

SCHWERPUNKT ZUR CORONA-PANDEMIE II

Bettina Hitzer

Die Geschichte vor Corona: Erinnerung, Erfahrung und Emotion¹

Als es in Deutschland mitten im Frühjahr 2020 plötzlich ungeahnt still auf den Straßen wurde, weil strenge Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen in Kraft traten, ließen sich schon bald erste Expertenstimmen aus dem Homeoffice vernehmen, die das Geschehen einzuordnen versuchten. Nicht überraschend benannten viele diesen Moment des von einem Virus verursachten *Shutdowns* als Zäsur, gar als »weltgeschichtliche Zäsur«, wie es der Kasseler Soziologe Heinz Bude in einem viel zitierten *Tagesspiegel*-Interview ausdrückte.² Auch der Potsdamer Historiker Martin Sabrow beschrieb die unmittelbare Reaktion auf das Auftreten des Virus als »Schock des Unerhörten«, der durchaus vorhandene Kontinuitäten zeitweise überdeckt habe.³ Die meisten Medizinhistorikerinnen und -historiker wiesen nachdrücklich auf solche Kontinuitäten hin. Die »Corona-Krise« füge sich ein in eine Abfolge von Pandemien, die bis nah an unsere Gegenwart heranreicht – eine Erkenntnis, die der Londoner Historiker Mark Honigsbaum bereits im Jahr vor Corona mit seinem Buch *The Pandemic Century* zum Ausdruck gebracht hatte (dem er 2020 ein neues Kapitel hinzufügte).⁴

Ähnlich weit klafften zu Beginn der Pandemie die Reaktionen aus Virologie, Epidemiologie und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einerseits, der breiten Bevölkerung andererseits auseinander: Die einen hatten eine Pandemie wie die gegenwärtige seit langem erwartet, die anderen nahmen nun erst zur Kenntnis, dass Pandemien seit geraumer Zeit in den Katastrophenszenarien nationaler und internationaler Notfallpläne vorkommen. Bisher ist der gesundheitliche Katastrophenfall in Deutschland ausgeblieben. Dennoch prognostizieren viele, dass die »Welt nach Corona« eine andere sein wird.⁵ Ob diese Welt solidarischer und rücksichtsvoller sein wird, ob sich soziale Ungleichheiten vertiefen und Globalisierungsformen verändern werden oder ob gravierende Gesundheitsnotstände wie etwa die Malariabekämpfung im Globalen Süden durch den Fokus auf die sogenannten *new emerging diseases* nachhaltig in den Hintergrund gedrängt werden,

1 Für wertvolle Hinweise und Anregungen danke ich den anonymen Gutachterinnen und Gutachtern ebenso wie Claudia Czingon von der Redaktion des *Leviathan*.

2 »Verwundbarkeit macht solidarisch«. Interview von Christian Schröder mit Heinz Bude, in *Der Tagesspiegel* vom 20. April 2020. www.tagesspiegel.de/kultur/soziologe-bude-ueber-corona-folgen-fuer-die-gesellschaft-verwundbarkeit-macht-solidarisch/25757924.html (Zugriff vom 15.09.2020).

3 Sabrow 2020.

4 Honigsbaum 2019; Honigsbaum 2020.

5 So etwa der Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier in seiner Fernsehansprache zum Osterfest am 11. April 2020.

bleibt in den Vorhersagen umstritten – nicht zuletzt, weil diese Zukunft durch die Entscheidungen der Gegenwart noch verändert werden kann. Viel wird davon abhängen, wie die Entstehung und die Maßnahmen der »Corona-Krise« beurteilt werden. Hierfür ist es wichtig, zu verstehen, warum die Erkenntnis, von einer neuartigen Infektionskrankheit ernsthaft bedroht zu sein, für viele in Europa einem Schock gleichkam und warum die Reaktionen von Angst über Verunsicherung bis hin zu wütender Negation reichten. Ebenso wichtig ist es aber auch, zu erklären, warum Verantwortliche der WHO ebenso wie nationaler Regierungen im Globalen Norden nach einigem Zögern zu derart einschneidenden Maßnahmen gegriffen haben – und dies in deutlichem Kontrast zu den Reaktionen auf andere Pandemien der letzten 75 Jahre.

Aus historischer Perspektive spielen hier zwei Gesichtspunkte eine bedeutende Rolle: *erstens* das Zusammenspiel von Erinnerung, Zukunftserwartung und den jeweils zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Beobachtungsinstrumenten sowie *zweitens* die Erfahrungs- und Emotionsgeschichte von Krankheit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Während sich der erste Punkt überwiegend auf Reaktionen aus Politik und Wissenschaft bezieht, geht es im zweiten Teil stärker um die Alltagserfahrung der Menschen. Der Fokus liegt auf Deutschland, dessen Geschichte allerdings ohne Bezug zur Geschichte internationaler Organisationen auf dem Feld der globalen Gesundheitssicherheit nicht adäquat zu verstehen ist. Trends in anderen europäischen Ländern oder in den USA werden vergleichend einbezogen, um deutlich zu machen, inwiefern sich die deutsche Geschichte in größere Zusammenhänge einordnen lässt.

1. Erinnerung, Beobachtung und Erwartung: Koordinaten der Seuchenbekämpfung

Ob Regierungen, Verwaltungen und Gesellschaften Krankheiten als Bedrohung einschätzen, ob und wie sie darauf reagieren, steht in keinem direkten Verhältnis zur Zahl der Infizierten oder Gestorbenen. Cholera etwa gilt in Europa als *die* Krankheit des 19. Jahrhunderts, weil sie wie keine andere Gesellschaften in Angst und Aufruhr versetzte, Zeitungsnachrichten dominierte, Stadtverwaltungen und Länderregierungen zu drastischen Maßnahmen veranlasste und die Medizin jahrelang in zwei Lager spaltete, das der Miasmatiker und das der Kontagionisten.⁶ Dennoch stand sie weder an erster Stelle zeitgenössischer Todesursachenstatistiken, noch reicht die Zahl ihrer Opfer rückblickend auch nur annähernd an diejenige des »gemeinen Durchfalls« heran, an dem zur gleichen Zeit mancherorts

6 Anhänger der Miasmentheorie waren überzeugt, dass Infektionskrankheiten durch Ausdünstungen und üble Gerüche aus Boden und Wasser (»Miasmen«) übertragen werden. Die Kontagionisten vertraten demgegenüber die Ansicht, dass Menschen durch Ansteckung mit Krankheitskeimen infiziert werden. Während der Choleraepidemie in Hamburg 1892 standen sich in dieser Frage Max Pettenkofer als Miasmatiker und Robert Koch als Vertreter der Kontagionisten gegenüber.

jedes zweite Kind vor seinem ersten Geburtstag verstarb.⁷ Für dieses Missverhältnis zwischen öffentlicher Wahrnehmung und statistisch nachvollziehbarer Gefahr hat Alfons Labisch den Begriff der »skandalisierten Krankheit« geprägt und damit den Blick auf Faktoren jenseits der Epidemiologie gelenkt, die eine Krankheit in den Mittelpunkt öffentlicher Aufmerksamkeit rücken.⁸ Dazu gehört etwa die Art und Weise, wie die Krankheit den Körper der Infizierten zeichnet und deren Tod herbeiführt, oder auch welche Möglichkeiten sie bietet, »Schuldige« in bereits zuvor marginalisierten Gruppen inner- oder außerhalb nationaler Gesellschaften zu finden. Die »Skandalisierung« einer Krankheit übt Druck auf Gesundheitssysteme aus und kann Entscheidungen in Politik und Verwaltung beeinflussen. Sie kann zudem ihrerseits zu gesundheitlichen Belastungen wie etwa Angststörungen führen, die biologisch nicht in direktem Zusammenhang zu der Krankheit selbst stehen. Darauf verweist der Begriff der »emotionalen Epidemiologie«.⁹

Im Hinblick auf den historischen Hintergrund der gegenwärtigen Corona-Pandemie drängt sich zunächst jedoch eher eine Frage mit umgekehrten Vorzeichen auf: Warum wurden die Pandemien des 20. Jahrhunderts in der europäischen Öffentlichkeit nur vergleichsweise wenig beachtet? Warum ist das Thema Pandemie seit etwa 30 Jahren, also bereits vor Corona, immer stärker in den Fokus gerückt, und inwiefern beeinflusste diese Vorgeschichte die Reaktionen im Frühjahr 2020?

Warum vergessen? Die »Mutter aller Pandemien« und die Jahre 1918–20

Die sogenannte Spanische Grippe von 1918–20 wurde von Virologie und Epidemiologie im Rückblick auf das 20. Jahrhundert zur »Mutter aller Pandemien« erklärt.¹⁰ Diesen zweifelhaften Ruf erwarb sie sich aus zwei Gründen: Ihr fielen in nur zwei Jahren zwischen 50 und 100 Millionen Menschen weltweit zum Opfer – mehr als in jeder anderen Pandemie zuvor oder danach in einer derart kurzen Zeitspanne. Zweitens wurde sie durch ein Virus hervorgerufen, das durch eine Rekombination von Viren aus tierischen und menschlichen Wirten entstanden war. Damit wies die Grippe von 1918–20 auf eine Gefahr hin, die seit Anfang der 1990er Jahre unter dem Begriff der *(re-)emerging infectious diseases* gefasst wurde.¹¹ Doch beides war eine späte Entdeckung – die längste Zeit des 20. Jahrhunderts erinnerten sich nur wenige in Europa und den USA seiner »pandemischen Urkatastrophe«, der Alfred W. Crosby 1976 ein Buch widmete, das er 1989 unter dem Titel *America's Forgotten Pandemic* neu herausgab.¹²

⁷ Darauf haben anlässlich der Corona-Pandemie Alfons Labisch und Heiner Fangerau erneut hingewiesen: Fangerau, Labisch 2020, S. 38–41.

⁸ Labisch 2005.

⁹ Ofri 2009.

¹⁰ Taubenberger, Morens 2005.

¹¹ Harrison 2017, S. 137.

¹² Zitat nach Rengeling 2017, S. 411. Vgl. Crosby 1976; Crosby 1989.

