträge leisten, stehen neuerdings Zivilisations-

schäden wie Herzerkrankungen, Diabetes und Übergewicht an der Spitze der WHO-Agenda.

Mit den IGV von 2005 wurde die Verantwortung für die Seuchenbekämpfung auf die Mitgliedsstaaten übertragen. Für den damaligen Anlass, die SARS-Epidemie von 2003, war das sinnvoll, weil hauptsächlich reiche Länder betroffen waren. Deshalb sieht der internationale Gesundheitsnotfall PHEIC fast ausschließlich Maßnahmen zum Schutz der Außengrenzen hoch entwickelter Staaten vor (etwa Beschränkungen des Flug- und Schiffsverkehrs). Für die regionale Ausbruchsbekämpfung in Entwicklungsländern hat die WHO dagegen keine effektive Handhabe.

Um ihre finanzielle und politische Unabhängigkeit zu sichern, muss die medizinische Reaktionseinheit außerhalb der WHO eingerichtet werden, zum Beispiel als Fortsetzung des UNMEER-Programms. Auch eine Anbindung an die EU, etwa als Kooperation zwischen den Generaldirektionen für Gesundheit (SANTE) und Katastrophenschutz (ECHO), wäre denkbar. Europa hat als Nachbar und aufgrund seiner Kolonialgeschichte ausgeprägte Sicherheitsinteressen und eine besondere Verantwortung für Afrika.

Der bevorstehende G7-Gipfel Anfang Juni 2015 bietet die Chance, der Menschheit im Kampf gegen gefährliche Krankheitserreger einen wichtigen Vorteil zu verschaffen. Die drei vorgeschlagenen Maßnahmen könnten mit dem Finanzinstrument Pandemic Emergency Facility budgetiert werden, das die Weltbank derzeit als Reaktion auf die Ebola-Epidemie entwickelt. Zusätzlich sollten die G7-Staaten nationale Fonds einrichten, um Helfer bei humanitären Auslandseinsätzen zu versichern und deren Arbeitgeber für die Freistellung zu entschädigen.

Dass Ebola sich nicht weiter verbreitet hat, insbesondere nach dem Ausbruch in Nigeria, war großes Glück für die Welt. Ein nur geringfügig höher infektiöses Virus hätte eine weltweite Pandemie mit Millionen Opfern verursachen können. Im Krieg zwischen Mensch und Mikrobe ist die Epidemiebekämpfung in Entwicklungsländern die letzte Verteidigungslinie.

Bettina Radeiski

Das Ebolafieber in den Medien. Zu Struktur und Sta- bilität von medialen Seuchendiskursen

Jede empirische medien- beziehungsweise diskursanalytische Untersuchung von Seuchendiskursen wird nicht umhin können, so

Bettina Radeiski
Dr. phil., geb. 1982; wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt „Denkstile als kommunikative Paradigmen – am Beispiel der Wirtschaftsberichterstattung in der DDR vor der Wende“; Germanistisches Institut, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Luisenstraße 2, 06099 Halle/Saale.
bettina.radeiski@germanistik.uni-halle.de

etwas wie eine traditionsmächtige Struktur und Stabilität zu erkennen; zugleich sucht sie das „Neue“, mögliche „Abschweifungen“, die sich im Vergleich mit anderen (früheren) Seuchendiskursen ergeben und entwickelt haben könnten. Diesem doppelten Blick liegt die einfache These zugrunde, dass sich massenmediale Inszenierungen von Seuchendiskursen nur sehr bedingt in Abhängigkeit von medizinischen und naturwissenschaftlichen Fakten und Prognosen vollziehen.¹ Stattdessen zeigt sich immer wieder, dass sie sich durch eine eigene, eine mediale Realität sui generis auszeichnen, die in diesem Beitrag am Beispiel der medialen Inszenierungen der Ebola 2014 aufgezeigt werden soll.

Forschungsanliegen solcher Art sind immer auch durch das mitunter nur vage Bewusstsein und von der damit einhergehenden Sorge motiviert, dass Medien zumindest potenziell zu Übertreibungen neigen könnten, die die Öffentlichkeit manipulieren, beziehungsweise dass Medien Angst und Panik überhaupt erst, das heißt unnötig, stiften. Diese Sorge wirft die Frage nach einer angemessenen Berichterstattung auf, die allerdings ihrerseits nicht unproblematisch ist und der in diesem Beitrag aus drei Gründen nicht nachgegangen wird.

Der erste Grund liegt in der für Seuchendiskurse typischen, entgegengesetzten Doppelläufigkeit, sich einerseits „Panik stiftender“ und andererseits „beruhigender“ Elemente zu bedienen, sowie zweitens in der mit ihr verbundenen ambivalenten Wirkmächtigkeit auf die Bevölkerung. Der dritte Grund besteht in der Spezifik des Gegenstandes „Seuche“, der für die Mehrzahl der Menschen nur über seine mediale Präsenz als gesellschaftlich relevantes Phänomen wahrzunehmen ist und auch praktisch relevant wird. Eine Beantwortung der Frage nach der „Angemessenheit“ des medialen Diskurses unterstellt den Vergleich mit einer quasi außerdiskursiven sozialen Wirklichkeit und erscheint daher in diesem Zusammenhang nicht schlüssig.

