

Mythen in der Gesundheitspolitik: „Erst handeln dann denken“

– Das aktuelle Beispiel der Schweinegrippe-Pandemie

Während „Die Welt“ Anfang April 2009 noch einer Grippe-Pandemie mit zig oder gar noch mehr Millionen Toten entgegenzugehen schien, wird die zwischenzeitlich offiziell ausgerufene schwerste Form einer Epidemie als „Weichei“ bezeichnet. Warum es zu dieser Abfolge oder Gleichzeitigkeit von Über- und Unterschätzung kommt, welche sozialen Bedingungen solcher Erkrankungswellen dadurch verborgen und vernachlässigt bleiben und warum dies nahtlos in den bunten Reigen der Mythen im Gesundheitswesen passt, versucht der folgende Beitrag zu beantworten.

■ Bernard Braun

1 Was sind Mythen und wie funktionieren sie?

In vielen theoretischen Debatten und praktischen gesundheitspolitischen Diskursen der letzten Jahrzehnte spielen Mythen eine bedeutende Rolle, die von Hartmut Reiners schon lange zusammen mit Kollegen (Braun et al. 1998) und nun auch allein (Reiners 2009) untersucht wurden.

Die Wirkkraft von Mythen würde unterschätzt, wenn sie lediglich als eine Form geschickten Lügens verstanden würden. Das Erfolgsrezept von Mythen besteht gerade darin, dass sie überkomplexe soziale Sachverhalte und Zusammenhänge auf wenige, wahre Facetten reduzieren, vielschichtige „wenn-dann“-Verhältnisse auf einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zurückführen und damit im Guten wie im „Bösen“ Ungewissheit und Unübersichtlichkeit beseitigen. Mythen sind aber nicht allein wegen ihrer komplexitätsreduzierenden Funktion erfolgreich und persistent, sondern hauptsächlich auch wegen ihrer Eigenart, Kernbotschaften erzählend, d.h. plastisch, griffig, dramatisch, verständlich agitativ in die Problemdiskurse einzuführen und analytische Abstraktheit zu vermeiden. Die Kernaussagen von Mythen gewinnen

ihre Glaubwürdigkeit auch oft durch Bezüge und Analogien zum überschaubareren individuellen statt des immer „schrecklich“ komplizierten sozialen Alltag. Sie setzen an den unmittelbaren und kasuistischen Erfahrungen der Menschen an, mit denen sich große Teile der politischen Öffentlichkeit über gesellschaftliche Fragen verständigen bzw. sich diese klarzumachen versuchen.

Zu den genannten notwendigen Erfolgsbedingungen von Mythen kommt aber um wirklich wirksam sein zu können noch das kongeniale Zusammenwirken mit der Risikokommunikation in Massenmedien hinzu. Deren Akteure bevorzugen unter den herrschenden Produktionsbedingungen Inhalte und Formen, die etwa „auf einen Bierdeckel“ passen, alles in „1‘30“ „rüüberbringen“, „klare Schwarz/Weiß- oder Gut/Schlecht-Aussagen“ und am besten noch Novitäten vom Typ „Briefträger beißt Hund“ sind.

Der Strategie des Verkürzens und der erzählerischen Kommunikationsform fallen häufig wesentliche Bezüge zu wirtschaftlichen, kulturellen oder politischen Interessen und zum politischen Gehalt vieler Probleme und damit zur politischen Beeinflussbarkeit zum Opfer. Mythen konstruieren aktiv eine ganz bestimmte soziale Wirklichkeit und dethematisieren oder dekonstruieren andere Aspekte der Wirklichkeit.

Dr. rer. pol. Bernard Braun, geb. 1949; Sozial- und Gesundheitswissenschaftler am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen mit den Forschungsschwerpunkten Gesundheitspolitik, Gesundheitssysteme und Gesundheitsberichterstattung

Auch wenn viele der Mythen im Gesundheitswesen im Bereich der Finanzierung angesiedelt und hochwirksam sind, zeigt der Mythos einer älter, zahlreicher und vermeintlich kränker werdenden älteren Bevölkerung (vgl. dazu aktuell Reiners 2009: 53ff.), dass der Reduktionismus (hier in Richtung Biologisierung sozialer Dynamiken) von Mythen auch bei vermeintlich einfachen und klaren Fragen der Gesundheit und Krankheit funktioniert und wirkt.