Dieses weitgehende Vergessen hat viele Gründe. Einige reichen bis in die Zeit des Geschehens selbst zurück. In Deutschland wie in vielen anderen kriegsführenden Staaten Europas verhinderte zunächst die Kriegszensur, dass die Presse über die gehäuft auftretenden Grippefälle berichtete. Doch auch als die Zeitungen Ende Juni 1918 über die Krankheitsfälle zu schreiben begannen, war der Ton eher beruhigend. Die Nachricht von der Grippe schaffte es selbst auf dem Höhepunkt der zweiten Grippewelle im Oktober/November 1918 nicht auf die Titelseiten deutscher Zeitungen.¹³ Dies entsprach zum einen dem an die Presse herangetragenen Wunsch der Politik, die Bevölkerung in einer Situation zunächst militärischer, dann politischer Instabilität nicht in Angst und Panik zu versetzen. Denn nach Einschätzung des Reichsgesundheitsrates gab es gegen diese Krankheit weder ein wirksames Heilmittel noch adäquate präventive Schutzmaßnahmen.¹⁴ Zum anderen spiegelte diese Form der Berichterstattung offenbar durchaus eine in der Bevölkerung weit verbreitete Einschätzung wider, dass die Grippe zu diesem Zeitpunkt nur eine Bedrohung unter vielen anderen darstellte, die hinzunehmen war, weil sie sowieso nicht verhindert werden konnte.¹⁵

Hinzu kam, dass die Zahl der Infizierten regional stark variierte und es in der Situation des Kriegsendes, der Revolution und des umkämpften Neuanfangs kaum gelang, einen Überblick über die Gesamtzahl der Grippeopfer zu bekommen.¹⁶ In Deutschland fand die Grippe von 1918–20 so gar nicht erst Eingang in das kollektive Gedächtnis¹⁷ und wurde bis heute in den bekannten Gesamtdarstellungen zur deutschen Geschichte fast ausnahmslos übergangen.¹⁸ Ähnliches lässt sich für viele andere Länder der westlichen Welt feststellen.¹⁹

Etwas anders sah es dagegen in den USA, insbesondere im amerikanischen Militär, sowie auf der Ebene der internationalen Organisationen aus. Die Verhinderung von Pandemien stand im Mittelpunkt der Aktivitäten der Gesundheitsorganisation des Völkerbunds. Die US-Armee baute unter der Ägide des Leiters der obersten US-Gesundheitsbehörde (Office Surgeon General) ein medizinisches Informations- und Überwachungssystem auf und etablierte 1941 noch vor Eintritt in den Zweiten Weltkrieg eine Grippe-Kommission, deren Aufgabe unter anderem die Entwicklung eines Grippe-Impfstoffs war. Die Erinnerung an die Spanische

13 Michels 2010, S. 10 f., 22.

14 Ebd., S. 11 f.

15 Ebd., S. 22–24; sowie auch im Hinblick auf Frankreich: Hieronimus 2006, S. 86–89.

16 Witte 2006, S. 317–334.

17 Gemeint ist hier sowohl das kommunikative Gedächtnis (als mündlich innerhalb einer Gruppe tradierte Erinnerungen) als auch das kulturelle Gedächtnis (als in kulturellen Erzeugnissen tradierte Erinnerungen), um die Unterscheidung Jan Assmanns aufzugreifen; Assmann 1988. Aleida Assmann hat zu Recht darauf hingewiesen, dass das Vergessen insbesondere für das kulturelle Gedächtnis von Bedeutung ist. Im hier vorliegenden Fall sind vor allem die von Assmann benannten Akte des Verbergens, Schweigens und Ignorierens dafür verantwortlich; vgl. Assmann 2016, S. 22–25.

18 Rengeling 2017, S. 20.

19 Witte 2008, S. 95–96.

Grippe stand hier als Mahnung im Hintergrund.²⁰ Denn in den USA hatte die Pandemie bereits 1918–20 deutlich mehr mediale Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Ein Grund dafür war, dass der Krieg nicht auf dem Territorium der USA stattfand und die Grippeototen ebenso wie die schwer Erkrankten deshalb »sichtbarer« waren. Zudem hatten einige amerikanische Städte anders als deutsche weitgehende Einschränkungen des öffentlichen Lebens durchgesetzt, um die Verbreitung der Grippe einzudämmen.²¹ Das Militär schenkte den Grippeerkrankungen frühzeitig Aufmerksamkeit, weil die ersten Fälle in Kasernen im amerikanischen Homeland auftraten und sich unter den dortigen beengten Lebensverhältnissen rasend schnell verbreiteten.²² Abseits der Schlachtfelder des Ersten Weltkriegs konnten die Militärärzte die Grippefälle mit ihren schockierenden Auswirkungen auf die Lunge junger durchtrainierter Männer in ganz anderer Weise erforschen und kamen so auch frühzeitig zu dem Schluss, dass der Erreger – anders als die in der deutschen Medizin verbreitete Annahme – nicht das *Bacillus influenzae*, sondern ein noch unbekannter, unter den damaligen Mikroskopen nicht sichtbarer Erreger, ein Virus, sein müsse.²³

So blieb die Erinnerung an die Grippepandemie von 1918–20 besonders in den Kreisen des amerikanischen Militärs wach – anders als der Titel von Crosbys 1976 erstmals veröffentlichtem Buch suggeriert. Dies zeigte sich vor allem in eben diesem Jahr 1976, als sich erneut eine Grippe in einer amerikanischen Kaserne ausbreitete. Mittlerweile war nicht nur das Grippevirus entdeckt worden (1933), sondern es wurde spekuliert, dass die Grippe von 1918–20 deshalb besonders tödlich verlaufen sei, weil sie auf ein in einem tierischen Wirt endemisches Virus zurückgehe. Da die »New-Jersey«-Grippe von 1976 durch ein Schweinegrippevirus vom Typ A/H1N1 ausgelöst wurde, entschied die Regierung Ford sehr schnell, ein nationales Impfprogramm zuvor ungekannten Ausmaßes in Gang zu setzen. 40 Millionen Amerikaner wurden geimpft. Die Grippe blieb allerdings vergleichsweise harmlos, und das Impfprogramm wurde scharf kritisiert – nicht nur weil sich die Bedrohung als geringer herausstellte als angenommen, sondern weil der Impfstoff überstürzt entwickelt worden war und viele Nebenwirkungen auftraten. Ob er tatsächlich ursächlich für eine in dieser Zeit auftretende Häufung von Erkrankungen am Guillain-Barré-Syndrom²⁴ war, ist bis heute umstritten.²⁵

20 Harrison 2017, S. 135.

21 Honigsbaum 2020, S. 48–51.

22 Ebd., S. 24–35.

23 Ebd., S. 35–46.

24 Das Guillain-Barré-Syndrom ist eine neurologische Erkrankung, die zu Schwäche und Lähmungserscheinungen führt, die typischerweise in den Beinen beginnen und dann über den Rumpf und die Arme bis zum Kopf fortschreiten und durch Lähmung der Atemmuskulatur lebensbedrohlich werden können. Nach etwa vier Wochen bilden sich die Lähmungserscheinungen langsam zurück. Manchmal bleiben jedoch gewisse Ausfälle zurück.

25 Harrison 2017, S. 135–136; Witte 2008, S. 81–92.

Grippemanagement 1957/58 und 1968–70

Dieser Fehlschlag wurde in der Bundesrepublik und in anderen westeuropäischen Ländern wahrgenommen und öffentlich diskutiert. Er verstärkte die Skepsis derjenigen, die in der Grippe keine außergewöhnliche Bedrohung erkannten und dementsprechend keine Maßnahmen seitens des Staates angezeigt sahen.²⁶ Eine solche Haltung des »geduldigen Ausharrens« angesichts der Grippe hatte bereits die Position der Bundesregierung während der beiden vorangegangenen Grippepandemien der Jahre 1957/58 und 1968–70 bestimmt, wie der Historiker David Rengeling minutiös nachgezeichnet hat.²⁷ Hier zeigt sich besonders deutlich, wie Erinnerung, Zukunftserwartung und die Möglichkeiten epidemiologischer Beobachtung im Zusammenspiel mit emotionalen und gesellschaftshistorischen Faktoren sowohl die politische als auch die mediale Reaktion prägten. Denn beide Pandemien, die nach heutiger Berechnung in der Bundesrepublik jeweils 30.000-40.000 Tote forderten, zogen keine nennenswerten gesundheitspolitischen Maßnahmen nach sich. Die Medien berichteten nur wenig über die Krankheitsfälle und wenn, dann zumeist in beruhigendem Ton.²⁸ Wenig anders sahen die Reaktionen in Frankreich und Großbritannien aus.²⁹

Eine Erklärung dafür ist schlicht und einfach, dass der Gesundheitspolitik der Überblick über das tatsächliche Ausmaß der Grippepandemien fehlte. Dies trifft insbesondere für die Bundesrepublik zu, in der das föderale System die Datenerhebung erschwerte. Erst zwei Monate, nachdem der Bundesinnenminister vom Generaldirektor der WHO telegrafisch gewarnt und ihm die Anschaffung von Impfstoffen empfohlen worden war, wies er die obersten Landesgesundheitsbehörden an, zwei Mal monatlich die Zahl der Grippekranken zu melden. Doch kaum eine Landesgesundheitsbehörde kam dieser Aufforderung regelmäßig nach.³⁰ Zudem zählte das Bundesgesundheitsamt nur solche Todesfälle als Grippesterblichkeit, für die ein positiver Labortest vorlag. Angesichts geringer Testraten gab es damit laut Bundesgesundheitsamt sowohl 1957/58 als auch 1968–70 nur wenig mehr als 200 Tote.³¹ Das Bundesgesundheitsamt beharrte auf dieser Praxis, obwohl dies vor allem 1968–70 von ärztlicher Seite massiv kritisiert und die Einbeziehung der Übersterblichkeit gefordert wurde.³² Diese Zählweise erlaubte es der Bundesregierung zu behaupten, es gebe keine Grippepandemie auf bundesdeutschem Boden –

26 Rengeling 2017, S. 275–276.

27 Ebd., S. 134–162, 185–235.

28 Zwar wurde 1968–70 das Risiko deutlicher herausgestellt, aber zugleich Impfung als erfolgversprechender Schutz von den Medien dargestellt; vgl. Rengeling 2017, S. 173–178, 244–249; Hitzer 2014, S. 143–145.

29 »Grippe des Hongkong: pourquoi on l'a tous oubliée«, in *Podcast Le Monde*. www.lemonde.fr/podcasts/article/2020/05/09/grippe-de-hongkong-en-1968-pourquoi-on-l-a-tous-oubliee_6039185_5463015.html (Zugriff vom 02.10.2020); Honigsbaum 2020.

