

2. Die Vorgeschichte – Pandemiebekämpfung seit der Mitte des 20. Jahrhunderts

Es bedarf keiner großen Gabe zur Prophezeiung, um vorherzusehen, dass die Coronavirus-Pandemie und die weltweiten Lockdown-Maßnahmen zukünftig in ähnlichen historischen Kategorien wie der Zusammenbruch des Ostblocks Ende der 1980er-Jahre, die Terrorattacken des 11. September 2001 oder die Finanzmarktkrise von 2007/2008 betrachtet werden. Die globale Dimension des Infektionsausbruchs, der Bekämpfungsmaßnahmen und der Folgen sind insofern erstmalig und einzigartig, als frühere Pandemien kaum eine derartige Beachtung in Medien, Politik und Wissenschaft erhalten haben. Daher versucht dieses Kapitel zunächst die Fragen zu beantworten, wie und warum früheren Pandemien und Epidemien mit deutlich geringerer Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, in den Medien, aber auch in Wissenschaft und Politik begegnet wurde, als dies im Frühjahr 2020 der Fall gewesen ist.

Diese Fragen sind auch insofern von Interesse, als aus dem Lager der Lockdown-Skepsis, etwa in Großbritannien, während der Pandemie im Frühjahr 2020 empfohlen wurde, sich den früheren Umgang mit einer Infektion zu eigen zu machen. Coolness und britischer Stoizismus wie in den 1950er-Jahren seien Handlungsmodelle, an denen sich auch heutige Regierungen orientieren sollten. Zudem würde dies autonom entscheidenden Menschen gerade in der westlichen Welt entgegenkommen, die sich nicht gern bevormunden lassen wollten [53]. Und in der Tat hatten einige Beobachtende den Eindruck, die britische Regierung folge in den ersten Wochen der Pandemie dem viktorianischen Durchhalte-Appell der steifen Oberlippe (engl. *stiff upper lip*) [54]. Ganz ähnlich tönte es aus konservativen Kreisen in den Vereinigten Staaten. In den 1950er-Jahren sei die Bevölkerung widerstandsfähiger gewesen, hätte dem Gruppendruck nicht so leicht nachgegeben und sich verpflichtet gefühlt, zur Arbeit zu gehen und die Hände zu waschen [55].

Anschließend an diese historische Rückblende auf die Jahrzehnte vor der Coronavirus-Pandemie wird das Konzept der ›Neuen und neu auftretenden Infektionserkrankungen‹ erläutert und eine Übersicht über nicht-pharmakologische Interventionen bei Infektionsausbrüchen geliefert. Dies soll den Stand der Forschung vor der aktuellen Pandemie transparent machen. Sodann wird ein Blick auf die Prävention von Pandemien sowie die Pandemieplanung insgesamt geworfen. Das Risiko, einen solchen Infektionsausbruch zu erleben, war in Fachkreisen und auch in Teilen der Politik durchaus bekannt. Allerdings hatte bis Ende 2019 kaum ein Staat die notwendigen Schritte der Pandemieplanung umgesetzt. Und auch hier versuchen die Ausführungen wieder die Frage nach den Ursachen zu beantworten. Abschließend werden die sich wandelnden Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Epidemien und den Umgang mit ihnen näher analysiert.

2.1 Virusepidemien und -pandemien seit 1950

Die weltweit größte Pandemie des 20. Jahrhunderts und des 21. Jahrhunderts war die so genannte ›Spanische Grippe‹ nach dem Ende des Ersten Weltkriegs. Sie forderte mehr Todesopfer als der Krieg selbst. Doch auch nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten sich eine Reihe von Virusinfektionen mit vielen Sterbefällen. Der nachfolgenden Tabelle sind zentrale Angaben über die bekannten Virusepidemien und Pandemien der letzten Jahrzehnte zu entnehmen.

Tabelle 1: Virusepidemien und -pandemien nach 1950, Quellen: [56, 57]

Name	Zeitpunkt	Geographie	Infektionen	Todesfälle
Asiatische Influenza	1957-1959	Weltweit	Unbekannt	1-2 Millionen
Hongkong In- fluenza	1968-1969	Weltweit	Unbekannt	Ca. 2 Millionen
HIV/AIDS	1960 bis heute	Weltweit (pri- mär Afrika)	Ca. 70 Millio- nen	Ca. 35 Millio- nen
SARS	2002-2003	37 Länder	8000	774
Schweinegrip- pe	2009	Weltweit	Unbekannt	284.000
MERS	2012 bis heute	Arabische Halbinsel	2.500	850
Ebola	2014-2016	Westafrika	28.600	11.300
Dengue- Fieber	Unbe- kannt/bis heute	Südhalbkugel	390 Millionen jährlich	22.000 jähr- lich

Einer empirischen Analyse zufolge werden in den letzten Jahrzehnten immer häufiger Ausbrüche von Infektionserkrankungen entdeckt [58]. Dies betrifft alle Infektionsformen, also sowohl bakterielle Infektionen, Pilzinfektionen, Protozoeninfektionen (Parasiten und Würmer), aber eben auch Virusinfektionen. Und unter den Virusinfektionen werden immer mehr der so genannten Zoonosen entdeckt, dies sind Infektionen, welche die Artenbarriere zwischen Tier und Mensch überspringen können, wie es im Fall des neuartigen Coronavirus der Fall war. Diese Erkenntnisse sind jedoch relativ jung. Zu Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts herrschte ein weit verbreiteter anderer Zeitgeist, der vom Gegenteil dessen überzeugt war – nämlich von der Überwindung der Infektionskrankheiten.