Die diskursive Realität von Seuchendiskursen entfaltet sich zwischen den Polen „Angsterzeugung“ – in den Worten medienkritischer Polemik: „Panikmache“ – und „Beruhigung“ – polemisch: „Abwiegung“. „Angsterzeugung“ geschieht vor allem durch eine hohe Frequenz von Schreckensnachrichten und Bildern, die sich besonders negativer emotionaler Motive bedienen, wie beispielsweise die Darstellung von Not, Trauer, Verzweiflung, Angst einer großen Zahl von Betroffenen. Zugleich provozieren solche Nachrichten und Darstellungen immer auch Gegenentwürfe, die die Momente von „Beruhigung“ aufweisen. Ein prototypisches Beispiel für solch einen Gegenentwurf besteht in dem Vorwurf, dass Medien das Katastrophale von Seuchen lediglich inszenieren, um medienwirksame Schlagzeilen zu produzieren. Dieser Vorwurf ist ein empirisch regelmäßig nachweisbarer und daher theoretisch offenbar konstitutiver Bestandteil von Seuchendiskursen, dem zugleich ein hier nicht näher zu beleuchtendes, aber doch deutliches Moment von Beruhigung, Einordnung und Relativierung anhaftet.²

Der vorliegende Beitrag beruht im Wesentlichen auf meiner Dissertation: Bettina Radeiski, Seuchen, Ängste und Diskurse. Massenkommunikation als diskursives Rollenspiel, Berlin–New York 2011.

¹ Vgl. u. a. Martin Dinges, Neue Wege in der Seuchengeschichte?, in: ders./Thomas Schlich (Hrsg.), Neue Wege in der Seuchengeschichte, Stuttgart 1995, S. 7–24.

² Vgl. hierfür Kapitel III, Abschnitt 2.4 „Angstabbau/Angstbewältigung/Angstüberwindung – Diskurs als Therapie“ in: Bettina Radeiski, Seuchen, Ängste und Diskurse. Massenkommunikation als diskursives Rollenspiel, Berlin–New York 2011.

Keineswegs deckt sich dabei die diskursive Rolle beziehungsweise Wirkung von Äußerungen mit dem unmittelbaren Aussagegehalt. Mit dem Psychologen Eugene E. Levitt lässt sich sagen, dass sich das Gefühl der Angst hauptsächlich aus seiner Unreflektiertheit reproduziert.[¶] Das heißt umgekehrt, dass jedes – eben auch mediale – Thematisieren von Angst zumindest potenziell dazu geeignet ist, zu dieser Angst zunächst eine Distanz aufzubauen und idealiter zu überwinden.[¶] Anders ausgedrückt: Ein und dieselbe Äußerung kann im Diskurs beide entgegengesetzte Rollen der „Angsterzeugung“ und „Beruhigung“ übernehmen. Dies spiegelt sich nicht zuletzt auch in den Umfragen wider, die im Übrigen ebenfalls ein typischer Bestandteil moderner Seuchendiskurse sind: Umfragen, die es sich zum Anliegen machen, zu prüfen, ob die Ebola-Epidemie die deutsche Bevölkerung verunsichere, ergeben immer wieder, dass die Berichterstattung von der befragten Bevölkerung ambivalent wahrgenommen wird. Lediglich „die Hälfte der Deutschen hat Angst vor Ebola“, lautet das Ergebnis verschiedener Befragungen.[¶] Eine eindeutige Wirkmächtigkeit der Medien in Richtung Angst oder gar Panik ist demnach empirisch nicht nachweisbar und von daher auch nicht theoretisch aufrechtzuerhalten.

Das Vorhaben, die Berichterstattung nach ihrer Angemessenheit zu beurteilen, erscheint auch aus einem weiteren Grund als problematisch: „Angemessenheit“ beziehungsweise „Unangemessenheit“ sind komparative Urteile. Sie halten die Thematisierung eines Gegenstandes gleichsam vor die Folie seiner „wirklichen“ Beschaffenheit und stellen dann Übereinstimmung und/oder Nicht-Übereinstimmung fest. Nur: Wie können diejenigen, die diese Urteile treffen, sagen, was diese

[¶] Vgl. Eugene E. Levitt, *Die Psychologie der Angst*, Stuttgart 1987.

[¶] Vgl. B. Radeiski (Anm. 2), S. 61.

[¶] Vgl. Politbarometer: Die Hälfte der Deutschen hat Angst vor Ebola, 26. 9. 2014, www.tagesspiegel.de/politik/politbarometer-die-haelfte-der-deutschen-hat-angst-vor-ebola/10759248.html (18. 3. 2015); Enorme Angst vor Ebola in Deutschland, 2014, www.bild.de/bildlive/2014/15-umfrage-38119262.bild.html (18. 3. 2015); Straßenumfrage: Ebola-Angst spaltet Bevölkerung, 10. 10. 2014, www.welt.de/videos/article133152951/Ebola-Angst-spaltet-Bevoelkerung.html (18. 3. 2015).

Wirklichkeit ist? Für die Mehrzahl der Menschen ist der Gegenstand „Seuche“ überhaupt nicht anders wahrzunehmen als über seine massenmediale Vermittlung; und auch praktische Betroffenheit ist vor allem sozialer und damit wiederum diskursvermittelter Natur. Welche Eigenschaft das Ebolavirus besitzt, wie relevant es ist, ob eine weltweite Gefährdungslage überhaupt vorliegt und worin sie besteht – all dies ist für uns alle (abgesehen von der Minderheit der naturwissenschaftlichen Spezialisten) nicht anders zu erfahren als in der Wahrnehmung der medialen Aufbereitung dieses Themas.

Um solcher Schwierigkeiten wenigstens zum Teil Herr zu werden, werde ich erstens einen solchen von außen herangetragenen Maßstab fallen lassen und zweitens versuchen, den massenmedial vermittelten Diskurs als Diskurs zu untersuchen und nicht als bloße – „angemessene“ oder „unangemessene“ – Abbildung einer extradiskursiven Realität.