30 Rengeling 2017, S. 146, 148.

31 Ebd., S. 417.

32 Ebd.

auch wenn zeitgleich Krankenhäuser zum Jahreswechsel 1969/70 von »noch nie dagewesenen Verhältnissen« berichteten.³³

Hinter dieser Weigerung, die epidemiologische Datenerhebung zu überdenken, stand offenbar die Überzeugung, die Grippe sei in der Regel eher harmlos. Hier spielte die Erinnerung an die »Spanische Grippe« eine Rolle. Sie war zwar keineswegs vollkommen vergessen – selbst manche Zeitungen und Zeitschriften zogen sie als Vergleichsfall heran –, aber die Erinnerung entbehrt jeder Dramatik.³⁴ Es gab weder Bilder noch konkrete Schilderungen, sondern lediglich Zahlen über Tote weltweit, die zudem weit unter den heutigen Schätzungen lagen, weil noch keine Daten über damalige Kolonialgebiete vorlagen, die wie etwa Indien zu den 1918–20 am schwersten getroffenen Gebieten gehört hatten.³⁵ Zudem wurde angenommen, dass die »Spanische Grippe« nur unter den katastrophalen Bedingungen des Kriegsendes derart schwer verlaufen war. Sie galt also als Sonderfall in der Pandemiegeschichte, der die Zukunftserwartung einschloss, dass weitere Pandemien dieser Art nicht zu befürchten seien. Im Gegenteil: Der Vergleich wirkte eher beruhigend, weil viele Mediziner und Medizinerinnen annahmen, dass ältere Generationen durch die »Spanische Grippe« gegenüber weiteren Grippepandemien immun sein könnten.³⁶ Dementsprechend erhielten die medizinische Forschung zur Grippe ebenso wie die Virologie nur langsam einen höheren Stellenwert in der Bundesrepublik.³⁷

Hinzu kam, dass Gesundheitsbehörden ebenso wie viele Ärztinnen und Ärzte skeptisch gegenüber den therapeutischen Optionen waren. Der Intensivmedizin standen weitaus weniger Möglichkeiten als heute zur Verfügung, die Beatmungstechnik war erst rudimentär entwickelt. Insofern erschien es wenig sinnvoll, Quarantänemaßnahmen anzuordnen, um eine Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern, denn Grippekranken wurde sowieso mangels effektiver Alternativen geraten, sich zuhause in die Obhut von Hausärztin oder -arzt zu begeben.³⁸ Kontroverser wurden dagegen Impfungen diskutiert, die in angelsächsischen Ländern, insbesondere in den USA, bereits 1957 teilweise zur Anwendung kamen.³⁹ In der Bundesrepublik war dagegen die Skepsis gegenüber der Effektivität und Sicherheit einer Grippeimpfung groß.⁴⁰ Angesichts des eher als gering eingeschätzten Gefahrenpotenzials der Grippe und ungenügender Produktionskapazitäten fiel die Ent-

33 Zitiert nach ebd., S. 211.

34 Vgl. zum Beispiel »Viren aus Singapur«, in *Der Spiegel* 27 vom 3. Juli 1957, S. 46–47.

35 Die Zahlen wurden erst in den 1990er Jahren einbezogen; vgl. Rengeling 2017, S. 305.

36 Ebd., S. 411.

37 Ebd., S. 137–141.

38 Honigsbaum 2020, S. 1826.

39 In Großbritannien stand der Impfstoff 1957 erst spät zur Verfügung; vgl. Honigsbaum 2020, S. 1826.

40 Zur Impfskepsis vgl. Thießen 2017, S. 215–227.

scheidung gegen eine allgemeine Impfempfehlung 1968–70 auch deshalb, weil eine Haftungspflicht für mögliche Impfschäden ausgeschlossen werden sollte.⁴¹

In dieser Hinsicht vertraten die Publikumsmedien fast übereinstimmend eine etwas andere Position, ohne dass dies als Kritik an der Regierungspolitik formuliert worden wäre: Denn in vielen Zeitungen und Zeitschriften wurde die Grippe-schutzimpfung bereits 1957 als vielversprechender Schutz genannt.⁴² 1968–70 schließlich warben viele Zeitungsartikel offensiv für eine Impfung.⁴³ Mit ihrer grundsätzlich zurückhaltenden Berichterstattung hielten sich die Publikumsmedien jedoch an die von der Bundesregierung und vom Bundesgesundheitsamt vorgegebene Strategie, zu beruhigen, keine Angst zu schüren und auch über in der Bevölkerung verbreitete Ängste nicht zu berichten. Denn es gab durchaus besorgte Bürgerinnen und Bürger, die durch Nachrichten über die in Asien und auch im europäischen Ausland grassierende Grippe beunruhigt waren und sich hilfesuchend an die Gesundheitsbehörden wandten. Wenn sie jedoch aus den Ministerien oder von den Gesundheitsämtern überhaupt Antwort erhielten, wurde in den Schreiben meist rundweg bestritten, dass eine Grippepandemie kursiere.⁴⁴

Die politische Reaktion ebenso wie die Presseberichterstattung verweisen somit auch auf ein zeitspezifisches Emotionsregime, das weit über das Grippe-management hinaus Gültigkeit hatte: Das Reden über Angst, Risiken und Grenzen des Wissens sollte keinen Platz im öffentlichen Raum haben, insbesondere dann nicht, wenn es um innenpolitische Fragen sowie die Gesundheit und Sicherheit der Menschen ging.⁴⁵ Anders sah es dagegen im Hinblick auf außenpolitische Themen wie etwa den im Herbst 1957 medial alles dominierenden Sputnik-Schock aus.⁴⁶ Hier spielte Angst im Rahmen eines fein austarierten politischen Emotionsmanagements durchaus eine Rolle.⁴⁷

Doch nicht nur das öffentlich wirksame Angstregime unterschied sich vom heutigen. Auch die emotionale Haltung gegenüber dem (vorzeitigen) Tod durch Krankheit war eine andere. Infektionskrankheiten wie Typhus und Diphtherie hatten in den ersten Nachkriegsjahren viele Opfer gefordert. Das Jahr 1952 war

41 Rengeling 2017, S. 152–153, 217.

42 Vgl. zum Beispiel »Viren aus Singapur«, in *Der Spiegel* 27 vom 3. Juli 1957, S. 46–47.

43 Vgl. zum Beispiel »Schuß mit atü«, in *Der Spiegel* 7 vom 12. Februar 1968, S. 116–118; »Herr Meier kommt nicht. Er hat Grippe«, in *Stern* 46 vom 17. November 1968, S. 190–198, hier S. 193. Ähnlich auch Rengeling 2017, S. 244–246.

44 Rengeling 2017, S. 144, 194–195.

45 Biess 2020, S. 5. Eine gewisse Parallele findet sich auch im politischen wie medialen Umgang mit Korruption in der frühen Bundesrepublik, über die nur sehr zurückhaltend und »sachlich« berichtet wurde; vgl. Engels 2019, S. 25–43.

46 Honigsbaum 2020, S. 1826.

47 Frank Biess verweist auf ein »sorgfältig kalibriertes Gleichgewicht der Angst« (Biess 2019, S. 132) im Kalten Krieg. Demzufolge habe die Regierung Adenauer einerseits versucht, Angst vor dem Kommunismus zu mobilisieren, andererseits war sie bemüht, in der Bevölkerung verbreitete Ängste vor einem Atomkrieg durch die umfangreichen Sicherheitsversprechen der Zivilschutzkampagnen auszuräumen. Vgl. ebd., S. 117–153.

das schlimmste Jahr einer länger dauernden Polio-Epidemie in der Bundesrepublik: Mehr als 9.000 Menschen erkrankten, viele blieben teilweise gelähmt, weit über 700 Menschen starben, darunter viele Kinder.⁴⁸ Der wesentliche Unterschied zu heute liegt aber nicht darin, dass die Menschen um die Verstorbenen weniger getrauert hätten, sondern darin, dass dieses Schicksal eher als nicht verhinderbar akzeptiert wurde.

Diese andere Wahrnehmung steht in enger Beziehung zur Geschichte von Prävention und Sicherheitskonzepten. Dies zeigt der Blick auf die DDR, in der Prophylaxe zum Staatsverständnis gehörte. Dementsprechend war die Regierung während der Grippepandemie 1968–70 frühzeitig um die Beschaffung von Impfstoffen bemüht und nahm die Ängste der besorgten Bürgerschaft ernster.⁴⁹ Bestätigung findet dies zudem durch den zeitgenössischen bundesdeutschen Umgang mit andersgearteten Gefahren für Leib und Leben. Ob es um die große Zahl an Verkehrstoten ging oder um die durch das Rauchen verursachten Gesundheitsschäden: Beides wurde in den 1950er und 1960er Jahren von der Bevölkerung hingenommen, ohne dass Forderungen an die Politik gestellt worden wären, Rahmenbedingungen entsprechend zu ändern – und ebenso ohne die Bereitschaft, das eigene Verhalten zu ändern.⁵⁰ Auch wenn die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bereits Ende der 1960er Jahre Aufklärungsfilme zur Rauchprävention drehte, setzte sich eine Umdefinition dieser Gefahren zu vermeidbaren Risiken im Rahmen einer weitreichenden Versicherheitlichung vieler Gesellschaftsbereiche erst in den 1970er Jahren langsam durch. In diesem Prozess änderten sich Erwartungen an den Staat, der nun immer umfassender als Garant für eine zunehmend breiter verstandene Sicherheit angesehen wurde.⁵¹ Im medizinischen Bereich gewann zunächst die Prävention von Krankheiten, seit den 1980er Jahren schließlich auch die Gesundheitsförderung größeres Gewicht. Eine staatliche Haltung des »geduldigen Ausharrens« (Rengeling) erschien vor diesem Hintergrund immer weniger angemessen.

»New emerging diseases« und der Aufstieg einer Logik der »Preparedness«

Diese Entwicklungen trafen seit den 1990er Jahren auf einen vollkommen veränderten Erwartungshorizont in punkto Pandemie. Die 1948 gegründete Weltgesundheitsorganisation hatte sich in den 1950er und 1960er Jahren auf die Bekämpfung ausgewählter und seit langem verbreiteter Infektionskrankheiten konzentriert. Zu ihren ambitioniertesten Projekten zählte die 1955 gestartete Kampagne zur weltweiten Ausrottung der Malaria sowie die von 1967 bis 1980 erfolgreich durchgeführte globale Kampagne zur Ausrottung der Pocken.⁵² Beides hatte den Optimismus genährt, Infektionskrankheiten könnten langfristig besiegt

48 Lindner 2004, S. 221–282.

49 Rengeling 2017, S. 220–222, 226.

50 Vgl. zum Umgang mit den Verkehrstoten Zeller 2019.

51 Vgl. Hannig 2014.

52 Zimmer 2020.

werden. Pandemien galten in dieser Zeit weder als besonderes Sicherheitsrisiko, noch rechnete jemand ernsthaft damit, dass neue Infektionskrankheiten auftreten könnten.⁵³

Dies begann sich mit den ersten AIDS-Fällen in den frühen 1980er Jahren zu ändern. Zunächst allerdings nicht aus Sicht der WHO, die AIDS für ein genuin westliches Problem hielt und sich dementsprechend für nicht zuständig erklärte.⁵⁴ Anders dagegen die damals noch junge Disziplin der Virologie: Hier führte das Auftreten des HI-Virus zu der Erkenntnis, dass in einer globalisierten Welt jederzeit mit neuen Infektionskrankheiten zu rechnen sei, die schnell pandemische Ausmaße annehmen könnten. Bereits 1989 richtete das amerikanische National Institute of Allergy and Infectious Diseases zusammen mit anderen Forschungsinstitutionen eine große Tagung zum Thema »Neu entstehende virale Erreger« aus. Um einen Überblick über das Ausmaß dieser neu identifizierten Gefahr zu bekommen, wurde anschließend eine Forschungsgruppe unter Leitung des Molekularbiologen Joshua Lederberg vom Institute of Medicine der amerikanischen nationalen Akademie der Wissenschaften etabliert, die 1992 eine umfassende Studie vorlegte.⁵⁵ 1996 schloss sich auch die WHO der Annahme an, neu entstehende Infektionskrankheiten bedrohten die Gesundheit und Sicherheit der Welt. Hiroshi Nokojima, damaliger Generaldirektor der WHO, leitete seinen Jahresbericht 1996 mit der Botschaft ein, dass die Welt »am Rande einer globalen Krise durch Infektionskrankheiten« stehe, einer Bedrohung, vor der kein Staat dieser Welt gefeit sei.⁵⁶