2.2 Influenzapandemien der 1950er- und 1960er-Jahre

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs entstand in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens der entwickelten Länder, aber auch der sich entwickelnden Länder eine Aufbruchsstimmung mit großem Optimismus. Bezüglich Infektionserkrankungen war man seinerzeit sowohl in der Wissenschaft

als auch in der Politik überzeugt, man könne diese endgültig hinter sich lassen. In diesem Zusammenhang hat die Geschichtsforschung von einem »Zeitalter der Ausrottung« gesprochen [59: 385]. Der Optimismus war nicht allein im medizinischen Sektor zu spüren. In der Soziologie und in der Politikwissenschaft wurden so genannte Modernisierungstheorien entwickelt, die sich beispielsweise überzeugt gaben, dass mit der gesellschaftlichen Entwicklung Probleme wie ethnische Konflikte oder Nationalismus quasi automatisch verschwinden würden [60].

Möglicherweise lag es an diesem weit verbreiteten Optimismus, möglicherweise aber auch an traditionellen Einstellungen gegenüber Infektionserkrankungen, Leiden und Tod, dass sich die beiden großen Influenzapandemien Ende der 1950er- und Ende der 1960er-Jahre im historisch-gesellschaftlichen Gedächtnis der Gegenwart gar nicht wiederfinden. Offenbar erhielten derartige Epidemien in der Wahrnehmung der damaligen Bevölkerung keine besondere Aufmerksamkeit. In den deutschen Rundfunkarchiven findet sich lediglich ein einziger Beitrag hierzu [61]. Und auch ein Blick in neuere sozialgeschichtliche Übersichtsarbeiten [62, 63] erzeugt keinerlei Hinweise, dass diese Infektionserkrankungen nur annähernd Spuren in der Wirtschaft oder anderen gesellschaftlichen Bereichen hinterlassen haben. Dieses Fehlen von aufgezeichneten Nachwirkungen und die Differenz zu der jetzigen Situation sind aus sozialwissenschaftlicher Perspektive äußerst interessant und gibt zu einer Spurensuche Anlass.

Im Februar 1957 wurde in China ein neues Influenza-Virus entdeckt, das sich über Hongkong und weitere asiatische Regionen bis zum Sommer des Jahres in die Vereinigten Staaten und Europa und anschließend weiter in Südamerika und Afrika verbreitete [64]. Allein in Hongkong infizierten sich über 250.000 Menschen und aus Indien wurden eine Million Infektionen berichtet. In Großbritannien wurde die Anzahl infizierter Menschen auf über 9 Millionen geschätzt [65]. Überwiegend infizierten sich und erkrankten junge Menschen, wie es oftmals bei Grippeinfektionen in früheren Jahrzehnten der Fall gewesen ist [66]. Vermutlich hatten ältere Menschen zu dieser Zeit eine gewisse Immunität durch frühere Infektionen erworben [67]. In vielen Ländern wurden daraufhin einzelne Schulen geschlossen. Die Anzahl der Todesopfer betrug nach seinerzeitigen Schätzungen in Deutschland ungefähr 50.000. Allerdings ist nur bei sehr wenigen Opfern das Virus auch nachgewiesen worden [68]. Die Übersterblichkeit, also die Anzahl der Menschen, die zu einer größeren Anzahl starben als zu erwarten war, betrug nach neuen Modellrechnungen weltweit ungefähr 1,1 Millionen Sterbefälle [69]. Die öko-

nomischen Folgen waren, beispielsweise in den Vereinigten Staaten, zu vernachlässigen. Weder der Ausfall von Personal, der in Teilen nicht gering war, noch die weiteren wirtschaftlichen Konsequenzen machten sich in einer Weise bemerkbar, die sich von üblichen Konjunkturschwankungen unterschieden [64].

In der Medizingeschichte der westlichen Welt sind nur wenige Untersuchungen zu dieser Pandemie vorhanden. Bemerkenswert ist in allen verfügbaren Beiträgen der Hinweis, dass die Öffentlichkeit und die Behörden nur wenig Anstrengungen unternommen haben, die Verbreitung des Virus zu verhindern [70]. Nicht-pharmakologische Maßnahmen wie Schulschließungen, Quarantäne, Gesichtsmasken oder das Distanzhalten wurden nur sporadisch empfohlen und angewendet [64]. Es war eine »Pandemie ohne Drama«, wie ein Historiker später berichtete [68]. Dagegen wurde vor allem im angelsächsischen Raum auf die Schutzimpfung gesetzt, während in Westdeutschland diese eher abgelehnt wurde und stattdessen die Chinin-Prophylaxe propagiert wurde. Chinin, das in geringen Mengen in Tonic Water enthalten ist, soll fiebersenkend wirken und Muskelkrämpfen vorbeugen. Die gleiche Rolle wie Chinin in Deutschland spielte offenbar seinerzeit Aspirin in Großbritannien [65]. Allerdings waren die Impfbemühungen in vielen Ländern wenig erfolgreich, da die Entwicklung und Verbreitung des Vakzins zu lange brauchten, um effektiv wirken zu können. Insgesamt war es eine schnell vorüber gehende Störung im gesellschaftlichen Leben, deren Opfer man gewissermaßen hinnahm.

Im Grundsatz hatte dieser Zustand auch noch ein Jahrzehnt später Bestand, während der so genannten Hongkong-Grippe der Jahre 1968 bis 1970. Diese Influenza entstand vermutlich wiederum in China und wurde von Asien heraus vermutlich durch zurückkehrende Vietnam-Veteranen der US-Armee dann auf andere Kontinente weiterverbreitet. Erneut wurden insbesondere jüngere Menschen infiziert und die Anzahl der Todesopfer war, trotz eines mildereren Krankheitsverlaufs, ähnlich hoch wie in den 1950er-Jahren. Vermutlich sind jedoch mehr Menschen infiziert worden. Die Pandemie zog in mehreren Wellen bis in das Jahr 1970 hinein über den Globus [71].