Nachdem spätestens mit dem seit Anfang der 1980er Jahre massenhaften Auftreten von HIV/AIDS und weiterer Infektionserkrankungen (z. B. Ebola) klar war, dass der suggerierte „Panoramawandel der Krankheitsarten“ in Richtung degenerativ-chronischer Erkrankungen nicht zum Verschwinden der Infektionserkrankungen führte, stellte sich die Frage, wie damit gesellschaftlich umgegangen wird.

In diesem Beitrag soll am Beispiel der Thematisierung der Schweinegrippe oder des „Pandemic H1N1 09 Virus“¹ als eines von der WHO und anderen Gesundheitsinstitutionen zur maximal gefährlichen „Pandemie“ erklärten Erkrankungsgeschehens nachgewiesen werden, dass und wie das Vehikel des Mythos oder der Mythologisierung die Problemwahrnehmung und den Umgang mit Problemen beeinflusst. Die Kraft des Mythos Pandemie schlägt sich konkret in einem Nebeneinander von Risiko-Überschätzung, -Unterschätzung und -Fehleinschätzung nieder und hat enorme praktische Folgen.

Der Mythos „Pandemie“ schert sich trotz seines naturwissenschaftlichen Habitus nicht um konkrete Risiken, sondern reduziert bisher ein auch und gerade bei Viruserkrankungen vielfach komplexeres und ungewisseres Geschehen auf die nahezu nicht an Bedrohlichkeit zu übertreffende dämonische und tückische Attacke des als omnipräsent und omnipotent charakterisierten „Virus“ und ein allgemeines Risikoszenario (siehe Bartens 2009).

Die bei der (Wieder-)Entdeckung von Erkrankungsfällen überwiegende Dramatisierung und *Überschätzung* des Risikos rechtfertigt sich nicht selten dadurch, dass nur so in einer Art „Krankheiten-Konkurrenz“ um die stets knappen Mitteln entsprechende Aufmerksamkeit geweckt und Ressourcen mobilisiert werden können. Der scheinbare Gewinn an Gewissheit über die Art und die „Mentalität“ des Verursachers geht aber mit einem gewaltigen Verlust an Sicherheitsgefühl einher. Kommt diese Dynamik oder Dialektik der sich gegenseitig verstärkenden Aspekte erst einmal in Gang, scheint kein Risiko zu groß und kein Damoklesschwert zu scharf zu sein. Überschätzt wird aber nicht nur das auf Schlagzeilenformat reduzierte oder von dort drohende Risiko, sondern es werden auch noch die Methoden mit denen die Attacke doch noch überlebbar erscheint, über- und fehleingeschätzt. Dies betrifft vor allem die Konzentration auf pharmakologische und individualhygienische Interventionen und Maßnahmen.

Die *Unterschätzung* oder *Fehleinschätzung* führt vor allem dazu, dass der sozialen Gehalt der Pandemie verkannt und von ihren sozialen Ursachen, ihrer politischen Beeinfluss-

barkeit und ihren ungleich verteilten Folgen abgelenkt wird.

Im Folgenden wird die empirische Situation bis Mitte Juli 2009 analysiert. Die kritische Bewertung des Umgangs mit der Schweinegrippe-Pandemie als Mythos bezieht sich also auch lediglich auf diesen Zeitraum. Auch wenn die Gesundheitsminister der Bundesländer „von steigenden Infektionszahlen im Herbst und Winter“ ausgehen, also „eine neue Welle befürchten“ und vorsorglich 50 Millionen Impfdosen bestellen wollen (alles nach Süddeutscher Zeitung vom 15. Juli 2009) ändert dies an der Kritik der bisherigen Pandemie-Politik nichts. Zu hoffen bleibt, dass sich diese durch kein anderes empirisches Datum als das der „zweiten Welle des Jahres 1918“ begründete Risikoprognose genauso wie ihre zahlreichen jüngeren Vorgänger als falsch und rein symbolische Vorsorglichkeitsaktion erweist.

2 Überschätzung von Risikoniveau und Dynamik der Schweinegrippe-Pandemie

Ein wichtiger Kern des aktuellen Pandemie-Mythos und wesentliches Element seines dramatischen Potentials ist der Bezug zu der tatsächlich größten bekannten Virusgrippen-Pandemie, der so genannten „Spanischen Grippe“ der Jahre 1918 und 1919. Meist ohne Würdigung der für Europa und die USA möglicherweise historisch einmaligen und singulären Umstände konzentriert sich die Darstellung auf die weltweit 30-40 oder gar 100 Millionen Toten und die vielfach höhere Anzahl erkrankter Personen.