Ebenfalls im Jahr 1996 gelang es einer Forschungsgruppe um den amerikanischen Virologen Jeffrey K. Taubenberger, erste Sequenzen vom Virus der »Spanischen Grippe« zu identifizieren.⁵⁷ Die Ergebnisse bestätigten die vorherige Annahme, dass das Virus wie das HI-Virus eine Zoonose war. Mit diesem Befund veränderten sich Erinnerung und Zukunftserwartung endgültig: Die Pandemie von 1918–20 galt nun nicht mehr als Sonderfall, sondern als Menetekel einer drohenden pandemischen Zukunft. Denn nicht mehr die Ausnahmesituation des Krieges erklärte ihre außergewöhnliche Letalität, sondern ihre zoonotische Herkunft – und Virologie wie Epidemiologie waren bereits damals überzeugt, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten und die pandemische Verbreitung zuvor unbekannter Zoonosen mit der immer weiter voranschreitenden Globalisierung und der sie begleitenden Umweltzerstörung stieg.⁵⁸ 1997, nur ein Jahr später, schienen sich die schlimmsten Befürchtungen zu bestätigen: In Hongkong infizierten sich Menschen mit dem neuartigen Vogelgrippevirus A/H5N1, das eine hohe

53 Harrison 2017, S. 136.

54 Zimmer 2017, 369.

55 Lederberg et al. 1992, dort auch zur Tagung von 1989: S. 1.

56 Im Original heißt es: »on the brink of a global crisis in infectious diseases«; vgl. Nokojima 1996, S. V.

57 Taubenberger et al. 1997.

58 Nokojima 1996.

Letalität aufwies: 50 Prozent der Infizierten starben.⁵⁹ Da das Virus allerdings nur von Tier zu Mensch und nicht von Mensch zu Mensch übertragen werden konnte (und bis heute kann), war die Gesamtzahl der Infizierten gering. Die befürchtete Katastrophe blieb aus.

Doch das Thema *new emerging diseases* verschwand nicht mehr von der Agenda internationaler ebenso wie vieler nationaler Gesundheitsorganisationen und -behörden. Die Grippepandemie von 1918–20 fungierte nun als Modell moderner globaler Pandemien, die sich in wenigen Wochen auf der ganzen Welt verbreiten würden. Damit änderte sich allmählich die Logik, nach der globale Gesundheitssicherung verstanden wurde. An die Seite der Prävention trat nun das Konzept der *Preparedness*. Anders als die Prävention, die das Eintreten zukünftiger Schadensereignisse zu verhindern sucht, geht die *Preparedness* davon aus, dass bestimmte Notlagen oder Katastrophen nicht zu verhindern sind, auch wenn weder vorausgesagt werden kann, wann sie eintreten noch ob überhaupt. Um aber auf diesen möglichen katastrophischen Fall reagieren und dessen negative Folgen minimieren zu können, muss vorgesorgt werden: durch eine Stärkung der Resilienz gegenwärtiger Strukturen, durch Vorbereitung möglicher Gegenmaßnahmen sowie durch konstante Überwachung zur frühestmöglichen Erkenntnis des Schadensereignisses.⁶⁰

Dementsprechend verabschiedete die WHO 1999 einen danach immer wieder aktualisierten »Influenza Pandemic Preparedness Plan«, der das Muster für die nationalen Pandemiepläne der Mitgliedstaaten abgeben sollte. Mit diesem Plan wurde ein globales Beobachtungssystem installiert, das gestützt auf von der WHO benannte nationale Referenzlaboratorien und koordiniert von einem Sonderstab Pandemie kontinuierlich Belege für neu auftretende Influenzaviren sammeln und melden sollte.⁶¹ Davon ausgehend definierte die WHO verschiedene Gefährdungsstufen, die wiederum entsprechende vorbereitende Maßnahmen nach sich ziehen sollten, die die nationalen Pandemiepläne in Anlehnung an die Vorgaben der WHO zu definieren hatten. Für die Bundesrepublik wurde ein solcher Plan erstmals 2005 vom Robert-Koch-Institut (RKI) entworfen.⁶²

Ebenfalls 2005 überarbeitete die WHO ihre aus dem Jahr 1969 stammenden »Internationalen Gesundheitsvorschriften« (IGV).⁶³ Mit der 2007 in Kraft getretenen Revision der IGV wurden drei grundlegende Innovationen im Bereich der Globalen Initiative für Gesundheitssicherung vollzogen: Erstens wurde die neue und wesentlich ausgeweitete Beobachtungskategorie der »gesundheitlichen Not-

59 Allerdings gibt es Zweifel, ob die Letalitätsrate tatsächlich so hoch ist oder ob dies nicht ein Effekt der unzureichenden Testrate ist; vgl. Enserink 2011.

60 Vgl. dazu vor allem Andrew Lakoff, der herausgearbeitet hat, wie die Logik der *Preparedness* im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutz entwickelt und in den 1990er Jahren im Bereich *Global Health* übernommen wurde: Lakoff 2017. Siehe dazu zuletzt im Licht der Corona-Pandemie: Bröckling 2020; Mezes, Opitz 2020.

61 WHO 1999, S. 9.

62 RKI 2017, S. 5–6.

63 WHO 2016.

lage von internationaler Tragweite« eingeführt, zweitens der Rückgriff auf nicht-staatliche Informationen zum Auftreten von solchen »gesundheitlichen Notlagen« ermöglicht sowie drittens der Aufbau von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens in allen Mitgliedstaaten bis 2016 gefordert. Damit wurde das globale und auf völkerrechtlich bindenden Beschlüssen beruhende Netzwerk der *Surveillance* bedeutend erweitert. Die Revision der IGV stellt dementsprechend eine der grundlegendsten Änderungen des im Bereich Öffentliche Gesundheit gültigen internationalen Rechts seit dem 19. Jahrhundert dar.⁶⁴ Zudem schrieb sie ein bestimmtes Verständnis der *new emerging diseases* fest. Denn diese wurden hier vorrangig als Mobilitätsproblem verstanden, als Ergebnis eines weltweit zunehmenden Verkehrs von Menschen, Gütern und Dienstleistungen.

Für die Berechnung der Mortalität hatte sich in der Bundesrepublik mittlerweile das Instrument der Exzessmortalität durchgesetzt.⁶⁵ Die im Pandemiefall zu treffenden Maßnahmen wurden in den immer wieder überarbeiteten Pandemieplänen festgelegt. Auf dieser Grundlage baute die länder- und ressortübergreifende Krisenmanagementprüfung (LÜKEX) von 2007 auf, die mit etwa 3.000 Beteiligten erstmals den Pandemiefall probte. Das zugrunde gelegte Szenario einer »mittelschweren Pandemie« ging von circa 27 Millionen Erkrankten aus, von denen 370.000 stationär in Krankenhäusern hätten aufgenommen werden müssen und 102.000 gestorben wären.⁶⁶ Solche Berechnungen stützten sich auf computer-generierte epidemiologische Berechnungen, wie sie zum Beispiel das Programm FluAid 2.0 leistete, eines der ersten Computersimulationsprogramme dieser Art, das im Jahr 2000 von der US-Gesundheitsbehörde (Centers for Disease Control and Prevention) zur Verfügung gestellt worden war.⁶⁷

Die umgedeutete Erinnerung an die »Spanische Grippe« hatte also einen neuen Erwartungshorizont geschaffen, der seinerseits die Instrumente epidemiologischer Beobachtung und Datenerhebung vollkommen veränderte. Das um die Jahrtausendwende in Grundzügen etablierte System der *Preparedness* beruht(e) auf der sicheren Erwartung, *dass* eine globale Pandemie in der näheren Zukunft kommen werde. Daraus resultierte – so der Anthropologe Carlo Caduff – eine Kultur der antizipierten Gefahr, die in den Laboren der Virusforscher ebenso wie in den mit der Pandemieabwehr beschäftigten nationalen und internationalen Organisationen ständig aktualisiert wurde.⁶⁸ Dieses Bewusstsein einer unmittelbar drohenden Gefahr wurde in einer veränderten Politik- und Medienlandschaft, in der die offene Artikulation von Angst und Sorge zum Indikator einer kritischen Haltung geworden war, aufgegriffen und mitgestaltet.⁶⁹ Sachbücher, Romane und Filme thematisierten seit Mitte der 1990er Jahre die Möglichkeit einer »Coming Pla-

64 Fidler 2005, S. 326.

65 Rengeling 2017, S. 420.

66 BMI, BMG 2007, S. 4.

67 Fangerau, Labisch 2020, S. 144.

68 Caduff 2015. Ähnlich auch Lakoff 2017, S. 167.

69 Vgl. unter anderem Biess 2019, S. 308–332, 359–411.

gue«.⁷⁰ Diese schien gekommen, als im November 2002 die ersten Fälle der atypischen Lungenentzündung SARS bekannt wurden. Die Publikumsmedien berichteten zeitweise täglich über die in Asien, später auch in Kanada grassierende Krankheit ebenso wie über die wenigen sofort unter Quarantäne gestellten Fälle in Deutschland.⁷¹ Doch für Europa war SARS bekanntermaßen nicht der gefürchtete Ernstfall.