Während in der früheren DDR versucht wurde, entsprechend der bekannten Muster mit einem Plan gegen die Influenza vorzugehen, der unter anderem auch die Impfung enthielt, war man in Westdeutschland – wo die Influenza auch »Mao-Grippe« genannt wurde – in der Pandemiebekämpfung nur wenig weiter gekommen als in den Jahren zuvor. Nicht zuletzt aus ideologischen Gründen wurde es in der früheren Bundesrepublik abgelehnt, mit

einem Plan gegen die Grippe vorzugehen. »Plan« klang seinerzeit schon relativ stark nach Sozialismus. Wenn sich Teile der Bevölkerung über überbelegte Kliniken und nicht ausreichende Behandlungskapazitäten beschwerten, dann wurde von der konservativen Gesundheitspolitik ein »Verlust an traditionellen Werten« beklagt und darauf verwiesen, dass »... die Bevölkerung durch übertriebene Publikationen (z. B. auch in Illustrierten) in der Sorge um die Gesundheit bestärkt« werde [72].

Mein Vater als Zeitzeuge hat mir berichtet, er sei im Jahr 1968 erst- und letztmalig schwer an einer Grippe erkrankt und habe zwei Wochen zu Bett gelegen, genauso wie mein Großvater. Ernsthafte Sorgen habe man sich nicht gemacht und Maßnahmen von Seiten der Behörden seien nicht unternommen worden. Wenn Menschen an der Grippe verstarben, sei das ohne besondere Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen worden, es gehörte in gewisser Weise zur Normalität, dass so etwas passieren könne. Epidemien, das machen diese Bemerkungen deutlich, sind bis weit in das 20. Jahrhundert hinein als Schicksal betrachtet worden und der Tod war für viele religiös geprägte Menschen ohnehin »Gottes Wille«. Als »geduldiges Ausharren« hat ein Historiker den Umgang mit den Grippeerkrankungen dieser Zeit beschrieben [73].

2.3 Neue und erneut auftretende Infektionserkrankungen

Der oben angedeutete Optimismus, Infektionserkrankungen ausrotten zu können, war in gewisser Hinsicht nicht vollkommen aus der Luft gegriffen. Es gibt belastbare Daten dafür, dass steigender Wohlstand und Urbanisierung in der Tat in vielen Ländern Infektionskrankheiten seltener und weniger gravierend haben werden lassen [74]. Mit der zunehmenden Lebenserwartung im globalen Norden und in Teilen des globalen Südens traten außerdem neue Krankheiten in Erscheinung, welche das Erkrankungs- und Sterblichkeitsgeschehen dominierten. Gemeint sind die so genannten nicht-übertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislaufprobleme, Krebs oder Diabetes. In weiten Teilen der Gesundheitsforschung und -politik war man ab den 1970er-Jahren davon überzeugt, einen »epidemiologischen Übergang« zu erleben. Auf das Zeitalter der Infektionen, so wurde erwartet, folge das Zeitalter der degenerativen und menschengemachten Krankheiten [75].

So richtig die Beobachtung hinsichtlich der nicht-übertragbaren Krankheiten war, so falsch lag man bezüglich der Infektionen; diese verschwanden

nicht. Allerdings änderte sich ab Mitte der 1970er-Jahre allmählich die Bekämpfungspolitik gegenüber Influenzaepidemien. Bereits in Kapitel 1 ist der Ausbruch einer von Schweinen stammenden Influenza auf einem US-amerikanischen Militärgelände im Jahr 1976 beschrieben worden. Als Reaktion auf diesen Ausbruch, der nur wenige Menschen infizierte und noch weniger Todesfälle hervorbrachte, wurden mehrere Millionen Menschen geimpft, was die *New York Times* seinerzeit zu der Überschrift »Schweinegrippen-Fiasko« veranlasste [37: 45]. Die schlimmsten Befürchtungen und die massive Reaktion wurden ausgelöst durch die zuvor unbekannte Mensch-zu-Mensch-Übertragung des aus dem Tierreich stammenden Virus, die genetische Ähnlichkeit zum Virus der Spanischen Grippe und der Verfügbarkeit technologischer Mittel zur Impfstoffherstellung [76]. Und bei allen Gemeinsamkeiten und Erfahrungen aus früheren Influenza-Epidemien, wuchs langsam die Erkenntnis, »...dass keine zwei Pandemien der modernen Zeit sich exakt gleichen, und dass diese Unterschiede ebenso lehrreich sind wie die Ähnlichkeiten.« [76: 1226]

Und dann kam AIDS, bestätigte genau diese Vermutung und veränderte doch alles. Ab Anfang der 1980er-Jahre infizierten sich und erkrankten Millionen Menschen in allen Teilen der Welt am HI-Virus (engl. *Human Immunodeficiency Virus*), das zuvor vollkommen unbekannt war. Die erworbene Immunschwäche (engl. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) brachte ebenfalls für Millionen Menschen den Tod, vor allem in Afrika. Im globalen Norden waren überwiegend homosexuelle Männer betroffen sowie Menschen, die Drogen intravenös konsumierten. Außerdem betraf es Menschen, die unter der Bluterkrankheit litten und verseuchte Blutersatzpräparate erhalten hatten. Das HI-Virus wird in erster Linie durch Körperflüssigkeiten wie Blut, Sperma oder Vaginalsekret übertragen.

In Afrika waren das Virus und seine Vorgänger vermutlich schon seit den 1960er-Jahren aktiv, nachdem es wahrscheinlich von Schimpansen auf den Menschen übertragen wurde. Anders als im globalen Norden war hier – und ist bis heute – insbesondere die heterosexuelle Bevölkerung betroffen, wodurch Millionen Kinder ohne einen oder beide Elternteile aufwachsen mussten. Verheerend waren die Folgen vor allem im Staat Südafrika, wo sich die Regierung lange weigerte, das Virus als Ursache zu akzeptieren, entsprechende Gelder sperrte und damit die möglichen Behandlungsoptionen versperrte. Auf dem Höhepunkt der Epidemie im Land starben allein im Jahr 2006 fast 350.000 Menschen an und mit AIDS [59: 428].