Wie sehen nun aber die Risikozahlen der – erstmals seit der letzten im Jahr 1968 – am 9. Juni 2009 zur Pandemie erklärten und auf der obersten Risikostufe einer nach oben geschlossenen Risikoskala eingeordneten Schweinegrippe-Welle tatsächlich aus?

Die Anzahl der mittlerweile in fast jedem Land der Welt registrierten Erkrankten und an der Schweinegrippe Gestorbenen bewegt sich nicht nur nicht auf dem mit der Bezeichnung Pandemie assoziierten hohen absoluten Niveau, sondern sogar weit unterhalb der Werte der jährlichen „normalen“ Grippewelle.² Weltweit sterben an dieser durchschnittlich 500.000 Menschen pro Jahr oder Grippesaison, in Deutschland allein in jedem Winter zwischen 5.000 bis 15.000 Personen (Ärzte Zeitung online 16.6.2009). Im Nachhinein stellte sich dann auch noch immer heraus, dass unter den Gestorbenen viele Personen sind, die an den Folgen anderer Erkrankungen verstarben und/oder durch andere Erkrankungen so geschwächt waren, dass die Symptome der Grippe tödlich wirken konnten. Zu den Verstorbenen gehören daher oft Kinder und ältere Menschen.

Im Detail sahen die Betroffenenanzahlen der offiziell qualitativ nicht mehr steigerbaren Pandemie Anfang Juli 2009 so aus:

- Die Gesamtzahl der seit 29.4.2009 in Deutschland bestätigten Fälle beträgt 691. Seit dem 9. Juli 2009 sind

in Deutschland 50 weitere Fälle der neuerdings vom RKI als „neue Influenza“ (Influenza A/H1N1) bezeichneten Schweinegrippe bestätigt worden. Von den genannten Fällen sind 381 autochton, d.h. bei diesen Erkrankten handelt es sich nicht um Touristen oder Personen, die z. B. Kontakt mit einem Mexikotouristen hatten. (RKI 2009)

- Weltweit waren am 6. Juli 2009 laut WHO (2009b) 94.512 Personen an Schweinegrippe erkrankt und 429 Personen waren daran verstorben. Der Zuwachs gegenüber dem Vortag belief sich auf 4.591 Erkrankte und 47 Tote.
- In Europa gab es am 12. Juli 2009 13.796 erkrankte Personen und 16 Tote. (ECDC 2009)