2009 rief die WHO erneut den Pandemiefall aus: Ein Virus vom Typ A/H1N1 breitete sich von Mexiko aus über die Welt aus – und es bestand aus einer Rekombination verschiedener Schweinegrippeviren, war also ebenfalls eine Zoonose und konnte außerdem von Mensch zu Mensch übertragen werden. Damit wies die »Schweinegrippe« einige der zentralen Merkmale der seit langem erwarteten Pandemie auf, ohne dass allerdings zu diesem Zeitpunkt etwas darauf hindeutete, dass die »Schweinegrippe« besonders schwerwiegend verlief. Die Bundesregierung bestellte in höchster Eile 50 Millionen Impfdosen und große Bestände an Virenhemmern. Diese Maßnahme stellte sich angesichts des unerwartet milden Verlaufs der »Neuen Influenza« – so ihr offizieller Name – jedoch als überflüssig heraus. Ende 2011 musste ein Großteil der Impfdosen im Wert von 239 Millionen Euro nach Ablauf der Haltbarkeit vernichtet werden.⁷² Dieser teure Fehlalarm zeigt, welche Eigendynamik die Kombination aus Erinnerung, Zukunftserwartung und epidemiologischer Beobachtung in einer politischen und medialen Kultur entwickeln konnte, die von Ängsten und einem hohen Anspruch an den Staat geprägt war, Sicherheit zu gewährleisten.⁷³

Als Reaktion auf die Kritik am Umgang mit der »Schweinegrippe« gab die WHO 2013 einen revidierten Pandemieplan heraus. Auch das Robert-Koch-Institut überarbeitete 2014 seinen Nationalen Pandemieplan. Die Definition von Pandemie wurde von der WHO dahingehend zugespitzt, dass der Faktor Letalität mehr Bedeutung erhielt, während das RKI stärker betonte, dass die Lage in der Bundesrepublik von nationalen Behörden zu bewerten sei.⁷⁴ Die grundsätzliche Logik der *Preparedness* ebenso wie die bestehenden Instrumente der Pandemieabwehr blieben jedoch unangetastet. Als Tedros Adhanom Ghebreyesus, der Generaldirektor der WHO, am 11. März 2020 COVID-19 offiziell zur Pandemie erklärte, traten deshalb die lange in den Pandemieplänen vorbereiteten Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung in Kraft. Dass dennoch Schutzkleidung und -masken anfangs fehlten, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass das Modell

70 So der Titel eines erfolgreichen Bestsellers der Wissenschaftsjournalistin Laurie Garrett. Vgl. auch Hitzer 2014, S. 146–147.

71 So finden sich allein unter stern.de für den Zeitraum von März 2002 bis Oktober 2003 140 Treffer.

72 Vögele 2016, S. 11.

73 Vgl. auch Lakoff 2015, S. 315 f. Ob – wie prominente Kritiker aus der Medizin bemängelten – hier auch eine unzulässige Nähe zwischen WHO und Impfstoffindustrie eine Rolle spielte, ist bis heute unbewiesen. Vgl. zum Beispiel die Vorwürfe in Godlee 2010.

74 Rengeling 2017, S. 358–361.

Influenza bei den Pandemieplanungen in Europa und Nordamerika im Vordergrund stand und damit die Bevorratung mit antiviralen Mitteln sowie die schnelle Herstellung eines Grippeimpfstoffs. Eine Rolle mag auch gespielt haben, dass der Fehlalarm von 2009 die Gefahreneinschätzung von Behörden und Politik in Europa und den USA verändert hat.

Dass die COVID-19-Pandemie diese Regierungen und Behörden völlig unerwartet traf, stimmt dagegen nicht. Anders sieht es jedoch für einen Großteil der Bürgerinnen und Bürger dieser Staaten aus. Zwar wurden weder die Pandemiepläne noch die Gesetze im Geheimen vorbereitet – die entsprechenden Dokumente waren öffentlich zugänglich. Aber die wenigsten in Europa und den USA hielten offenbar Anfang 2020, als die ersten Nachrichten über das Corona-Virus aus China eintrafen, eine auch in ihren Ländern grassierende schwerwiegende Pandemie für möglich. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der Emotions- und Erfahrungsgeschichte von Krankheit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

2. Wer hat Angst vor welcher Krankheit? Erfahrungs- und emotionshistorische Erklärungen

Der Medizinhistoriker Fritz Dross wies unlängst darauf hin, dass Menschen in der Vormoderne »üblicherweise Überlebende von Seuchen« gewesen seien, da »jede 40-jährige Person [...] wohl mindestens zwei schwere ›Sterbsläufte‹ überlebt« habe.⁷⁵ Aber auch in der Moderne gehörten Pandemien und potenziell tödliche endemische Infektionskrankheiten noch lange zur alltäglichen Erfahrungswelt der Menschen. Doch seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, mancherorts auch früher, wurden große Epidemien seltener.⁷⁶ Viele Infektionskrankheiten wie Pocken, Masern und Scharlach hatten sich bereits zuvor von altersunspezifischen in Kinderkrankheiten verwandelt. Die Lebenserwartung stieg kontinuierlich. Diese Beobachtungen fasste der Epidemiologe Abdel R. Omran in den 1970er Jahren in das Modell des epidemiologischen Übergangs. Danach lässt sich die Geschichte der Krankheiten in drei Phasen einteilen: Auf die erste Phase der Seuchen und Hungersnöte folgt eine Phase des Übergangs, in der Epidemien an Bedeutung verlieren und die Sterberate allmählich sinkt. In der dritten und letzten Phase spielen Infektionskrankheiten kaum noch eine Rolle. Demgegenüber nehmen Zivilisationskrankheiten zu, die Sterberate bleibt dennoch niedrig und die Lebenserwartung hoch, da Zivilisationskrankheiten erst in höherem Alter auftreten und oft chronisch verlaufen.⁷⁷

Der Beginn der dritten Phase wurde für Europa und Nordamerika in der Regel auf die Mitte des 20. Jahrhunderts datiert. Dieses Modell, so viel es auch im Detail kritisiert und modifiziert wurde, prägte Jahrzehntelang die Medizin- und

75 Dross 2020, S. 198.

76 Und auch zum Folgenden: Vögele 2016, S. 5–6.

77 Vgl. Omran 1971.

Demografiegeschichte.⁷⁸ Es spiegelt den weithin herrschenden Optimismus der 1970er Jahre wider, dass Infektionskrankheiten keine ernsthafte Bedrohung mehr darstellten und langfristig weltweit der Vergangenheit angehören würden. Für die Bevölkerungen in Europa und Nordamerika war dieser medizinische Fortschritts-optimismus im Alltag unmittelbar erfahrbar. Nachdem etwa Diphtherie, Typhus und Polio noch in der frühen Nachkriegszeit grassierten, wurden sie durch Antibiotika, Impfungen und Hygienemaßnahmen schon bald zu Ausnahmeerscheinungen. Aus dieser Erfahrung resultierte die weit verbreitete Überzeugung, dass Infektionskrankheiten jeder Art von der modernen Medizin grundsätzlich beherrschbar seien. Dieser Überzeugung konnten offenbar auch die beiden politisch und medial klein gehaltenen Grippepandemien von 1957/58 und 1968–70 nichts anhaben.

Doch das Modell des epidemiologischen Übergangs war keineswegs nur eine Wette auf die Zukunft. Infektionskrankheiten spielten in Europa und Nordamerika tatsächlich immer seltener eine Rolle als Todesursache. Immer weniger Menschen machten demnach die Erfahrung, wie schwerwiegend manche Infektionskrankheiten sein können. Das tatsächliche Ausmaß der Grippepandemien von 1957/58 sowie 1968–70 war der Bevölkerung durch die bundesdeutsche Politik des Herunterspielens der Gefahr verborgen geblieben und trotz abweichender Erfahrungen vor allem der Ärzteschaft nicht ins kollektive Gedächtnis übergegangen. Diese Faktoren veränderten die Gefahreneinschätzung eines Teils der Bevölkerung: Manche Eltern versäumten es, ihre Kinder gemäß den Empfehlungen der 1972 eingerichteten Ständigen Impfkommission zu impfen – nicht etwa weil sie dem Impfen grundsätzlich skeptisch gegenüberstanden, sondern weil sie das Impfen schllichtweg vergaßen, so wenig präsent war die Gefahr in ihrem Alltag. Darum wurde »Impfmüdigkeit« seit den späten 1960er Jahren zu einem stetig wiederkehrenden Thema der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, die anders als die DDR zu diesem Zeitpunkt auf Impfpflicht und -zwang weitgehend verzichtet hatte.⁷⁹

Infektionsängste griffen nur sporadisch angesichts spektakulärer Krankheits- »Einschleppungen« um sich: Bis in die frühen 1970er Jahre kam es in der Bundesrepublik vereinzelt zu lokal begrenzten Pockenausbrüchen. Fernreisende oder Migrantinnen und Migranten hatten das Virus mitgebracht.⁸⁰ 1967 erkrankten Angestellte eines Marburger Labors an einem hämorrhagischen Fieber. Ursache war ein zuvor unbekanntes Virus, das vermutlich durch Laboraffen aus Uganda nach Marburg gekommen war.⁸¹ Diese »Zwischenfälle« im ansonsten wenig dramatischen bundesdeutschen Infektionsgeschehen brachten zwar die Gefahr medial bebildert ins Bewusstsein der Menschen zurück, trugen aber dennoch langfristig

78 So blendet Omran beispielsweise Daten zu Afrika vollkommen aus, sodass etwa ein Großteil des Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit der Malaria unberücksichtigt bleibt. Vgl. Vögele 2016, S. 6.

79 Thießen 2017, S. 294–295.

80 Ebd., S. 241–246.

81 Nach dem Ort seines ersten dokumentierten Auftritts erhielt das Virus den Namen »Marburg-Virus«.

zum Gefühl bei, auf dem Territorium der Bundesrepublik weitgehend sicher zu sein. Denn die Ausbrüche ließen sich schnell eingrenzen und betrafen nur eine kleine Zahl von Menschen. Sie verstärkten damit den Eindruck, dass Infektionskrankheiten ein Problem anderer Weltregionen und hier vor allem Afrikas und Asiens seien – nicht aber der Bundesrepublik oder allgemeiner Europas.

In Europa und Nordamerika richtete sich die Aufmerksamkeit dagegen zunehmend auf chronische Krankheiten. Epidemiologische Langzeitstudien wie die 1947 begonnene sogenannte Framingham-Studie konzentrierten sich nun darauf, zu erkennen, welche Risikofaktoren die Entstehung etwa von Herz-Kreislauferkrankungen begünstigten.⁸² Seit den 1970er Jahren wurden sogenannte Schutzfaktoren zum Thema. Der Gedanke der Krankheitsvermeidung wurde demgemäß ergänzt durch die Idee der Gesunderhaltung, die mit der 1986 von der WHO verabschiedeten »Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung« immer stärker in den Vordergrund trat.⁸³ Risiko- ebenso wie Schutzfaktorenmodelle lenkten die Aufmerksamkeit auf Faktoren, die mit dem persönlichen Lebensstil zusammenhängen. Ob es sich nun um Stress, Bewegungsmangel und Rauchen oder um das Vorhandensein eines Gefühls der Kohärenz und eine ausgewogene Ernährungsweise handelt – jeder und jede kann diese Faktoren durch das eigene Verhalten beeinflussen und auf diese Weise das Krankheitsrisiko minimieren beziehungsweise die eigene Gesundheit verbessern. Risiko- und Schutzfaktorenmodelle gehen deshalb Hand in Hand mit einer Idee von Prävention, die auf das Individuum und dessen Umgang mit sich selbst zielt, flankiert allerdings von Maßnahmen, die pathogene Umwelteinflüsse ausschalten und gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen sollen.⁸⁴

Etwas anders gelagert sind Krankheiten wie Krebs, deren Verhinderung bis vor kurzem eher im Horizont der Früherkennung denn der Prävention im engeren Sinn gedacht wurde. Doch auch hier war und ist die Komponente der Selbstverantwortung groß, da Früherkennungskampagnen seit Beginn des 20. Jahrhunderts versprochen haben, dass der achtsame und seinen Körper überwachende Patient geheilt werden könne.⁸⁵ Diese Konzepte hatten enormen Einfluss auf die Erfahrung und das Gefühl von Gesundheit und Krankheit in der westlichen Welt, denn sie wurden der Bevölkerung auf den unterschiedlichsten Wegen und Kanälen vermittelt: Von staatlicher Seite geförderte oder von Krankenkassen finanzierte Ausstellungen, Plakate, Broschüren, Filme und Fernsehsendungen brachten die Botschaft in die Wohn- und Klassenzimmer, von Fachleuten geschriebene Gesundheitsratgeber griffen das Thema ebenso auf wie Zeitungen, Magazine und zuletzt Podcasts. Früherkennungsangebote und Bonusprogramme der Krankenkassen trugen zur Einübung entsprechender Routinen bei.