Bevor ich die einzelnen Diskurselemente an einigen Beispielen genauer darstelle, will ich kurz vorstellen, welche Grundannahmen und Texte den nachfolgenden Ausführungen zugrunde liegen. Die vorliegende Studie ist als Exploration konzipiert, sodass kein ausgearbeitetes Kategoriensystem existiert und das Grundgerüst für alle möglichen Erscheinungen in der Darstellung des Seuchengeschehens offen bleibt. Das Hauptaugenmerk liegt, wie bereits erwähnt, auf der medialen Darstellung von Ebola. Ich gehe der Frage nach, ob und wie sich die traditionsmächtige Struktur und Stabilität von Seuchendiskursen auch als Teil des Eboladiskurses auffinden und darstellen lässt. Das versuche ich, anhand der prominentesten Topoi darzulegen.

Die umfangreiche Berichterstattung zu den Ebola-Ereignissen erlebte im Herbst 2014 einen Boom. Daher werde ich Texte untersuchen, die im Zeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2014 erschienen sind. Es handelt sich also nur um einen Diskursausschnitt; die Texte, die vor und nach diesem Zeitraum publiziert worden sind, habe ich zumindest auf kontextueller Ebene berücksichtigt. In meine Analyse habe ich Priesstexte aus den Print- und Online-Ausgaben regionaler und überregionaler Tageszeitungen, Wochenmagazinen und Zeitschriften sowie aus Nachrichtenportalen einbezogen. Insgesamt flos-

sen 805 Artikel, Interviews und Kommentare ein; Kurzmeldungen, Dokumentationen und Reden wurden nur am Rande berücksichtigt, da sich dort keine wesentlich neuen Gesichtspunkte ergaben.

In den folgenden Abschnitten werden keine Profile der untersuchten Medien erstellt, sondern es wird der Gesamttenor in der Berichterstattung über Ebola im Herbst 2014 beschrieben.

Vom Superlativ zum Kollektivsubjekt

In den für diesen Beitrag untersuchten Medien herrscht Einigkeit, dass Ebola eine Gefahr nicht nur für (West-)Afrika, sondern für die ganze Welt bedeutet. Das Magazin „Der Spiegel“ titelte am 22. September 2014: „Ebola – Die entfesselte Seuche“ und berichtete über die „apokalyptischen Zustände“ in Westafrika, die eine „Gefahr für den Weltfrieden“ bedeuten. Für die Beurteilung des Seuchengeschehens als weltweite Gefahr wurde dabei immer wieder ein und derselbe Grund genannt: Die Ebolafieberepidemie, die 2014 in mehreren westafrikanischen Ländern ausbrach, gilt nach der Zahl der erfassten Erkrankungen und Todesfälle als bisher größte ihrer Art. Die Äußerung der WHO, dass es sich bei diesem Ausbruch um den „größten Ausbruch aller Zeiten“ handle, wird von zahlreichen Beiträgen zitiert. Die mediale Realität sui generis zeigt sich besonders in der argumentativen Funktion, die die Superlativ im Diskurs erhält.

Das in der Superlativform stehende Adjektiv „größte“ bringt im Diskurs über die Ebola-Epidemie mehr zum Ausdruck als den bloßen quantitativen Vergleich verschiedener Ausbrüche. Bezeichnungen solcher Art sind Träger einer Implikation, die im Rahmen des Diskurses ihre spezifische Wirkung entfaltet. Mit der Superlativform „größte“ wird das Ebolageschehen auf eine bisher neue Stufe gehoben. Diese neue Dimension ist es, die aus der Betroffenheit Westafrikas eine weltweite Betroffenheit macht – unabhängig davon, ob die Bevölkerungen außerhalb Westafrikas tatsächlich einer Ansteckungs- und Todesgefahr ausgesetzt sind. Epidemien stellen in Seuchendiskursen nie nur lokal verortbare Phänomene dar, sondern konstituieren immer auch zugleich ein weltweit existierendes,

abstrakt betroffenes Kollektivsubjekt, das der Epidemie zwar nicht wirklich ausgesetzt, aber von ihr „bedroht“ ist.

Konstitution von Ungewissheit

Gerade für die Plausibilität der diskursiv erzeugten „Bedrohungslage“ ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil eines jeden Seuchendiskurses entscheidend: das Spannungsverhältnis Nichtwissen – Wissen – Ungewissheit. Hierbei handelt es sich nicht einfach nur um eine Feststellung, dass Wissenschaftler und Fachleute nicht vorhersehen können, ob und wie sich das Virus verbreitet oder ob und wann ein Impfstoff gegen Ebola entwickelt werden kann. Viele Fragen sind nicht einfach nur offen und müssen noch erforscht werden. Mit der herrschenden Thematisierung von Nichtwissen und Ungewissheit wird vielmehr das Bild einer „theoretischen Machtlosigkeit“ in für uns wichtigen Fragen entworfen, mit der es irgendwie, womöglich dauerhaft, zu leben gelte und mit der ein Umgang gefunden werden müsse. „Die entscheidende Frage für uns ist doch: Kommt diese Epidemie überhaupt hierher? Darauf gibt es aber keine akuten Hinweise. (...) Man muss auch mit Ungewissheit umgehen können, also heuristisches Denken beherrschen. Wir wissen nicht, wie sich die Ebola-Seuche entwickeln wird.“¹⁶