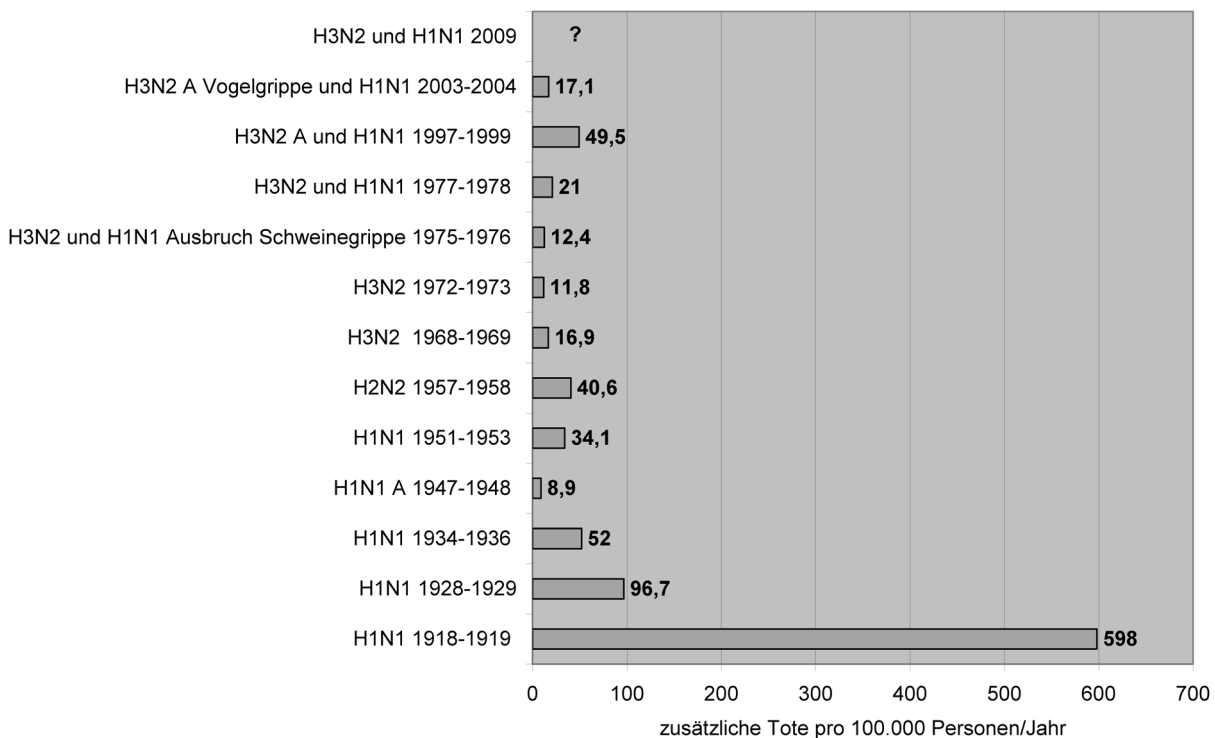
Warum es trotzdem zum Mythos einer Schweinegrippe-„Pandemie“ kommt, ist nur durch eine bewusste Ignoranz bekannter Bedingungen und Entwicklungen und durch eine gewisse Bereitschaft zu erklären, notfalls auch eine Gewissheit im „Bösen“ zu gewinnen. Hätte sich die herrschende Kommunikation des und der Umgang mit dem ohne Zweifel existierenden Problem an der Existenz und Bewertung konkreter Risiken statt an einem allgemeinen Risikoszenario orientiert, hätten u.a. folgende Aspekte beachtet werden müssen:

- In der Debatte über das erwartete und dann tatsächlich beobachtete Risiko der Vogelgrippe (vgl. zur Gesamtentwicklung bis zum Frühjahr 2009 eine 32-Seiten-Zusammenfassung der WHO [2009a]) gab es schon Hinweise,

dass es sich beim Referenzereignis der Jahre 1918 und 1919 zumindest für die Länder Europas und Nordamerikas um eine seitdem nie wieder eingetretene singuläre Konstellation körperlich und mental erschöpfter Angehörigen der verschiedenen Armeen und Hungerleidenden Zivilisten handelte, die außerdem in katastrophalen hygienischen Verhältnissen lebten und deren Gesundheitssysteme weitgehend funktionsuntüchtig waren.

- Wer sich die Verhältnisse zum Ende des ersten Weltkriegs nicht vorstellen kann, hätte zumindest einen Blick auf die Folgen aller seitheriger Grippewellen werfen können, die durch Viren verursacht wurden, die genetisch dem Virus der „spanischen Grippe“ nahestanden. Wie die folgende Abbildung zeigt, nahm die Anzahl der zusätzlichen Toten auf einem konstant weit unterhalb des Sterblichkeitsrisikos der „spanischen Grippe“ von 1918/19 liegenden Niveau fast kontinuierlich ab. Dies allein ist natürlich kein virologisch signifikanter Beweis für die absolute Unmöglichkeit der Wiederholung eines solchen Ereignisses, schränkt aber die Wahrscheinlichkeit eines plötzlichen Zurücks zum Risikoniveau der 1918/19-Grippe erheblich ein.
- Die nach dem WHO-Stufenkonzept mit dem Erreichen der Pandemie-Phase 6 scheinbare Neuartigkeit der Dramatik des Geschehens erweist sich in der Längsschnittsbetrachtung der Zeit zwischen 1918-1919 und 2009 als falsch. Wie die Abbildung zeigt, rechtfertigen die in regelmäßigen Abständen auftretenden Epidemien

Abbildung 1: Sterblichkeit assoziiert mit Grippe-Pandemien und ausgewählten epidemischen Grippeereignissen 1918-2009 (nach Morens et al. 2009: 226)



bzw. nach heutiger Definition auch Pandemien eher die Feststellung von Virologen „that we are living in a pandemic era that began around 1918“ (Morens et al. 2009: 225).