Das »Zeitalter der Hybris« [59: 448] sowie der »Überoptimismus und die Nachlässigkeit« [77] gegenüber Infektionserkrankungen waren damit vorüber. Mit solch einer wuchtigen Rückkehr von Viruspandemien hatten selbst Fachkreise nicht gerechnet. Der Infektionsbiologe und Nobelpreisträger Joshua Lederberg schrieb im Jahr 1988, dass seine pessimistischsten Vorstellungen vom Verlauf der AIDS-Pandemie übertroffen wurden, und dies, obwohl er immer ein Warner gewesen sei, dessen Mahnungen über Jahrzehnte hinweg nicht ernst genommen wurden [78: 356]. Lederberg gehörte wenig später auch zu den Forschenden, welche den Begriff der »Neuen und neu auftretenden Erkrankungen« (engl. *Emerging and Reemerging Diseases*) prägten [79]. Die gesellschaftliche Modernisierung, so die Argumentation, habe nicht nur positiv hinsichtlich bestimmter Infektionserkrankungen gewirkt, sie habe mit der Globalisierung und der Bevölkerungsexplosion auch den Boden für die neuen Erkrankungen bereitet.

Mit AIDS entwickelte sich im globalen Norden eine neue Form von Infektionskontrolle und -prävention. Da Behandlungsoptionen über lange Jahre nicht zur Verfügung standen und ein Impfstoff trotz jahrzehntelanger Forschung bis heute nicht existiert, wurden vor allem die oben bereits angedeuteten nicht-pharmakologische Interventionen eingesetzt [80]. Dazu zählen unter anderem allgemeine sowie milieuspezifische Aufklärungs- und Präventionskampagnen, die Abgabe von Kondomen und Spritzbestecken sowie die Überwachung der Infektionswege. Diese Maßnahmen haben zusammen mit der heute verfügbaren antiviralen Medikation und weiteren Interventionen zu einer deutlichen Eindämmung der HIV-Pandemie geführt.

2.4 Nicht-pharmakologische Interventionen

Die Bekämpfung von Virus-Epidemien und -Pandemien ist bis heute im Wesentlichen auf Methoden angewiesen, welche schon vor vielen Jahrhunderten entwickelt wurden. Solche nicht-pharmakologischen Maßnahmen wie die Isolation sind in Ansätzen schon im Alten Testament der Bibel beschrieben worden [81]. Während der mittelalterlichen Pestausbrüche, die bis zu einem Drittel der europäischen Bevölkerung das Leben kostete, sind in vielen Regionen Quarantänemaßnahmen verhängt worden, wodurch der Kontakt von Reisenden mit der lokalen Bevölkerung beschränkt wurde.

Wie notwendig dies noch in der Gegenwart ist, zeigte bereits der SARS-Ausbruch (SARS: Schwere akute Atemwegserkrankung; engl. *Severe Acute Re-*

spiratory Syndrome) Anfang der 2000er-Jahre. Im November 2002 wurden in Ostasien vormals unbekannte Atemwegserkrankungen auf der Basis des Vorgängers des neuen Coronavirus entdeckt. Dieser Ausbruch hatte sehr viele Ähnlichkeiten mit der Infektionsepidemie im Jahr 2020 [59, 82]:

- es handelte sich um ein neues und bis anhin unbekanntes Coronavirus aus dem Tierreich (vermutlich Katzen),
- der Ausbruch erfolgte in China,
- es gab Superspreading-Vorfälle (Ereignisse, bei denen wenige Personen viele andere infizierten),
- es verbreitete sich relativ schnell über den internationalen Flugverkehr zwischen Metropolen,
- die Übertragung erfolgte über Atemwege,
- die Krankheitssymptome ähnelten denen einer Erkältung oder einer Influenza,
- in schweren Verläufen entwickelte sich eine untypische Lungenentzündung,
- es hatte eine Inkubationszeit ohne Symptome von mehreren Tagen,
- es gab eine massive mediale Aufmerksamkeit,
- es gab erhebliche wirtschaftliche Folgen in den Bereichen Gastronomie und Tourismus der betroffenen Länder.

Es gab jedoch auch erhebliche epidemiologische Unterschiede. SARS führte zum Tod von ungefähr 10 Prozent der infizierten Personen (Fallsterblichkeit); bei Covid-19 liegt die Fallsterblichkeit deutlich niedriger. Die Verbreitung erfolgte in vielen Fällen in Gesundheitseinrichtungen. Da sich die SARS-Infektion in der Bevölkerung trotz des Vorkommens in fast 30 Ländern nur gering ausbreitete, verstarben vergleichsweise wenige Menschen an der Krankheit, nämlich knapp 800. Betroffen war überwiegend Südostasien mit den Regionen China, Hongkong, Taiwan und Singapur. In Nordamerika traf es insbesondere das kanadische Toronto. In Deutschland infizierten sich neun Personen, in der Schweiz eine Person; alle zehn Personen überlebten die Erkrankung [83: 186].