Ein für mediale Seuchendiskurse typisches Phänomen besteht darin, den Gegenstand vor allem anhand der offenen Fragen zu thematisieren. Rein theoretisch wäre es ja möglich, all das zu thematisieren, was zumindest im engeren Zirkel der Epidemiologen als „sicheres Wissen“ gilt. Es passiert jedoch genau das Umgekehrte: Den Rezipienten werden die Antworten auf die „wichtigsten Fragen“ zu Ebola versprochen – und damit werden ihnen diese Fragen sozusagen erst in den Mund gelegt. Zu diesen gehören eben vor allem jene, auf die zum derzeitigen Zeitpunkt nur negative beziehungsweise relativierende Antworten gegeben werden können. Die Frage, ob es einen Impfstoff gebe, wird und muss verneint werden. Die andere „wichtigste“ Frage, ob für Deutschland Gefahr bestehe, kann

¹⁶ „Krebs ist bedrohlicher als Ebola“. Interview mit Gerd Gigerenzer, 24.8.2014, www.zeit.de/wissen/2014-08/ebola-risiko-gigerenzer (18.3.2015).

nur relativ verneint werden: „Unwahrscheinlich“, aber „nicht unmöglich“, heißt es in den Antworten.¹⁷

Inszenierung verheerender Folgen und Zukunftsszenarien

Trotz vieler im Diskurs explizit gestellter und dennoch offener Fragen wird so etwas wie Gewissheit konstituiert – die wiederum oft eine negative ist. Ein häufig aufgegriffenes Element in Seuchendiskursen ist die Gewissheit über die Gefährlichkeit katastrophaler Zukunftsentwicklung. Prognosen werden erstellt, die ausgerechnet haben, wie viel Tausende durch eine Ansteckung zukünftig in Lebensgefahr sein könnten: „Die Ebola-Epidemie hat ungekannte Ausmaße erreicht. Wie wird sie sich weiterentwickeln? Was droht in den nächsten Monaten? (...) Zudem zeichnet die WHO ein düsteres Zukunftsszenario: Mittelfristig sei es möglich, dass Ebola in der Bevölkerung von Westafrika endemisch werde, also in der Region dauerhaft auftrete.“¹⁸

Ebenso wie solche „düsteren Zukunftsszenarien“ finden sich im Diskurs Anspielungen auf fiktive Welten. Die Kulturwissenschaftlerin Julia Diekämper beschreibt die massenkulturelle Grundierung der Erzählmuster, deren Bilder denen im Kino auffallend gleichen.¹⁹ So hat der Hollywood-Regisseur Wolfgang Petersen 1995 in seinem Film „Outbreak“ eine Ebola-Epidemie verarbeitet. Ob tatsächlich bei allen, bei der Mehrheit oder auch nur bei einer relevanten Minderheit der Rezipienten die Erinnerung an solche fiktiven Welten präsent waren und sind, ist dabei für die diskursive Rolle, die solche Bilder spielen, unerheblich – solche „Anspielungen“

¹⁷ Irene Berres, Epidemie in Westafrika: Was man zum Ebola-Ausbruch wissen muss, 30.7.2014, www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/ebola-epidemie-in-westafrika-die-wichtigsten-fragen-und-antworten-a-983595.html (18.3.2015).

¹⁸ Nina Weber, Ebola-Prognose für Westafrika: Hunderttausende in Lebensgefahr, 24.9.2014, www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/ebola-so-ist-die-lage-in-sierra-leone-liberia-und-guinea-a-993340.html (18.3.2015).

¹⁹ Julia Diekämper, Mit Kriegs-Rhetorik gegen das Virus. Martialische Schlagzeilen in den Medien stellen den Ebola-Virus als physischen Gegner dar, 13.11.2014, www.deutschlandradiokultur.de/ebola-epidemie-mit-kriegs-rhetorik-gegen-das-virus.976.de.html?dram:article_id=303102 (18.3.2015).

funktionieren nämlich sehr oft auch in umgekehrter Richtung: Durch den Verweis auf diese Bilder werden diese unter Umständen erst zu dem gemeinsamen Bildervorrat, das heißt zu dem Reservoir „gemeinsamer Erinnerungen“ an Zustände der Katastrophenbeziehungsweise Existenzangst, auf die sich der Diskurs dann wie auf eine von ihm getrennte, ihm vorgängige Sache beziehen kann. Wenn zum Beispiel allen Schilderungen des Seuchengeschehens das Prädikat „wie im Horrorfilm“²⁰ hinzugefügt wird, muss der einzelne Rezipient noch nie einen Horrorfilm gesehen haben. Der Vergleich geht bei ihm in umgekehrter Richtung vonstatten, das heißt, er überträgt die Bilder des Seuchengeschehens auf seine Vorstellung von Horrorfilmen, über die er auf jeden Fall sicher und sich darin einig mit allen anderen weiß, dass die Kategorie „Horrorfilm“ für das Äußerste an Grausamkeit steht. So schafft der Diskurs selbst die geteilten Voraussetzungen, Grundannahmen und kollektiven Bilder, auf die er anschließend Bezug nimmt, die er in den Zusammenhang mit dem aktuellen Seuchengeschehen bringt und entsprechend deutet: beispielsweise „so, wie es in Zukunft bei Ebola“ aussehen könnte.