82 Vgl. dazu Timmermann 2009; Aronowitz 1998.

83 Eine wichtige Rolle spielte hier Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese; Antonovsky 1987.

84 Lanza 2017, S. 221–243.

85 Hitzer 2020, S. 103–177.

Diese Praktiken blieben (und bleiben) eingewoben in ein immer wieder neu austariertes Wechselspiel von Sicherheitsversprechen und Angstempfinden. Sie verheissen also eine gewisse Kontrolle über das eigene Erkrankungsrisiko, lenken aber zugleich unablässig die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, an einer der Krankheiten zu erkranken, die im Fokus von Prävention und Früherkennung stehen. Dies sind vor allem Herzkreislauferkrankungen und Krebs, mithin also Krankheiten, die nicht im Kontakt mit anderen Menschen übertragen werden.⁸⁶ Diese Krankheiten zähl(t)en zu den am meisten gefürchteten Krankheiten – neben der Alzheimerkrankheit, gegen die allerdings bisher kaum Präventionsmöglichkeiten bekannt sind.⁸⁷ Die Angst vor einer Ansteckung mit einer wie auch immer gearteten Infektionskrankheit trieb bis 2019 dagegen nur wenige um – wenn überhaupt, so nur in Gestalt einer Geschlechtskrankheit.⁸⁸

Dies mag überraschen, da AIDS wie zuvor geschildert in der Virologie und Epidemiologie ein unüberhörbares Warnsignal darstellte und das Thema *new emerging diseases* auf die Forschungsagenda brachte. Tatsächlich löste AIDS in den 1980er Jahren auch in der Bevölkerung Ängste aus und beherrschte zeitweise die mediale Öffentlichkeit. Allerdings wurde in den Medien und zunächst auch in der Wissenschaft sehr schnell eine »Risikogruppe« ausgemacht, auf die sich die Ängste der übrigen Bevölkerung richteten: homosexuelle und drogensüchtige Menschen.⁸⁹ Dieses *othering* der Gefahr ließ die Angst beherrschbar erscheinen – um einen hohen Preis jedoch: die Diskriminierung all jener, die zur »Risikogruppe« gehörten.⁹⁰ Als sich schließlich gegen Ende der 1980er Jahre die Erkenntnis durchsetzte, dass jeder und jede sich infizieren kann, waren bereits einfache

86 Dass bei einigen Krebserkrankungen Viren und damit auch Ansteckung durchaus eine Rolle spielen, ist spätestens seit Einführung der HPV-Impfung für Mädchen 2006 in weiten Kreisen der Bevölkerung bekannt, hat aber die allgemeine Wahrnehmung der Krebserkrankung nicht verändert, da Zusammenhänge mit Virusinfektionen bisher nur für sehr wenige Krebserkrankungen nachgewiesen werden konnten und die Virusinfektion zudem nur die Krankheitsdisposition erhöht, nicht aber die Krebserkrankung direkt auslöst.

87 Dies zeigt zum Beispiel eine seit 2010 im Auftrag der Krankenkasse DAK vom Forsa-Institut durchgeführte jährliche Umfrage unter rund 2.800 Bundesbürgerinnen und -bürgern. Zwischen 65 (2017) und 73 Prozent (2010/11) der Befragten nannten Krebs als die von ihnen am meisten gefürchtete Krankheit, mit größerem Abstand gefolgt von Alzheimer/Demenz (39–54 Prozent), Schlaganfall (40–54 Prozent) und Herzinfarkt (33–45 Prozent). Ungefähr gleichauf liegt die Angst vor einem Unfall mit schweren Verletzungen (37–57 Prozent); www.dak.de/dak/bundesthemen/angst-vor-krankheiten-2179528.html#/ (Zugriff vom 29.09.2020).

88 Die Zahlen schwanken in der bereits erwähnten Forsa-Umfrage zwischen 19 Prozent (2011) und 9 Prozent (2017). 2019 gaben 11 Prozent der Befragten an, vor einer Geschlechtskrankheit am meisten Angst zu haben, unter den 14- bis 29-Jährigen 28 Prozent, 74 Prozent dieser Altersgruppe fürchteten sich dagegen am meisten vor Krebs (das Studiendesign erlaubte es, mehr als eine Krankheit als am meisten gefürchtet zu benennen).

89 Tümmers 2014, S. 158.

90 Sontag 1989, S. 27.

und effektive Schutzmittel bekannt, und es gab mit AZT ein wirksames, wenngleich in damaliger Dosierung nebenwirkungsreiches Medikament. Die Infiziertenzahlen in Europa blieben weit hinter den Befürchtungen zurück.⁹¹ Damit änderte AIDS längerfristig nichts an der Einschätzung vieler Menschen in Europa, dass Infektionskrankheiten keine Bedrohung für die Bevölkerung insgesamt darstellten.

Ein in mancher Hinsicht ähnliches Szenario wiederholte sich im Zeitraffer 2002/03, als die SARS-Pandemie ausbrach. Auch hier setzte sofort eine breite Medienberichterstattung ein, die eine allerdings anders geartete Form des *othering* unterstützte: Denn der »Erreger aus dem Hexenkessel [Südostchina]« wütete vor allem in Asien, in Deutschland dagegen sei die »Angst vor [einer] SARS-Epidemie« unbegründet.⁹² Zwar spekulierten die Medien im Frühsommer 2003 kurzfristig, ob SARS auch Europa bedrohen und sich zur »erste[n] globale[n] Seuche des 21. Jahrhunderts« entwickeln könnte, aber schon bald hieß es wieder, die Gefahr sei »überschaubar«.⁹³ So wurde also vor allem aus dem Gefühl der sicheren Distanz berichtet und eine Verbindung zwischen Asien und dem Auftreten einer neuartigen Zoonose wie SARS hergestellt, die auf den Elementen mangelnde Hygiene und enges Zusammenleben von Mensch und Tier beruhte.⁹⁴

Zugleich wurde die Suche nach dem SARS-Erreger als Echtzeit-Krimi der globalen »Virenjäger« inszeniert – im deutlichen Rückgriff auf die Narrative von Sachbüchern und Filmen der 1990er Jahre, die sich mit der Suche nach dem Grippevirus von 1918–20 oder nach den Erregern fiktiver Pandemien wie in »Outbreak« (1995) beschäftigten.⁹⁵ So trat 2002/03 zu der durch Zeitungslektüre und Fernsehern ermöglichten Beobachterposition ein Element des Fiktionalen. Die nächste Pandemie – die »Schweinegrippe« von 2009 – kam zwar wie erwähnt nach Europa und führte ebenso wie schon SARS zu einem gewaltigen Rauschen im Blätterwald, bestärkte aber in ihrer Harmlosigkeit alle, die sich vor einer Pandemie in Europa sicher wähnten. Dementsprechend rief weder die Ebola-Epidemie in Westafrika von 2014–2016 noch der neuerliche Ebola-Ausbruch 2018 im Ostkongo und in Uganda Angst in der europäischen Bevölkerung hervor.

91 Tümmers 2014, S. 163, 170.

92 »Erreger aus dem Hexenkessel«, in *Der Spiegel* vom 24. März 2003, S. 184–186; »Experten: Angst vor SARS-Epidemie in Deutschland unbegründet«, in *Stern* vom 3. April 2003. www.stern.de/gesundheit/epidemie-experten-angst-vor-sars-epidemie-in-deutschland-unbegründet-3349102.html (Zugriff vom 02.10.2020).

93 »SARS. Wissenschaftler im Wettlauf gegen die erste globale Seuche des 21. Jahrhunderts« (Covertitel), in *Der Spiegel* vom 5. Mai 2003; »Seuche bedroht auch Europa«, in *Stern* vom 27. April 2003. www.stern.de/gesundheit/sars-seuche-bedroht-auch-euro-pa-3350286.html (Zugriff vom 02.10.2020); »Die Gefahr ist überschaubar«, in *Stern* vom 29. April 2003. www.stern.de/gesundheit/deutschland--die-gefahr-ist-ueberschaubar-ar-3351954.html (Zugriff vom 02.10.2020).

94 Blech, Lorenz 2003. Ähnliche Verknüpfungen wurden bereits während der beiden Grippe-Pandemien 1957/58 und 1968–70 vorgenommen; vgl. Hitzer 2014, S. 145–145.

95 Zum Beispiel Evers et al. 2003.

3. Fazit

Im Frühjahr 2020 wurden die Menschen in Europa und den USA schnell und schmerhaft aus ihrer Beobachterposition vertrieben. Versuche des *othering* nach dem Vorbild der ersten SARS-Pandemie, emblematisch mit der etwa von Donald Trump vorgenommenen Benennung von SARS-CoV-2 als Wuhan- oder China-Virus, schlugen angesichts der steigenden Infektionszahlen letztendlich fehl.

In den meisten europäischen Ländern wurden jedoch – wenn auch mancherorts verzögert – einschneidende Maßnahmen der Seuchenbekämpfung ergriffen, die vor dem Hintergrund der im 20. Jahrhundert verfolgten Strategien gegenüber Pandemien als beispiellos erscheinen mochten. Denn wie der historische Rückblick zeigt, war weder auf die »Spanische Grippe« noch auf die späteren Grippepandemien von 1957/58 sowie 1968–70 mit vergleichbarer Schärfe reagiert worden. Dafür verantwortlich waren vor allem drei Faktoren: So wurde *erstens* die Sterblichkeit in allen drei Fällen unterschätzt, weil epidemiologische Beobachtungsinstrumente fehlten beziehungsweise nicht adäquat angewandt werden konnten sowie die Infektionssterblichkeit anders berechnet wurde. *Zweitens* wurden die Pandemien nicht als potenziell katastrophische Seuchen bereits zuvor erwartet. Dementsprechend wurde ihr prospektiver Verlauf von vornherein anders eingeschätzt. *Drittens* schließlich erfolgte die politische und in Teilen auch mediale Reaktion im Zeichen eines Emotionsmanagements, das auf die Verhinderung von Panik und die Vermittlung eines Gefühls von Sicherheit abzielte – auch vor dem Hintergrund unzureichender Möglichkeiten, etwa durch intensivmedizinische Behandlung auf schwere Krankheitsverläufe zu reagieren.