Die Epidemie wurde – anders als beim neuen Coronavirus – innerhalb weniger Monate vollkommen eingedämmt. Bereits im Juli 2003 wurde sie offiziell für beendet erklärt. Dieser Umstand ist umso erstaunlicher, als lokale und nationale Behörden in China über längere Zeit versuchten, den Ausbruch zu verschleiern. Mit Ausnahme von offiziellen Stellungnahmen, dass alles un-

ter Kontrolle sei, wurde Tageszeitungen verboten, über das Geschehen zu berichten [84]. Erst im April 2003 wurde im Land offen gegen die Epidemie mobilisiert und wenige Monate später war der Ausbruch vorüber. Wieso sich das SARS-Coronavirus letztlich nicht weiter verbreitete, ist bis heute nicht im Detail bekannt. Offenbar schwächte sich das Virus mit der Zeit ab, was den Verantwortlichen der Weltgesundheitsorganisation WHO veranlasste, als erste Lektion, die aus dem Ausbruch zu lernen war, Folgendes zu bemerken: »Wir haben diesmal Glück gehabt.« [83: 243] Darüber hinaus jedoch waren Methoden des 19. Jahrhunderts entscheidend, so die Weltgesundheitsorganisation: Nachverfolgung von Kontakten, Quarantäne und Isolation.

In Hongkong wurde im Rahmen der Infektionsbekämpfung ein Wohnblock unter Lockdown gestellt. Es waren Szenen, wie wir sie jetzt aus dem Frühjahr 2020 kennen: Menschen in Schutzkleidung und Polizeikräfte mit chirurgischen Masken riegelten den Wohnkomplex ab. Niemand durfte das Areal betreten oder verlassen. Die Maßnahmen erhielten eine sehr große Medienaufmerksamkeit. Bilder gingen um die Welt, die zuvor nie gesehen wurden. Neben dem Lockdown im engeren Sinne sind Schulen geschlossen worden und es gab Reisewarnungen. Für Hongkong war es das erste Mal in der Geschichte, und man hoffte seinerzeit, es möge das letzte Mal gewesen sein. Der Ausbruch hatte einen immensen wirtschaftlichen Schaden zur Folge und das Image von Hongkong litt über mehrere Jahre hinweg. Die wirtschaftlichen Folgen waren in vielen Regionen Südostasiens noch lange zu spüren, hinzu kamen psychosoziale Konsequenzen aus Angst vor der Infektion sowie durch Quarantäne und Isolation mehrerer zehntausend Menschen.

Wenige Jahre zuvor hatte die WHO ein »Globales Alarm- und Bekämpfungsnetzwerk für Ausbrüche« (GOARN; engl. *Global Outbreak Alert and Response Network*) etabliert, das verschiedene staatliche und nicht-staatliche Institutionen umfasste. Während der SARS-Epidemie machte sich dies erstmalig bezahlt. Es kam es zu einer schnellen Kollaboration verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen wie Virologie, Mikrobiologie, Epidemiologie und Public Health. Ein Ergebnis dieser Zusammenarbeit waren statistische Modellierungsstudien, welche verschiedene Eindämmungsstrategien auf ihre Wirksamkeit hin analysierten. Noch bevor die Epidemie beendet war, existierten die ersten Publikationen [z.B.: 85]. Die »ziemlich drakonischen Maßnahmen«, welche seinerzeit in westlichen Ländern für nicht umsetzbar gehalten wurden, erzielten insgesamt die erwünschte Wirkung [86: 1104]. SARS hatte, wie ein Beobachter später schrieb, »einen neuen aggressiven Geist« in der Virologie geweckt [87: 130]. Während man zur Zeit der vorherigen großen

Pandemien der 1950er- und 1960er-Jahre lediglich zugeschaut und Daten gesammelt hätte, sei man nun nicht mehr länger gewillt, dem Geschehen passiv zu folgen. SARS sei eine Schlacht gewesen.

SARS war eingedämmt worden, die Infektionsforschung machte sich jedoch insgesamt mehr Sorgen um virale Grippepandemien, die bekanntlich relativ häufig aufgetreten sind und auch im neuen Jahrtausend weiter auftraten. Die WHO veröffentlichte in der Folge eine Zusammenstellung nicht-pharmakologischer Interventionen für Influenza-Pandemien [88]. Diese umfasste das Arsenal der weit gefassten Lockdown-Maßnahmen, das für die meisten Menschen vor dem Jahr 2020 nicht bekannt war:

- Isolation und Quarantäne,
- Schließung von Einrichtungen wie Heimen und Sammelunterkünften,
- Soziale Distanz,
- Vermeidung des Aufenthalts in größeren Gruppen,
- Schließung von Schulen und Einrichtungen zur Kinderbetreuung,
- Reisebeschränkungen,
- Gesichtsmasken beim Aufenthalt in der Öffentlichkeit,
- Handhygiene, Händewaschen und Desinfektion.

Allerdings waren Mitte der 2000er-Jahre nicht viele Verantwortliche im Gesundheitswesen und in der Politik von der Umsetzbarkeit überzeugt [89]. Die oben aufgeführten Maßnahmen wurden quasi separat voneinander betrachtet und bewertet. Eine kritische Position in den Vereinigten Staaten bemerkte beispielsweise, dass Schulschließungen erhebliche Folgen für die Eltern sowie ihre Firmen zur Folge hätten und dies kaum gelöst werden könnte [90]. Ganz grundsätzlich wurde empfohlen, die gesellschaftlichen Routine so wenig wie möglich zu unterbrechen: »Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Bevölkerung, die eine Epidemie bewältigen muss, am besten und mit der geringsten Angst damit umgehen kann, wenn die normalen sozialen Funktionen so wenig wie möglich unterbrochen werden.« [90: 373]

Auf der anderen Seite dieser Position standen Verantwortliche, die sich mit den seinerzeit aktuellen Bedrohungen wie Bioterrorismus (z.B. den Anthraxattacken wenige Tage nach dem 11. September 2001) oder der asiatischen Vogelgrippe im Jahr 2005 auseinandersetzen mussten. Diese andere Position, die nach Medienberichten vom damaligen Präsident G.W. Bush gestützt wurde, erzeugte historische Evidenz mit Daten aus der Zeit der Spanischen Grippe, dass Schul-, Kirch- und Theaterschließungen sowie Quarantäne- und

Isolationsmaßnahmen in vielen amerikanischen Städten zu erheblich geringeren Todeszahlen geführt hatten [91, 92]. Mitte der 2000-er Jahre wurde auch das *Social Distancing* erstmalig im Rahmen einer Modellierungsstudie auf seine Wirksamkeit hin analysiert [93]. Damit war im Grunde die wissenschaftliche Basis für die im Jahr 2020 eingeführten umfassenden Lockdown-Maßnahmen gelegt. Wissenschaftlich gesehen, sind diese sozialen Restriktionen also noch gar nicht so alt, zumindest in systematischer Hinsicht. Anekdotisch ist vieles hingegen seit Jahrhunderten bekannt.