- Zur Zurückhaltung hätte aber auch der Blick auf die immer im Vergleich zur Referenzpandemie relativ harmlosen Verläufe früherer Schweinegrippe-Epidemien (z. B. in den 1970er Jahren in den USA) oder den weltweiten Verlauf der Vogelgrippe in den Jahren 2003 und 2004 führen können: Für die Tatsache, dass es trotz der den aktuellen Prognosen bis aufs Wort ähnlichen Äußerungen von kompetent erscheinenden Institutionen und ihren Vertretern³ weder in der Ersten Welt noch in Ländern der Dritten Welt nicht zu einer Vogelgrippen-Pandemie kam⁴, gibt es eine frappierende Erklärung, die bei Experten eigentlich seit längerem hätte bekannt sein müssen. 2009 wurde nämlich in der Fachzeitschrift „PLOS Pathogens“ eine simple aber experimentell bewiesene virologische Erklärung für die eher seltene Übertragung des Virus vom Tier auf den Menschen veröffentlicht: Das Virus ist in den Vögeln ein wesentlich wärmeres Klima gewöhnt als es die 32 Grad Celsius in der menschlichen Nase darstellen (Scull et al. 2009). In diesem Zusammenhang wäre aber auch schon ein gründlicher Blick auf die zahlreichen Überschätzungen von Risiken in den vergangenen Jahren hilfreich gewesen: Ließe man die Jahreszahlen weg, würde niemand merken, dass sich die ausgerechnet auf die Folgen einer Schweinegrippenepidemie beziehenden Ausführungen des US-Gesundheitsministers, die Garrett (1996) als Beleg für die von ihr diagnostizierte Renaissance von Infektionskrankheiten zitierte, auf das Jahr 1976 beziehen: „Es gibt Hinweise, daß es im kommenden Herbst eine große Grippeepidemie geben wird. Alle Anzeichen sprechen dafür, daß wir eine Wiederkehr des Grippevirus von 1918 erleben werden, der virulentesten Form der Grippe. 1918 starben eine halbe Million Menschen (in den USA). Die Vorhersagen lauten, daß dieses Virus 1976 eine Million Amerikaner töten wird.“ (F.D. Mathews, US-Gesundheitsminister zit. nach Garrett 1996: 217). Tatsächlich handelte es sich aber dann in der Formulierung eines zeitgenössischen Buchtitels um „The Epidemic That Never Was“ (Fineberg et al. 1983).
- Ein schon etwas tieferer Blick in die Fachliteratur zur genetischen Struktur Biodynamik der Familie der Influenzaviren wäre lehrreich gewesen, um zumindest bei der Verbreitung des für die Gefährlichkeit des Mythos entscheidenden Sachverhalts des ständig sich verändernden und anpassenden Virus nachdenklicher und vorsichtiger zu agieren als es geschehen ist und bis heute geschieht: Die Chronik der Grippe-Pandemien seit Anfang des 20. Jahrhunderts zeigt nämlich konstant oder nachhaltig das Gegenteil, was das aktuelle Schreckensszenario über die außergewöhnlich potente und virulente „human infectivity, transmissibility, and pathogenicity“ der Grippeviren suggeriert. Von den genetisch möglichen 144 Kombinationen der beiden Proteine der Grippeviren, die aus der äußeren Hülle des sphärischen Virus herausragen, nämlich dem Hämagglutinin (HA)

und der Neuraminidase (NA), traten seit fast 100 Jahren lediglich 3 beim Menschen nachgewiesene und auf ihn passende Kombinationen (H1N1, H2N2 und H3N2) auf. Die gegenteiligen Erwartungen sind aber nicht willkürliche Erfindungen, sondern beruhen auf einer anderen zum Teil evidenten Annahme über das Verhalten des Grippevirus als „mikrobielles Chamäleon“ (Garrett 1996: 220). Viren, die wie die Grippeviren meist „nur“ anfällige Menschen töten, haben das Problem, dass immer größere Teile der Bevölkerung durch überstandene Infektionen oder Impfungen immunisiert sind und folgende Virusgenerationen keinen „Nährboden“ mehr finden. Die Grippe habe dieses Dilemma nur deshalb überdauert, weil sie „sich rigoros an eine einzige Maxime hielt: anpassen oder sterben.“ (Garrett 1996: 220). Wie die empirische Entwicklung seit 1918/19 zeigt, scheint es seitdem zu einer Art *modus vivendi* gekommen zu sein, der die Grippe und die meisten infektionsbedrohten Menschen überleben lässt.