Inszenierung eines Kampfes gegen Ebola

Innerhalb der zitierten, aktualisierten und diskursiv kollektivierten Fiktionen und damit auch im medialen Diskurs selbst wird in aller Regel die Metaphorik des Krieges umfassend ausbuchstabiert: Erstes entscheidendes Moment ist die diskursive Moralisierung des Seuchenphänomens. Die bereits in zahlreichen Studien analysierte moralische Dimension der Seuche zeigt sich auch im Diskurs zur Ebola-Epidemie.²¹ Der (seuchen)medizinische Umgang mit dem Virus wird in zahlreichen Texten in den Kategorien von „Gut“ und „Böse“ beziehungsweise des Kampfes zwischen diesen beiden Seiten besprochen. Das oben bereits erwähnte globale Kollektivsubjekt werde

²⁰ David Hesse, Wie im Horrorfilm. Ebola-Patienten in den USA, 5.8.2014, www.sueddeutsche.de/gesundheit/ebola-patienten-in-den-usa-wie-im-horrorfilm-1.2076209 (18.3.2015).

²¹ Vgl. u. a. Martin Dinges, Bedrohliche Fremdkörper in der Medizingeschichte, in: Ruth Mayer/Brigitte Weingart (Hrsg.), Virus! Mutation einer Metapher, Bielefeld 2004, S. 79–95, hier: S. 83.

durch das „gefährliche“ Virus bedroht.¹² Es befinde sich im „Abwehrkampf“¹³ gegen ein tödliches „Killervirus“.¹⁴ Die „Unsichtbarkeit“ des Virus und seine „Unberechenbarkeit“ lassen sich, sofern als Feind gedacht, als Ergebnisse der Bösartigkeit und Böswilligkeit des Virus deuten. Alle Varianten einer teils kriminologischen und teils bellizistischen Sprache sowie deren Wort- und Bildervorrat aus der Welt des Verbrechens, des bewaffneten Kampfes bis hin zum Krieg unterstützen diese Vorstellung.

Die für den Diskurs konstitutive Angsterzeugung funktioniert hier mittels einer eindeutig martialischen Sprache, die die Rezipienten in ein bereits laufendes, in mehr oder weniger direkter Nähe zu ihm stattfindendes „Kriegsgeschehen“ versetzt. Diese „Kriegsberichterstattung“ ist per se nicht „neutral“; das Geschehen, so wie es gezeichnet wird, verlangt geradezu eine eindeutig parteiliche Sicht und ist ohne sie nicht zu denken. Die eigene Seite führt in aller Regel einen „Kampf“, ist auf der „Jagd“,¹⁵ mitunter eben auch im „Krieg“. Der Gegenseite bleibt es vorbehalten, nicht einfach zu „töten“,¹⁶ sondern sie „wütet“,¹⁷ „rafft hin“¹⁸ und sorgt in ihrer Raserei für „verheerende Folgen“.¹⁹ Dabei ist das Virus nicht nur moralisch böse, es ist in

seiner Bösartigkeit auch maßlos: Es ist in der Lage „uns alle hinzuraffen“,²⁰ es ist schlicht ein „Massenmörder“.²¹

Zuschreibung von Angst und Panik

Geht man den eben angestellten Überlegungen weiter nach, so verwundert es nicht, dass sich die Journalisten in den untersuchten Zeitungen und Zeitschriften einig sind, dass „die Bevölkerung“ oder „die Öffentlichkeit“ tatsächlich verängstigt sein müsse. In Seuchendiskursen allgemein wie auch im Diskurs zur Ebola-Epidemie findet seitens der Medien immer auch eine Zuschreibung in Richtung ihrer Adressaten statt. Diese werden als verängstigt charakterisiert, genauso wie dem Ebolavirus als quasi natürliche Eigenschaft zugesprochen wird, dass es Angst auslöse: „Noch ist die Seuche nicht in Deutschland angekommen. Doch ihr Vorbote ist schon da: die Angst.“²² „Ebola-Angst: Amerika ist infiziert.“²³

Die Angst vor einer weltweiten Seuchenausbreitung wird in medialen Seuchendiskursen aber nicht nur „entdeckt“, „beschrieben“ und „kommentiert“, vollendet wird sie damit, dass sie erstens als „unbegründet“ und zweitens selbst als der eigentliche Grund für Angst auftritt. Medien, so lässt sich an verschiedenen Beiträgen studieren, belassen es nicht dabei, der Bevölkerung Angst einfach zuzuschreiben, sondern sie thematisieren immer auch vermeintlich übertriebene, pathologische Formen der Angst vor der Seuche. So ist beispielsweise mit der Charakterisierung von Angst als „Panik“ oder „Hysterie“ nicht nur Angst vor dem Virus geboten, sondern mindestens in gleichem Maße auch Angst vor der Angst vor dem Virus. Die Angst vernebele den klaren Blick auf die Realität, so heißt

¹² Lebensgefährliches Virus: Patientin in Schottland hat Ebola, 29.12.14, www.spiegel.de/gesundheitsdiagnose/ebola-epidemie-erster-fall-in-schottland-nachgewiesen-a-1010671.html (18.3.2015).

¹³ Ebola: Virus außer Kontrolle, 4.7.2014, www.zeit.de/2014/28/ebola-virus-westafrika (18.3.2015).

¹⁴ Frau mit Killer-Virus infiziert. Ebola-Fall in Schottland, 29.12.2014, www.bild.de/news/ausland/ebola/ebola-fall-in-schottland-39140906.bild.html (18.3.2015).

¹⁵ Weitere Ebola-Verdachtsfälle in Texas: Die Jagd auf das tödliche Virus, 1.10.2014, www.spiegel.de/forum/gesundheitsweitere-ebola-verdachtsfaelle-texas-die-jagd-auf-das-toedliche-virus-thread-161582-1.html (18.3.2015).