Um 1990 tauchte jedoch das Thema *new emerging diseases* auf der Agenda von Medizin und Epidemiologie auf, angestoßen durch die AIDS-Epidemie der 1980er Jahre und in den 1990er Jahren verstärkt durch die viroarchäologischen Forschungen zur »Spanischen Grippe«. Die Bedenken aus Virologie und Epidemiologie, eine neue katastrophale Pandemie könne jederzeit auftreten, wurden von der WHO frühzeitig aufgegriffen, deren Optimismus, Infektionskrankheiten könnten global ausgerottet werden, bereits zuvor geschwunden war. Allmählich begann sich in der WHO ebenso wie in den virologischen Forschungslaboren eine Logik der *Preparedness*, der Vorbereitung auf den nicht zu verhindernden Ernstfall einer globalen Pandemie, durchzusetzen. Im Zuge dessen wurden weltweit neue Instrumente der epidemiologischen Überwachung etabliert und in den Mitgliedstaaten Pläne für die erwartete »gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite« erdacht. Auch wenn SARS, Vogel- und Schweinegrippe nicht zu den globalen Pandemien wurden, die zunächst befürchtet worden waren, setzten sie die Logik der *Preparedness* nicht außer Kraft. Die ab März 2020 umgesetzten Maßnahmen waren also bereits jahrelang vorgeplant worden.

Dass das Auftreten der Corona-Pandemie mitsamt der nachfolgenden gesundheitspolitischen Reaktion dennoch für die Bevölkerung einem Schock gleichkam, lässt sich durch die im Vorangehenden skizzierte Erfahrungs- und Emotionsgeschichte von Krankheit erklären. Nur wenige in Europa und Nordamerika kennen schwere oder tödlich verlaufene Infektionskrankheiten aus eigener Anschauung.

Die Pandemien des 20. Jahrhunderts hinterließen kaum Spuren im kollektiven Gedächtnis, die des frühen 21. Jahrhunderts spielten sich weitgehend in Asien oder Afrika ab und verbanden die neuartigen Infektionskrankheiten mit der Idee von Unzivilisiertheit sowie einer unzulässigen, ekelbesetzten Nähe zwischen Mensch und Tier. Westliche Medizin, westliche Hygiene und westliches Krisenmanagement schienen nach Ansicht vieler vor solchen Pandemien zu schützen. Dass Fachleute der Virologie und der WHO dies anders sahen, dass in allen europäischen Ländern Pandemiepläne ausgearbeitet und Pandemieszenarien geübt wurden, war zwar nicht unbekannt, wirkte aber vor diesem Hintergrund wie eine übervorsichtige Sicherheitsmaßnahme für einen äußerst unwahrscheinlichen Fall.

Zudem hatte man in Europa und Nordamerika im vergangenen halben Jahrhundert gelernt, dass Gesundheitsrisiken weniger durch Ansteckung denn durch chronische Krankheiten drohten und durch »Arbeit« am eigenen Selbst reduziert werden konnten. Insofern bedeutete die Corona-Pandemie, in der die eingeübten individuellen Präventionsroutinen versagten und die westliche Medizin zunächst kaum ein anderes Heilmittel als das der jahrhundertealten sozialen Distanzierung zu bieten hatte, einen doppelten Kontrollverlust in einer Situation großer Unsicherheit. Mark Siemons hat darin zu Recht eine »zivilisatorische Kränkung« erkannt, die – so kann ergänzt werden – mit einem Gefühl des Unerhörten und nur schwer einschätzbaren Bedrohlichen einherging.⁹⁶

Der Wunsch, den Kontrollverlust zu negieren und die damit verbundene Kränkung ungeschehen zu machen, mag ein Grund dafür sein, dass sich in Teilen der Gesellschaft Verschwörungstheorien verbreiten. Einige dieser Verschwörungstheorien greifen angesichts der Schwierigkeit, »Risikogruppen« als Vireenträger auszusgrenzen oder die Gefahr auf Asien zu projizieren, zu anderen Narrativen, um eigene Handlungsmacht imaginär herzustellen.⁹⁷ Antisemitische Verschwörungstheorien aus dem Zeitalter der Bakteriologie erleben eine Renaissance, manche knüpfen auch an kritische Einwände der jüngeren Vergangenheit an.⁹⁸ Dazu zählt insbesondere die Kritik am Umgang mit der »Schweinegrippe« von 2009, in deren Fokus die Beeinflussung der Pandemiemaßnahmen durch wirtschaftliche Eigeninteressen stand. Denn im Rückblick vermuteten manche hinter der vorschnellen Reaktion der WHO eine unzulässige Einflussnahme der Pharmaindustrie, während einige Staaten offenbar die »Pandemie« nutzten, um über Einfuhrbeschränkungen wirtschaftliche Vorteile zu erzielen.⁹⁹

Auch das Motiv des im Labor hergestellten und im Dienst geopolitischer oder wirtschaftlicher Interessen genutzten Virus geht auf eine durchaus ernstzunehmende Sorge zurück. So befürchteten Sicherheitsexpertinnen und -experten seit Beginn der 1990er Jahre, dass Viren und andere in den Biowaffenlabors der ehemaligen Sowjetunion hergestellte biologische Kampfmittel für terroristische Zwe-

96 Siemons 2020.

97 Amlinger, Gess 2020.

98 Sarasin 2004, S. 139.

99 Harrison 2017, S. 139.

cke genutzt werden könnten – eine Sorge, die mit den Anthrax-Briefen von 2001 neue Nahrung erhielt und im seit einiger Zeit populären Genre des Virenthrillers unzählige Male durchgespielt wurde.¹⁰⁰ Diesen unterschiedlichen Verschwörungserzählungen ist gemeinsam, dass sie die Bedrohung auf eine Intention zurückführen und in einem »Außen« verorten.

Auch darum wurde das Maskentragen 2020 zum umkämpften Symbol. Zwar wurden Masken schon zuvor im europäischen Kontext getragen und patriotisch gedeutet, etwa während des London *Blitz*, aber sie sind in der jüngeren Geschichte geradezu zum Symbol des wahlweise bedrohlichen oder lächerlichen Anderen geworden.¹⁰¹ So kam kaum ein deutscher Zeitungs- oder Zeitschriftenartikel während der SARS-Pandemie 2002/03 ohne ein Foto von asiatisch aussehenden Menschen mit Maske aus. Auch nach Monaten der Berichterstattung schien das Tragen von Gesichtsmasken in Asien immer noch so exotisch und erklärbungsbedürftig, dass es unablässig zum Thema gemacht wurde.

Viele Bildunterschriften deuteten die Maske als Zeichen der Angst – während etwa ein Foto des »maskenlosen« damaligen Bundeskanzlers Gerhard Schröder auf Staatsbesuch in Asien mit dem Hinweis kommentiert wurde, der Kanzler habe keine Angst vor SARS.¹⁰² Hin und wieder wurden auch Fotos gezeigt, die illustrierten, dass die »Furcht vor SARS [in Asien] teilweise bizarre Blüten« treibe – so der Kommentar zu einem Foto von einer Katze mit Maske.¹⁰³ Die Botschaft war eindeutig: Maskentragen ist ein Zeichen von Angst, an der Grenze zur Lächerlichkeit – und typisch für Menschen aus Asien. Zudem markierte die Maske seit SARS aus westlicher Sicht den potenziellen Virusträger aus dem Osten. Vor diesem historischen Hintergrund wird deutlich, dass die 2020 verordnete Maskenpflicht die bereits zuvor konstatierte »zivilisatorische Kränkung« geradezu perfekt symbolisch verkörpert.

Literatur

- Amlinger, Carolin; Gess, Nicola 2020. »reality check. Wie die Corona-Krise kritische und weniger kritische Theorien auf den Prüfstand stellt«, in *Geschichte der Gegenwart. https://geschichtedergegenwart.ch/reality-check-wie-die-corona-krise-kritische-und-weniger-kritische-theorien-auf-den-pruefstand-stellt/* (Zugriff vom 30.09.2020).
- Antonovsky, Aaron 1987. *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

100 Mayer 2004, S. 217–219.

101 Zum Maskentragen im London *Blitz* vgl. Olszynko-Grym, Gainty 2020.

102 Schepp 2003. Bildunterschriften, die die Maske mit Angst in Verbindung bringen, finden sich zum Beispiel in: »Abschwächung von SARS bei jeder Übertragung?«, in *Stern* vom 15. April 2003; »Hongkong will zu drastischen Maßnahmen greifen«, in *Stern* vom 13. April 2003; »Wirtschaftswachstum in Asien durch SARS beeinträchtigt«, in *Stern* vom 1. April 2003; »SARS – weltweit 1610 Erkrankte«, in *Stern* vom 30. März 2003.

103 »Vierter Todesfall in Kanada«, in *Stern* vom 31. März 2003.