Teile dieser Maßnahmen wurden während nachfolgender Influenzaausbrüche wie der aus Mexiko stammenden Schweinegrippe-Pandemie im Jahr 2009 umgesetzt [94], bei der schätzungsweise bis zu 200.000 Menschen weltweit zu Tode kamen [95]. Zu dieser Zeit war es aufgrund technologischer und methodischer Innovationen erstmals möglich, die Epidemie in Echtzeit zu beobachten und zukünftige Entwicklungen zu prognostizieren [96]. Diese Fortschritte halfen jedoch wenig in der Prävention der Entstehung von Pandemien. Zunehmend wurde in der Forschungs-Community deutlich, wie wenig die Weltgemeinschaft auf Infektionen tierischen Ursprungs vorbereitet war. Nach der Influenza-Pandemie kamen Forschende im Jahr 2012 zu folgender Zusammenfassung der Problematik: »Das schnelle Wirtschaftswachstum in vielen sich entwickelnden Regionen hat zu einer erhöhten Nachfrage nach tierischem Eiweiß, beispielsweise von Schweinen, geführt. Eine Vielzahl von Schweinen und anderen Tieren wird mit Antibiotika-behandeltem Futter unter überfüllten Bedingungen aufgezogen. Unzureichende Sicherheitsmaßnahmen erlauben das Überspringen neuer Influenzaviren oder Medikamenten-resistenter Bakterien vom Schwein auf den Menschen. Die mögliche Kombination von Influenza und Antibiotika-resistenter bakterieller Infektionen könnte sich als desaströs in zukünftigen Pandemien herausstellen.« [94: 250]

2.5 Epidemie- und Pandemieplanung

Wie also stand es um die Vorbereitung und Planung auf Epidemien und Pandemien gegen Ende der 2010er-Jahre? Die meisten Länder im globalen Norden verfügten seit Jahren über Pandemiepläne, so etwa ausgearbeitet zuletzt im Jahr 2018 vom Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz [97] oder im Jahr 2016 vom Robert-Koch-Institut in Deutschland [98]. Diese Pläne sind vorrangig für Influenza-Epidemien ausgelegt und werden regelmäßig überarbei-

tet. Im Oktober 2019 veröffentlichte eine internationale Initiative den ›Globalen Gesundheits- und Sicherheits-Index‹ (*Global Health Security Index*) [99]. In diesem Bericht wurden die Vorbereitung und Planung auf Epidemien und Pandemien in 195 Staaten untersucht. Und als hätten die Verfasserinnen und Verfasser die Pandemie wenige Wochen später vorhergesehen, kamen sie zu dem Schluss, dass kein Land der Welt umfassend für den Umgang mit diesen Gesundheitsrisiken vorbereitet ist. Aber völlig konträr zu den späteren Ereignissen schnitten die Vereinigten Staaten im Ranking der Länder insgesamt und in den meisten Teilbereichen am besten ab, gefolgt von Großbritannien. Die Schweiz rangierte auf Platz 13, Deutschland einen Rang dahinter.

Kurz vor der Veröffentlichung dieses Berichts hatte der Ausbruch der Spanischen Grippe vor gut 100 Jahren einen historisch-wissenschaftlichen Anlass gegeben, sich dieser Thematik ebenfalls zu widmen [100, 101]. Allgemein wurde bezüglich der Influenza anerkannt, dass sich insbesondere im globalen Norden die technologischen Optionen in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hatten [102]. Dies galt vor allem für die Herstellung von Impfstoffen und diagnostischen Substanzen. Demgegenüber standen die Potenziale der öffentlichen Gesundheitsvorsorge wie die Überwachung von Infektionsketten relativ schlecht da. In vielen Ländern des globalen Nordens wurde die Vernachlässigung dieses Teils der Pandemie Vorbereitung in Frühjahr 2020 deutlich bewusst. Es existierten kaum entsprechende Personal-Ressourcen und Schulungsmaterialien. Mitarbeitende aus anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung mussten schnell rekrutiert und eingewiesen werden. Es gibt empirische Hinweise, die zeigen, dass – wenn effektiv vorhanden – solche Maßnahmen zielführender sind als eine umfassende Quarantäne [103]. Einige Staaten in Südostasien haben diese Interventionen während der Coronavirus-Pandemie mit Erfolg praktiziert, wie im Kapitel 6 noch ausführlicher beschrieben wird. Allerdings setzt das ›Contact Tracing‹ mehrere Aspekte voraus, um wirken zu können. Dazu gehören etwa eine längere Inkubationszeit sowie die Implementierung dieser Maßnahmen unmittelbar nach Infektionsausbruch, um die Infektionsketten von Beginn an nicht außer Kontrolle geraten zu lassen. Bei einer sehr kurzen Inkubationszeit (wie es häufig bei der Influenza der Fall ist) wird die Bevölkerung relativ rasch verbreitet infiziert, so dass Eindämmungsversuche praktisch fehlschlagen, weshalb zumeist auf technologische Lösungen wie Impfungen gesetzt wird. Des Weiteren, so hat eine Modellierungsstudie gezeigt, ist entscheidend, wie viele Kontakte tatsächlich identifiziert werden und wie schnell das Testen bei potenziell Infizierten stattfindet [104]. Schließlich sind

auch die Einhaltung bzw. die Überwachung der Quarantäne und Isolation bedeutend, wie verschiedentlich während der Pandemie klar wurde.