¹⁶ Tanja Volz, Das Virus tötet zu schnell, 14.4.2014, www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.ebola-epidemie-das-virus-toetet-zu-schnell.26088678-6f2f-455e-90f7-5302de65343a.html (18.3.2015).

¹⁷ Harro Albrecht, Waffen gegen Viren, in: Die Zeit vom 18.9.2014.

¹⁸ Das Sterben nimmt kein Ende. Ebola rafft über 5000 Menschen dahin, 12.11.2014, www.n-tv.de/panorama/Ebola-rafft-ueber-5000-Menschen-dahin-article13953046.html (18.3.2015).

¹⁹ Alexander Göbel, Ebola ist nur ein Symptom, 26.12.2014, www.tagesschau.de/kommentar/ebola-kommentar-101.html (18.3.2015).

²⁰ Globale Verbreitung von Ebola. Virus in New York und Mali, 24.10.14, www.taz.de/!148282/ (18.3.2015).

²¹ Amrai Coen/Malte Henk, Wie das Virus in die Welt kam, in: Die Zeit vom 7.11.2014.

²² Stefan Kuzmany, Kommentar zu Ebola in Deutschland: Angst essen Vernunft auf, 17.10.14, www.spiegel.de/kultur/gesellschaft/ebola-in-deutschland-angst-ist-die-schlimmste-seuche-kommentar-a-997537.html (18.3.2015).

²³ Marc Pitzke, Ebola-Angst: Amerika ist infiziert, 14.10.2014, www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/ebola-in-den-usa-medien-schueren-panik-a-996977.html (18.3.2015).

es an vielen Stellen,^{F24} genauso wie an anderer Stelle zu lesen ist, dass Angst die eigentlich schlimmste Seuche sei.^{F25}

Relativierungsversuche

Seuchendiskurse hantieren mit dem Motiv vergessener Fakten, die dem Vergessen (wieder) entzogen werden müssten. Ein typisches Beispiel für solche Erinnerungsstrategien findet sich beispielsweise bei dem Psychologen Gerd Gigerenzer, der in einem Interview mit „Zeit online“ die Frage „Was hat die Ebola-Seuche an sich, dass sie derlei unbegründete Angst auslöst?“ folgendermaßen beantwortet hat: „Die Gefahr dabei ist, dass man die Ursachen aus dem Blick verliert, die uns viel wahrscheinlicher das Leben kosten; Rauchen zum Beispiel oder Motorradfahren. Aus Sicht der Risikoforschung ist zum Beispiel Lungenkrebs eine größere Bedrohung für die Menschen in Deutschland als eine Infektion mit Ebola.“^{F26}

Hier zeigt sich das Phänomen, dass der Diskurs selbst die Tendenz und die entsprechenden diskursiven Äußerungsformen hervorbringt, die der Angsterzeugung entgegenwirken. Die Angst wird auf diese Weise bereits mit der Fragestellung als unbegründet apostrophiert und im Prinzip zurückgewiesen. Der Vergleich mit anderen „Risiken“ bringt zum Ausdruck, dass die Angst dem eigenen Wissen widerspreche und daher vor allem eine leicht abzustellende Gefühlslage sei. Die Gefahr eines bestimmten Schadens – so das Argument – könne allein schon deshalb niedriger eingestuft werden, weil es auch noch andere oder in ihrem Ausmaß größere Quellen von Gefahr gebe.

Darstellung des Ausbruchsortes und Seuchengeschehens

Moderne Seuchendiskurse räumen der Bilderung und Ausschmückung des Ausbruchsortes sehr viel Platz ein. Sie konstituieren dabei eine Zweiteilung der Welt: der Ausbruchsort der Seuche auf der einen Seite, „wir“ auf der anderen Seite. Im Falle von

Ebola könnte sie lauten: „wir im Norden“ versus „die im Süden“. Integraler Bestandteil der Gefährlichkeit des Virus scheint seine fremde Herkunft zu sein. Sämtliche Angaben über den Ort des grausamen beziehungsweise gefährlichen Geschehens erfüllen die Funktion einer Verortung der Gefahr, des Gegners außerhalb des positiv konstituierten Kollektivs. Angesichts der geografischen Ausdehnung dieses Teilkontinents ist die Lokalbestimmung „(in) Westafrika“ an und für sich als nähere, erläuternde Ausführung schlicht untauglich, vielmehr steht sie für den (bisher) großen Abstand zu „uns“. Mit Äußerungen wie „Es ist kein Wunder, dass Ebola gerade in Westafrika solche verheerenden Folgen hat, dass ausgerechnet hier eine Epidemie wütet, wie es sie seit der Entdeckung des Virus Mitte der 1970er Jahre nicht gab“^{F27} wird dem Subkontinent zugeschrieben, dass es kein natürlicher Zufall sein kann, dass „ausgerechnet“ dort die Seuche ausgebrochen ist und sich verbreitet. Berichtet wird über fehlende medizinische Kapazitäten, Ärzte und monetäre Engpässe, die dafür sorgen, dass die Ebola-Epidemie nicht wie erhofft in den Griff zu bekommen ist. Stereotype Vorstellungen über Afrika werden bedient, das Geschehen und die Gefahr werden so in eine Fremde verlagert, die mit „uns“ nichts zu tun hat: „Die Epidemie hat genau die Länder im Griff, die politisch, gesellschaftlich und wirtschaftlich besonders schwach sind. Jahrzehntelange strukturelle Armut, Unterentwicklung, fehlende Staatlichkeit, aber auch der Einfluss internationaler Interessen – all das sind Faktoren, die den Boden für diese Epidemie bereitet haben.“^{F28}

Mit diesen Aufzählungen findet gewissermaßen eine Vollendung der „Fremdheit“ statt. Dies erfolgt dadurch, dass die Bedingungen vor Ort ausgemalt werden, die Entstehung und Ausbreitung der Seuche nicht nur begünstigen, sondern im Prinzip geradezu provozieren. All diese „Faktoren“ legen die Schlussfolgerung nahe, dass dort ein Unheil ausbrechen musste. Umgekehrt scheint es nur schwer vorstellbar, dass „uns“ etwas Ähnliches passieren könnte. Tatsächlich aber wirkt die geografische wie die politisch-gesellschaftliche Scheidelinie zwischen Europa und Westafrika

^{F24} Vgl. S. Kuzmany (Anm. 22).