- Aronowitz, Robert A. 1998. »The Social Construction of Coronary Heart Disease Risk«, in *Making Sense of Illness*, hrsg. v. Aronowitz, Robert A., S. 111–144. Cambridge: Cambridge University Press.
- Assmann, Aleida 2016. *Formen des Gedächtnisses*. 2. Auflage. Göttingen: Wallstein.
- Assmann, Jan 1988. »Kollektives Gedächtnis und kulturelle Identität«, in *Kultur und Gedächtnis*, hrsg. v. Assmann, Jan; Hölscher, Tonio, S. 9–19. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Biess, Frank 2019. *Republik der Angst. Eine andere Geschichte der Bundesrepublik*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Biess, Frank 2020. »Corona-Angst und die Geschichte der Bundesrepublik«, in *Aus Politik und Zeitgeschichte* 35–37. www.bpb.de/apuz/314351/corona-angst-und-die-geschichte-der-bundesrepublik (Zugriff vom 02.10.2020).
- Blech, Jörg; Lorenz, Andreas 2003. »Erreger aus dem Hexenkessel«, in *Der Spiegel* vom 24. März 2003, S. 184–186.
- BMI (Bundesministerium des Innern); BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Hrsg. 2007. *Kurzfassung des Auswertungsberichtes der dritten länderübergreifenden Krisenmanagementübung »Lükex 2007«*. www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Luekex/LUEKEX07_Auswertungsbericht.html (Zugriff vom 24.09.2020).
- Bröckling, Ulrich 2020. »Optimierung, Preparedness, Priorisierung. Soziologische Bemerkungen zu drei Schlüsselbegriffen der Gegenwart«, in *Soziopolis* vom 13. April 2020. www.sozopolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/optimierung-preparedness-priorisierung/ (Zugriff vom 27.11.2020).
- Caduff, Carlo 2015. *The Pandemic Perhaps. Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. Oakland: University of California Press.
- Crosby, Alfred W. 1976. *Epidemic and Peace, 1918*. Westport: Greenwood Press.
- Crosby, Alfred W. 1989. *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dross, Fritz 2020. »Vergesellschaftung unter Ansteckenden – für eine Körpergeschichte der Seuche«, in *NTM – Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 28, 2, S. 195–202.
- Engels, Jens-Ivo 2019. *Alles nur gekauft? Korruption in der Bundesrepublik seit 1949*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Enserink, Martin 2011. »Controversial Studies Give a Deadly Flu Virus Wings«, in *Science* 334, 6060, S. 1192–1193.
- Evers, Marco; Hackenbroch, Veronika; Lakotta, Beate; Thimm, Katja 2003. »Weltbund der Virenjäger«, in *Der Spiegel* 19, S. 194–204.
- Fangerau, Heiner; Labisch, Alfons 2020. *Pest und Corona. Pandemien in Geschichte, Gegenwart und Zukunft*. Frankfurt et al.: Herder.
- Fidler, David P. 2005. »From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations«, in *Chinese Journal of International Law* 4, 2, S. 325–392.
- Garrett, Laurie 1994. *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Godlee, Fiona 2010. »Conflicts of Interest and Pandemic Flu«, in *British Medical Journal* 340, S. c2947.
- Hannig, Nicolai 2014. »Erforschungen des Gefährlichen. Zur Versichertheitlichung der Natur in den 1970er Jahren«, in *Jenseits der Moderne? Die Siebziger Jahre als Gegenstand der deutschen und der italienischen Geschichtswissenschaft*, hrsg. v. Großbölting, Thomas; Livi, Massimiliano; Spagnolo, Carlo, S. 175–193. Berlin: Duncker & Humblot.
- Harrison, Mark 2017. »Pandemics«, in *The Routledge History of Disease*, hrsg. v. Jackson, Mark, S. 129–146. London, New York: Routledge.
- Hieronymus, Marc 2006. *Krankheit und Tod 1918. Zum Umgang mit der Spanischen Grippe in Frankreich, England und dem Deutschen Reich*. Münster: LIT Verlag.
- Hitzer, Bettina 2014. »Angst, Panik?! Eine vergleichende Gefühlsgeschichte von Grippe und Krebs in der Bundesrepublik«, in *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert*, hrsg. v. Thießen, Malte, S. 137–156. Frankfurt a. M.: Beihefte der Historischen Zeitschrift.
- Hitzer, Bettina 2020. *Krebs fühlen. Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Honigsbaum, Mark 2019. *The Pandemic Century. One Hundred Years of Panic, Hysteria, and Hubris*. Oxford: Oxford University Press.
- Honigsbaum, Mark 2020. »The Art of Medicine. Revisting the 1957 and 1968 Influenza Pandemics«, in *The Lancet* 395, S. 1824–1826.
- Labisch, Alfons 2005. »Skandalisierte Krankheiten« und »echte Killer« – zur Wahrnehmung von Krankheiten in Presse und Öffentlichkeit«, in *Propaganda, (Selbst-)Zensur, Sensation. Grenzen von Presse- und Wirtschaftsfreiheit in Deutschland und Tschechien seit 1871*, hrsg. v. Andel, Michael; Brandes, Detlef; Labisch, Alfons; Presek, Jiri; Ruzicka, Thomas, S. 273–289. Essen: Klartext.
- Lakoff, Andrew 2015. »Global Health Security and the Pathogenic Imaginary«, in *Dreamscapes of Modernity: Sociotechnical Imaginaries and the Fabrication of Power*, hrsg. v. Jasanooff, Sheila; Kim, Sang-Hyun, S. 300–320. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff, Andrew 2017. *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*. Oakland: University of California Press.
- Leanza, Matthias 2017. *Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Lederberg, Joshua; Oaks, Stanley C.; Shope, Robert E. Hrsg. 1992. *Emerging Infections. Microbial Threats to Health in the United States*. Washington: National Academics Press.
- Lederberg, Joshua 2000. »Infectious History«, in *Science* 288, 5464, S. 287–293.
- Lindner, Ulrike 2004. *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. München: Oldenbourg.
- Mayer, Ruth 2004. »Bei Berührung Tod«. Virenthriller, Bioterrorismus und die Logik des Globalen«, in *Virus! Mutationen einer Metapher*, hrsg. v. Mayer, Ruth; Weingart, Brigitte, S. 209–229. Bielefeld: transcript.
- Mayer, Ruth; Weingart, Brigitte 2004. »Viren zirkulieren. Eine Einleitung«, in *Virus! Mutationen einer Metapher*, hrsg. v. Mayer, Ruth; Weingart, Brigitte, S. 7–41. Bielefeld: transcript.
- Mezes, Carolin; Opitz, Sven 2020. »Die (un)vorbereitete Pandemie und die Grenzen der Preparedness«, in *Leviathan* 48, 3, S. 381–406.
- Michels, Eckard 2010. »Die Spanische Grippe 1918/19. Verlauf, Folgen und Deutungen im Kontext des Ersten Weltkriegs«, in *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 58, 1, S. 1–33.
- Nokojima, Hiroshi 1996. »Message from the Director-General«, in *The World Health Report 1996. Fighting Disease, Fostering Development*, hrsg. v. World Health Organization, S. V–VI. Genf: WHO.
- Ofri, Danielle 2009. »The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination«, in *New England Journal of Medicine* 361, S. 2594–2595.
- Olszynko-Gryn, Jesse; Gainty, Caitjan 2020. »Why Londoners in the Blitz Accepted Face Masks to Prevent Infection – Unlike Today's Objectors«, in *The Conversation* vom 13. Juli 2020. <https://theconversation.com/why-londoners-in-the-blitz-accepted-face-masks-to-prevent-infection-unlike-todays-objectors-142021> (Zugriff vom 30.09.2020).
- Omran, Abdel R. 1971. »The Epidemiological Transition. A Theory of Epidemiology of Population Change«, in *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49, 1, S. 509–538.
- Rengeling, David 2017. *Vom geduldigen Ausharren zur allumfassenden Prävention. Grippe-Pandemien im Spiegel von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit*. Baden-Baden: Nomos.
- RKI (Robert-Koch-Institut). Hrsg. 2017. *Nationaler Pandemieplan. Teil I: Strukturen und Massnahmen*. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff vom 24.09.2020).
- Sabrow, Martin 2020. »Geschichte im Ausnahmezustand. Vier Thesen über Corona und die gesellschaftlichen Folgen«, in *Deutschland-Archiv* vom 1. Mai 2020. www.bpb.de/308316 (Zugriff vom 15.09.2020).
- Sarasin, Philipp 2004. »Fremdkörper/Infektionen: ›Anthrax‹ als Medienvirus«, in *Virus! Mutationen einer Metapher*, hrsg. v. Mayer, Ruth; Weingart, Brigitte, S. 131–147. Bielefeld: transcript.
- Schepp, Matthias 2003. »SARS und der Kanzler ohne Maske«, in *Stern* vom 15. Mai 2003.
- Siemons, Mark 2020. »Corona und der Westen. Die zivilisatorische Kränkung«, in *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 29. März 2020. www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/corona-und-der-westen-die-zivilisatorische-kraenkung-16700907.html (Zugriff vom 02.10.2020).

- Sontag, Susan 1989. *Aids und seine Metaphern*. München: Hanser.
- Taubenberger, Jeffrey K.; Morens, David M. 2005. »1918 Influenza: The Mother of All Pandemics«, in *Emerging Infectious Diseases* 12, 1, S. 15–22.
- Taubenberger, Jeffrey K.; Reid, Ann H.; Krafft, Amy E.; Bijwaard, Karen E.; Fanning, Thomas G. 1997. »Initial Genetic Characterization of the 1918 'Spanish' Influenza Virus«, in *Science* 257, S. 1793–1796.
- Thießen, Malte 2017. *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Timmermann, Carsten 2009. »Risikofaktoren: Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin«, in *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, hrsg. v. Lengwiler, Martin; Madarász, Jeannette, S. 251–277. Bielefeld: transcript.
- Tümmers, Henning 2014. »AIDS und die Mauer. Deutsch-deutsche Reaktionen auf eine komplexe Bedrohung«, in *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert*, hrsg. v. Thießen, Malte, S. 157–177. Frankfurt a. M.: Beihefte der Historischen Zeitschrift.
- Vögele, Jörg (unter Mitarbeit von Ulrich Koppitz und Hideharu Umehara) 2016. »Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive«, in *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive. Epidemics and Pandemics in Historical Perspective*, hrsg. v. Vögele, Jörg; Knöll, Stefanie; Noack, Thorsten, S. 3–31. Wiesbaden: Springer VS.
- Witte, Wilfried 2006. *Erklärungsnotstand: die Grippe-Epidemie 1918–1920 in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung Badens*. Herbolzheim: Cerbaurus.
- Witte, Wilfried 2008. *Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe*. Berlin: Wagenbach.
- WHO (World Health Organization). Hrsg. 1999. *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning* 1999. Genf: WHO, Department of Communicable Disease Surveillance and Response.
- WHO (World Health Organization) 2016. *International Health Regulations (2005)*. 3. Auflage. Genf: WHO.
- Zeller, Thomas 2019. »Loving the Automobile to Death? Injuries, Mortality, Fear, and Auto-mobility in West Germany and the United States, 1950–1980« in *Tech-Fear. Histories of a Multifaceted Relationship. Technikgeschichte* 86, 3, hrsg. v. Gall, Alexander et al., S. 201–225.
- Zimmer, Thomas 2017. *Welt ohne Krankheit. Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik 1940–1970*. Göttingen: Wallstein.
- Zimmer, Thomas 2020. »Weltgesundheitspolitik zwischen Panik und Verdrängung«, in *Geschichte der Gegenwart*. <https://geschichtedergegenwart.ch/weltgesundheitspolitik-zwischen-panik-und-verdraengung/> (Zugriff vom 22.09.2020).

Zusammenfassung: Die Reaktionen auf die Corona-Pandemie reichten von Schock über Negation bis hin zur Einschätzung, das lang Erwartete sei eingetreten. Der Aufsatz erklärt diese Reaktionen historisch, indem er sich zwei Aspekten zuwendet: *erstens* dem Zusammenspiel von Erinnerung, Zukunftserwartung und epidemiologischer Beobachtung sowie *zweitens* der Erfahrungs- und Emotionsgeschichte.

Stichworte: Corona, Pandemiegeschichte, kollektive Erinnerung, Erfahrung, Emotion

History before Corona: Remembrance, Experience, Emotion

Summary: The reactions to the Corona pandemic ranged from shock and negation to the assessment that the long-awaited had occurred. The essay explains these reactions historically by addressing two aspects: first, the interplay of memory, expectations and epidemiological observation, and second, the history of experience and emotion.

Keywords: Corona, history of pandemics/epidemics, collective memory, experience, emotion

Autorin

Bettina Hitzer
Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung e.V. an der TU Dresden
Helmholtzstrasse 6–8
01069 Dresden
Deutschland
hitzer@mpib-berlin.mpg.de