Aus heutiger Sicht ist bemerkenswert, dass sich die Forschungs-, Planungs- und Richtlinien-Literatur bis kurz vor die Coronavirus-Pandemie nahezu ausschließlich auf Influenzaviren bezogen. Es ist daher auch wenig verwunderlich, wenn die Pandemieplanung einen deutlichen Schwerpunkt auf Impfstoffentwicklung und -verabreichung sowie der damit einher gehende Kommunikation hat [105]. Genauso wenig verwunderlich ist, dass man – beispielsweise in der Schweiz – die Pandemieplanung nur bedingt auf die neue Coronavirus-Pandemie anwenden konnte [106].

Nicht-Influenza-Viren finden in den deutschen und schweizerischen Pandemieplanungen nur am Rande Erwähnung. Diese Vernachlässigung anderer Viren, welche die Tier-Mensch-Barriere überspringen können, machte sich jedoch bereits im Zusammenhang mit SARS bemerkbar und sollte bei der Ebola-Epidemie fatale Konsequenzen haben. Das Ebolavirus ist seit den 1970er-Jahren aktiv ist und führte im Jahr 2014 zu einem massiven Infektionsausbruch in den westafrikanischen Ländern Guinea, Liberia und Sierra Leone. Das Virus – benannt nach einem kongolesischen Fluss – ist vermutlich von Fledermäusen und Flughunden und möglicherweise über weitere Tierarten irgendwann auf Menschen übertragen worden. Die menschliche Infektion erfolgt über Körperkontakt und Körperflüssigkeiten. Hohes Fieber und damit einhergehende Blutungen (hämorrhagisches Fieber) führen in vielen tausend Fällen zum Tod. Die Fallsterblichkeit lag in den meisten Ländern bei über 80 Prozent [107].

Die Ebola-Epidemie legte für die Region Westafrika, aber für auch die internationale Gemeinschaft und insbesondere für die Weltgesundheitsorganisation die massiven Mängel in der Einschätzung, Planung und Bekämpfung bloß. Das epidemiologische Risiko wurde aufgrund früherer Erfahrungen mit kleineren Ausbrüchen vollkommen unterschätzt. Hinzu kam, dass die WHO viele Monate brauchte, um eine adäquate Strategie zu entwickeln [35]. Die Gründe hierfür waren vielfältig. Sie hatten mit der Struktur der Organisation zu tun [37], aber auch mit sozialen Veränderungen und dem Widerstand gegen sozialen Wandel in der Region. Kulturelle Praktiken wie Bestattungsrituale waren oftmals mit Infektionsübertragungen verbunden, genauso wie der Verzehr bestimmter Tierarten. Zudem hatte die Mobilität zwischenzeitlich deutlich zugenommen und gleichzeitig bestand in der Bevölkerung eine tiefe Skepsis gegenüber Hilfsorganisationen wie *Médecins sans Frontières*, die

über Jahre hinweg als einzige Organisation versuchten, bestimmte Praktiken zu ändern [32].

Die nächste Viruspandemie, in Fachkreisen »The Big One« [108] genannt, kann sowohl durch ein Influenza-Virus ausgelöst werden als auch durch ein Coronavirus oder ein ganz anderes. Vor diesen Gefahren ist bereits vor geraumer Zeit gewarnt worden. Coronaviren wurden schon vor mehr als zehn Jahren nach den SARS-Erfahrungen und mit dem Wissen um kulturelle Tierhaltungs- und Verzehrpraktiken in China als »Zeitbombe« charakterisiert [109: 683]. Auf die Explosion dieser Zeitbombe waren die Gesundheitssysteme, aber auch die Administrationen im Jahr 2020 nicht vorbereitet.

2.6 Das Ende des geduldigen Ausharrens – Einstellungswandel in der Bevölkerung

Die wissenschaftliche Herangehensweise an Epidemien hat sich in den letzten Jahrzehnten – das sollte deutlich geworden sein – klar gewandelt. Von Abwarten und Beobachten ist heute kaum noch die Rede, vielmehr geht es um Kontrolle und Eindämmung durch einen Mix aus pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen. Die internationalen Organisationen, die nationalen politischen Systeme und die nachgeordneten Verwaltungsapparate haben Mühe, mit der Geschwindigkeit in der Forschung mitzuhalten. Wie sieht es aber mit der Bevölkerung im globalen Norden aus? Würde sie immer noch »geduldig ausharren« und eine Epidemie mehr oder minder klaglos über sich ergehen lassen, wie es noch in den 1950er-Jahren der Fall war?

Die Antwort lautet: eher nein. Der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheit, Leiden und Sterben hat sich in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg erheblich verändert. Mehrere Faktoren sind hier zusammengekommen. Da ist zunächst ein sozialer Wandel, der im Rahmen der Individualisierung der Gesellschaft [110] traditionelle Vorstellungen von Leiden und Tod nahezu vollständig zum Verschwinden gebracht hat. Verdeutlichen kann man diesen Wandel paradoxerweise sehr gut an der Thematik der Sterbehilfe [111]. Die assistierte Selbsttötung ist heute in den meisten Ländern der westlichen Welt von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert – was sich allerdings nicht immer auch in entsprechendem geltenden Recht wiederfindet, wie man in Deutschland sehen kann. Ein wesentlicher Grund für die zunehmende

Akzeptanz ist die immer geringer werdende Neigung, Leiden zu akzeptieren [112]. Leiden und Sterben werden nur noch in einem kleinen Teil der modernen Gesellschaft als Schicksal betrachtet, das ›gottgewollt‹ ist [113]. Stattdessen wird Wert auf eine autonome Entscheidung gelegt, das Leben dann beenden zu können, wenn die subjektive Lebensqualität absehbar sinkt und schweres körperliches und/oder psychisches Leiden droht.