^{F25} Vgl. ebd.

^{F26} G. Gigerenzer (Anm. 6).

^{F27} Alexander Göbel, Geld allein ist keine Hilfe, 5.8.2014, www.tagesschau.de/kommentar/ebola-westafrika-100.html (18.3.2015).

^{F28} A. Göbel (Anm. 19).

gerade nicht als eine natürliche Ausbreitungsbarriere für Viren und ansteckende Krankheiten. Und auch diskursiv können alle Schilderungen von Fremdheit und Unzugänglichkeit jeden Moment in ihr Gegenteil umschlagen: Dann stehen all diese Eigenschaften für das unbekannte und gerade in seiner Unbekanntheit so bedrohliche Virus.

Moralische Dimension

In der medialen Berichterstattung über die Ebola-Epidemie kommt es zudem zu einer besonderen diskursiven Verschiebung innerhalb des Themas Seuche zum Topos weltweiter Humanität. Die im Diskurs omnipräsenten Titel „humanitäre Katastrophe“,^{F²⁹} „menschliche Tragik“^{F³⁰} und „weltpolitisches Gewissen“^{F³¹} transportieren ganz offensichtlich eine moralische Botschaft. Die in diesen Titeln stillschweigend vorausgesetzten Topoi, einerseits der Aufruf, endlich etwas oder noch mehr zu tun, andererseits Hilflosigkeit und Verzweiflung, wirken trotz ihrer scheinbaren Gegensätzlichkeit: Die Perspektive ist nun die, dass nicht nur die Verantwortungsträger versagt haben, sondern die Menschheit überhaupt. Dieses Schuldmodell wird ergänzt durch „harte“ und „realistische“ Argumentationen. Die im Diskurs stets präsente Zahl von (erneuten und prognostizierten) Toten und Erkrankten verleiht dem Seuchengeschehen ebenso eine besondere moralische Dimension. Die gewaltigen Zahlen, die die schiere Masse der menschlichen Opfer kennzeichnen, plausibilisieren die besondere Tragik, die den Menschen in Westafrika, ja der Menschheit überhaupt widerfährt.

Zusammenfassung

Der mediale Diskurs zur Ebola-Epidemie ist nicht einfach das Abbild einer davon getrennt vorliegenden „Realität“, sondern eine eigene Sphäre sui generis. Konstituiert wird ein all-

gemein betroffenes Kollektivsubjekt, das sich zwischen den Polen „Angsterzeugung“ und „Angstbewältigung“ bewegt. Topoi und Motive, die der „Angsterzeugung“ zuzuordnen wären, bestehen in der omnipräsent thematisierten Ungewissheit bezüglich der Entwicklung des Seuchengeschehens, aber auch in der gleichzeitig vermittelten Gewissheit, dass im Fall der Fälle auch für „uns“ Schäden ungeahnten Ausmaßes auftreten können. Inszeniert wird auf der einen Seite ein Kriegsgeschehen gegen die Ebola-Epidemie. Auf der anderen Seite wird gewarnt, übertriebene Angst, Panik und Hysterie seien völlig fehl am Platz. Die Bevölkerung solle sich bewusst werden, dass es auch andere, mindestens genauso verheerende Gefahren gebe und dass das Ebolavirus nicht „zufällig“ in einer „uns“ fernem und fremden Welt grassiere. Zugleich wird die Zweiteilung der Welt in „die“ und „wir“ wieder aufgehoben. Das Kollektivsubjekt des humanitären Verantwortungsträgers vereint beide Gefühlslagen: den Aufruf, gegen diese katastrophale Tragik etwas zu tun, und sich zugleich eingestehen zu müssen, auf humanitärer Ebene versagt zu haben.

Das Virus unterliegt einer zweifachen Transformation: Die naturwissenschaftliche Forschung macht aus einem Phänomen der belebten Natur ein in wissenschaftlichen Kategorien zu fassendes, mit den Mitteln der Naturwissenschaft zugängliches und in ihrer Sprache beschreibbares System von Gründen und Folgen, Mikro- und Makrostrukturen, Wechselwirkungen und Wahrscheinlichkeiten. Damit ist die Voraussetzung – aber eben auch *nur* die Voraussetzung – dafür geschaffen, dass in einer weiteren Transformation aus dem Gegenstand der in einem begrenzten Zirkel betriebenen Forschung ein gesellschaftlich relevanter Gegenstand wird, der es aufgrund seiner Beschaffenheit ermöglicht, Angst hervorzurufen, eine Gefahr darzustellen und so weiter. Diese zweite Transformation leisten die Medien. Sie sind der Ort der Entstehung dieses transformierten Virus und zugleich der Raum seiner diskursiven Zirkulation und fortwährenden Veränderung.^{F³²}

^{F²⁹} Mitten in einer humanitären Katastrophe, 15.12.2014, www.sueddeutsche.de/wissen/ethnologen-im-hilfseinsatz-boeser-zauber-ebola-1.2266597-2 (18.3.2015).