Dies lässt us-amerikanische Virologen mitten in der Schweinegrippe-Pandemie zu dem Schluss kommen, die Grippeviren hätten offensichtlich „inherent limitations in host adaptation“ (Morens et al. 2009: 226). Auch wenn dafür bisher keine Erklärung existiert, stellt sich die Frage, warum ein Virus, das fast ein Jahrhundert lang gut mit drei Kombinationen „gelebt“ und überlebt hat, plötzlich weitere und dann möglicherweise wesentlich gefährliche Arten produzieren sollte. Dies gilt auch für die mitten in der erfreulicherweise „mild“ verlaufenden Pandemie der Nordhalbkugel-Sommermonate 2009 geäußerten Befürchtungen vor einer zweiten, dann wesentlich gefährlicheren Erkrankungs- und Sterblichkeitswelle im Nord-Winter durch ein dann plötzlich aggressiveres Virus. Ein derartiges Szenario formuliert beispielsweise der Präsident des in Deutschland wesentlich für den Input der Risikokommunikation zuständigen Robert-Koch-Institut (RKI) am 22. Juni 2009 so: „Eine veränderte Form des Schweinegrippe-Erregers A/H1N1 könnte nach Einschätzung des Robert-Koch-Instituts (RKI) im Herbst dieses Jahres Deutschland erreichen. Es sei möglich, dass das Virus sein Erbmateriale verändere, sagte RKI-Präsident Jörg Hacker am Dienstag in Berlin“ fügte dem aber hinzu: „Im Unterschied zu den gut charakterisierten saisonalen Influenzaviren kennen wir die weitere Entwicklung des neuen Erregers nicht“, die Vorbereitung eines Impfstoffes seien aber gleichwohl voll im Gange. (Bericht in der Ärzte Zeitung vom 23. Juni 2009)

Auch diese Befürchtungen beziehen ihre Evidenz aber lediglich aus einer latent hysterischen Analogie zur zweiten Welle der Pandemie von 1918/19 und nicht aus der Entwicklung der letzten Wochen bis Jahre.

- Wenn man schon dabei ist, sich „den Kopf“ des Influenza-Virus zu zerbrechen, sollte noch ein faszinierender möglicher Grund für das historische und aktuelle „Verhalten“ der Viren Beachtung finden. Morens et al. weisen analog zu den wissenschaftlich verifizierten Verhaltensweisen von Parasiten gegenüber ihren Wirten darauf hin, dass bei aller Aggressivität eine Art eigen-

nütziger Sperre ihren Wirt nicht zu zerstören auch bei Viren existieren könne. Folgt man dem Gedanken, dass auch Viren vor dem „Dilemma“ standen und stehen, die Fähigkeit eine schwere, wenn nicht sogar tödliche Erkrankung hervorzurufen mit ihrer größtmöglichen Verbreitung oder Verbreitbarkeit in Einklang zu bringen, spricht einiges dafür, dass sie bis heute die evolutionäre „Wahl“ getroffen haben, „that favor optimal transmissibility with minimal pathogenicity“ (Morens et al. 2009: 229). Mit anderen Worten: Ein Virus, das seinen Wirt massiv lahmlegt oder gar tötet, ist nicht optimal bei der arterhaltenden Verbreitung auf möglichst viele andere Wirte.