Ein weiterer Faktor in diesem Zusammenhang ist die zunehmende Bedeutung von Gesundheit als Wert. Die steigende Lebenserwartung, die veränderten Möglichkeiten, die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen und die geringere körperliche Beanspruchung in der modernen Arbeitswelt tragen insgesamt zu der Vorstellung bei, dass auch Krankheit etwas ist, dem vorgebeugt werden kann. Und vom Staat wird heute die entsprechende Unterstützung erwartet, mehr Sicherheit und Gesundheit zu erlangen [114: 257]. Gurt- und Helmpflicht im Straßenverkehr oder Rauchverbote im öffentlichen Raum sind nach anfänglichem Widerstand breit akzeptiert, staatliche Interventionen werden also in gewissem Rahmen hingenommen und in Teilen sogar eingefordert. Der moderne Wohlfahrtsstaat ist ein sorgender Staat [115]. Aus allen diesen Gründen ist ein weiteres ›geduldiges Ausharren‹ für große Teile der Bevölkerung keine Option für den Umgang mit Epidemien mehr. Stattdessen wird vom Staat gefordert, die Gesundheit der Bevölkerung aktiv zu schützen.

Diese Einstellung gegenüber Gesundheitsrisiken und der Rolle des Staats ist weit verbreitet, sie wird aber nicht von der gesamten Bevölkerung geteilt und sie bezieht sich auch nicht auf alle Krankheiten, nicht einmal auf alle Infektionserkrankungen. Eine erstaunliche Beobachtung ist in diesem Zusammenhang die Tolerierung sowie die geringe Medienaufmerksamkeit gegenüber vielen Todesfällen durch die saisonale Virusgrippe. Die saisonale Influenza unterscheidet sich von der epidemischen bzw. pandemischen Influenza dadurch, dass sie in der Regel während der Wintermonate auftritt, dass viele Menschen eine gewisse Immunität aus früheren Infektionen erworben haben und dass zumeist ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht. Dennoch kommt es zu zahlreichen Todesfällen, es sind weltweit pro Jahr ungefähr 500.000 Sterbefälle [116, 117]. In der Schweiz sind es jährlich mehrere hundert Todesfälle [118], in Deutschland mehrere Tausend. In besonders betroffenen Jahren werden für Deutschland circa 20.000 Sterbefälle aufgrund der saisonalen Influenza geschätzt [119]. Im Kapitel 3 wird ausführlicher auf diese Zahlen im Zusammenhang des Vergleichs zwischen der Coronavirus-Pandemie und der Grippe eingegangen.

Wo die Ursachen für die geringe Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und in den Medien liegen, darüber kann nur spekuliert werden. Der Neuigkeitswert dieser immer wiederkehrenden Entwicklungen ist sicher nicht sonderlich hoch und auch die Einstellung gegenüber der Grippeimpfung ist in Teilen der Bevölkerung bekanntermaßen skeptisch bis ablehnend. Gemäß den letzten verfügbaren Angaben des schweizerischen Bundesamts für Gesundheit waren weniger als 8 Prozent aller Grippeverdachtsfälle in der Saison 2018/2019 geimpft und auch bei den Risikogruppen, für die eine Impfung dringend empfohlen wird, waren es lediglich zwischen 30 und 40 Prozent [120]. Die oben angesprochene Autonomie bei gesundheitlichen Entscheidungen ist nicht immer gesundheitsförderlich, wie diese Zahlen nahelegen.

2.7 Schlussfolgerungen – Die Vorgeschichte des Lockdowns

Aus dieser stark verkürzten Darstellung der Vorgeschichte der Coronavirus-Pandemie lassen sich folgende Aspekte identifizieren, die für die Ereignisse im Jahr 2020 von Bedeutung sind. Grundsätzlich hat sich die gesamte Herangehensweise an Epidemien und Pandemien im globalen Norden seit der Mitte des letzten Jahrhunderts drastisch verändert. Während in den ersten Jahrzehnten nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs Epidemien von der Bevölkerung gleichsam klaglos hingenommen wurden und auch von der Politik und der Wissenschaft nur wenige Anstrengungen zur Bekämpfung unternommen wurden, änderte sich dies spätestens seit der AIDS-Epidemie und dem SARS-Ausbruch.

Die wichtigsten Interventionen waren neben der Impfung nicht-pharmakologischer Art. Seit Mitte der 2000er-Jahre lagen die Konzepte für das, was heute als Lockdown bekannt ist, vor. Diesen Entwicklungen zum Trotz kann die Vorbereitung sowie die Pandemieplanung in nahezu allen Ländern des globalen Nordens als unzureichend angesehen werden. Typischerweise folgte der Sorge und Panik während einer Epidemie wenig später eine Phase der Vernachlässigung [121]. Hinzu kamen in vielen Ländern finanzielle Restriktionen nach der Rezession durch die Finanzkrise der Jahre 2007/2008. Die verfügbaren Möglichkeiten für die Bewältigung einer Pandemie, wie wir sie dann erlebt haben, erscheinen im Nachhinein recht begrenzt gewesen zu sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn man der Gesundheit der Bevölkerung einen großen Stellenwert einräumt, wie es der Fall war. Der Lockdown war eine

sehr naheliegende Option, zumal sie in Wuhan und anderen Regionen Chinas im Januar 2020 erfolgreich umgesetzt worden war.