^{F³⁰} Christoph Link, Tragik im fernen Afrika, 10.8.2014, www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.kommentar-zur-ebola-seuche-tragik-im-fernen-afrika.ba46fb20-f954-46a3-9d06-ad0c88d0f128.html (18.3.2015).

^{F³¹} Ebd.

^{F³²} Vgl. B. Radeiski (Anm. 2), S. 159 f.

„APuZ aktuell“, der Newsletter von

Aus Politik und Zeitgeschichte

Wir informieren Sie regelmäßig und kostenlos per E-Mail über die neuen Ausgaben.

Online anmelden unter: www.bpb.de/apuz-aktuell

APuZ

Nächste Ausgabe

22–24/2015 · 26. Mai 2015

Wiener Kongress

Matthias Middell

Der Wiener Kongress aus globalhistorischer Perspektive

Eva-Maria Werner

Der Wiener Kongress in den europäischen Erinnerungskulturen

Stella Ghevoas

Das Erbe des Wiener Kongresses

Reiner Marcowitz

Wiener Kongress 1814/15 und Pariser Friedenskonferenz 1918/19 – Zwei Friedenskulturen im Vergleich

Tanja Brühl

Konferenzdiplomatie und Global Governance

Heinz Duchhardt

Der Wiener Kongress und seine „diplomatische Revolution“. Ein kulturgeschichtlicher Streifzug



Die Texte dieser Ausgabe stehen – mit Ausnahme der Abbildungen – unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung-NichtKommerziell-KeineBearbeitung 3.0 Deutschland.

Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn



Redaktion

Anne-Sophie Friedel (Volontärin)
Barbara Kamutzki
Johannes Piepenbrink
Anne Seibring
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Telefon: (02 28) 9 95 15-0
www.bpb.de/apuz
apuz@bpb.de

Redaktionsschluss dieses Heftes:
30. April 2015

Druck

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH
Kurfürstenstraße 4–6
64546 Mörfelden-Walldorf

Satz

le-tex publishing services GmbH
Weißensefelder Straße 84
04229 Leipzig

Abonnementservice

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung **Das Parlament** ausgeliefert.

Jahresabonnement 25,80 Euro; für Schülerinnen und Schüler, Studierende, Auszubildende (Nachweis erforderlich) 13,80 Euro. Im Ausland zzgl. Versandkosten.

Frankfurter Societäts-Medien GmbH
Vertriebsabteilung **Das Parlament**
Frankenallee 71–81
60327 Frankfurt am Main
Telefon (069) 7501 4253
Telefax (069) 7501 4502
parlament@fs-medien.de

Nachbestellungen

Publikationsversand der Bundeszentrale für politische Bildung/bpb
Postfach 501055
18155 Rostock
Fax.: (038204) 66273
bestellungen@shop.bpb.de
Nachbestellungen ab 1 kg (bis 20 kg) werden mit 4,60 Euro berechnet.

Die Veröffentlichungen in **Aus Politik und Zeitgeschichte** stellen keine Meinungsäußerung der Herausgeberin dar; sie dienen der Unterrichtung und Urteilsbildung.

ISSN 0479-611 X

Seuchen

APuZ 20–21/2015

- 3–10 *Lutz Ehlkes · Jürgen May*
Seuchen – gestern, heute, morgen
Während bei uns Infektionskrankheiten immer seltener werden, wüten Epidemien in anderen Regionen der Erde. Epidemiologen erforschen die Hintergründe von Krankheitsausbrüchen. Wie sind historische und aktuelle Seuchenzüge zu erklären, und was erwartet uns in Zukunft?
- 11–18 *Malte Thießen*
**Infizierte Gesellschaften:
Sozial- und Kulturgeschichte von Seuchen**
Seuchen sind die sozialsten aller Krankheiten. Sie treffen ganze Gesellschaften, schüren Ängste und verschärfen soziale Spannungen. In historischer Perspektive lernen wir zwar wenig über die Krankheiten an sich, aber umso mehr über Gesellschaften und ihre Blicke auf sich, die „Anderen“ und die weite Welt.
- 19–24 *Tine Hanrieder*
**Globale Seuchenbekämpfung:
Kooperation zwischen Ungleichen**
Gesundheitssicherheit ist keineswegs ein globales öffentliches Gut, sondern sehr ungleich verteilt. Globale Seuchenkontrolle leidet unter notorischer Ressourcenknappheit, vor allem angesichts schwacher Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern, und ist geprägt von Verteilungskonflikten zwischen armen und reichen Ländern.
- 25–31 *Alexander S. Kekulé*
**Von Ebola lernen:
Was gegen künftige Epidemien getan werden muss**
Die internationale Hilfe kam zu spät und war größtenteils ineffektiv, darüber sind sich Fachleute und Politiker im Nachhinein einig. Dass insbesondere die WHO scheiterte, ist nur zum Teil auf persönliche Fehlentscheidungen zurückzuführen. Viel schwerer wiegt ein strukturelles Problem.
- 32–38 *Bettina Radeiski*
**Das Ebolafieber in den Medien.
Zu Struktur und Stabilität von medialen Seuchendiskursen**
Der mediale Diskurs konstituiert ein allgemein betroffenes Kollektivsubjekt, das sich zwischen den Polen „Angsterzeugung“ und „Angstbewältigung“ bewegt. Inszeniert wird auf der einen Seite ein Kriegsgeschehen gegen Ebola. Auf der anderen Seite wird die Warnung laut, dass übertriebene Angst und Panik fehl am Platz seien.