- Schließlich war die im direkten Vergleich mit der „spanischen Grippe“ aber auch zur „normalen“ saisonalen Grippe deutlich geringere Gefahr bereits nach den ersten empirischen Analysen der im Frühjahr 2009 in Mexiko aufgetretenen Schweinegrippe-Fälle bekannt. Die Sachlage fasste die us-amerikanische Infektionsspezialistin Garrett in der New York Times vom 10. Juni 2009 so zusammen: „Its virulence seems to be well below that of routine seasonal flu, and its so-called RO (or reproductive number) is about 1.4, based on Mexican data. This statistic means each person who acquires the virus infects about 1.4 other people. That's certainly not a terrifying level of contagion. In contrast, the dreaded 1918 influenza pandemic had an RO of around 3; on average, each infection was tripled.“ Dass sie im weiteren Verlauf ihres Artikels aber dennoch die Frage stellt, was wäre, wenn auch die Schweinegrippe-Ansteckungsrate auf 3 stiege und dass die Regierungskonzepte zur Eindämmung der Gefahren dann „lächerlich“ wären, gehört zum „Worst case“-Strickmuster der Pandemie-Kommunikation.
- Das bisher Gesagte wird noch durch ausgesprochen selbstkritische Anmerkungen von Virologen unterstrichen. So wird eingeräumt, man habe sich rund 20 Jahre eigentlich nicht um die Ahnen des heutigen „Schweinegrippenvirus“ gekümmert und ganz sicher sei noch nicht einmal, ob die Zuordnung des jetzt akuten Virus zum Entstehungs-„ort“ Schwein absolut korrekt sei (Trifonov et al. 2009: 115). Das Pendel scheint im Moment sogar in Richtung Selbsterkennung und erkenntnistheoretischen Nihilismus auszuschlagen. Unter der Überschrift „Forever Unprepared — The Predictable Unpredictability of Pathogens“ folgt der Schluss: „But we have been dead wrong — not once, but twice — with regard to these two old foes. ... the appearance ... of oseltamivir-resistant influenza virus earlier this year has shown us just how poorly we perform in predicting the next development in the microbial world.“ (Sepkowitz 2009)

Trotz der deutlichen Hinweise auf das Fehlschlagen des Versuchs, das Auftreten der Schweinegrippe als Pandemie zu konstruieren, wäre es aber sicher voreilig das Phänomen der Grippeepidemien mit dem Etikett „Weichei“ („wimpy“) (Garrett 2009) zu vergessen.

3 Überschätzung und Fragwürdigkeiten traditioneller Maßnahmen gegen die Schweinegrippe-Pandemie

Zur den Faktoren, die am intensivsten am Mythos der Schweinegrippe-Pandemie mitgewirkt haben, gehört die Einordnung der Situation auf der Pandemiestufe 6 der nach oben nicht offenen Risikoskala durch die WHO⁵. Dies ist insofern keine rhetorische Petitesse, weil mit dieser Einstufung ein weltweites Karussell an Maßnahmen in Gang gesetzt wird, die dann ihrerseits automatisch, eigenständig und ohne weitere empirische Evidenz den Mythos nährt und verfestigt.

Das WHO-Verhalten aber ausschließlich als unbegründeten Aktionismus oder Alarmismus zu kritisieren wäre auch zu kurz gegriffen. Dies hilft ein Blick in die Vergangenheit zu verstehen. In den 1990er Jahren war die WHO von Experten der US-„Centers for Disease Control (CDC)“ massiv wegen ihrer als zu lahm bewerteten Reaktion auf die zuvor ausgebrochene Welle von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen kritisiert worden. Sie habe die AIDS-Epidemie gewaltig unterschätzt: „Bis die WHO erkannte, daß es eine AIDS-Epidemie gab, wütete diese bereits auf vier Kontinenten“, was „ja wohl alles über die Bereitschaft und die Notfallreaktionen der WHO“ (zit. nach Garrett 1996: 831) sage.

Angesichts dieser existentiellen Kritik versuchte die WHO spätestens mit der Vogelgrippe der Jahre 2003 und 2004 frühzeitiger und aggressiver zu reagieren. So entstand das gültige Pandemie-Stufenschema, das im Kern auf zwei Indikatoren für die Ernsthaftigkeit der Verbreitung von Erkrankungen und einer folgenschweren (Fehl-)Annahme über die Gefährlichkeit der Erkrankung beruht. Bei den Indikatoren handelt es sich um die geographische Verbreitung von Neuerkrankungen und die Existenz einer regelhaften Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Die WHO definiert das Bedrohungsmaximum nicht erst dann, wenn schwere Mensch-zu-Mensch-Infektionen in allen Kontinenten auftreten sondern bereits dann, wenn dies in zwei WHO-Regionen oder auf zwei Kontinenten erfolgte. Von entscheidender Bedeutung für die Ernsthaftigkeit der Warnstufen war zudem die inhaltliche Annahme, es handle sich bei einer Influenzaepidemie stets um eine gefährliche, extrem variable und aggressive Art von Erregern.⁶ So lag der Erklärung der Pandemiestufe 6 für Vogelgrippen- oder Schweinegrippe-Epidemien allein für Deutschland die Annahme von jährlich zusätzlich 100.000 Grippe-Toten zugrunde.

Bei aller Kritik am Warnstufenmodell der WHO dürfen auch nicht die objektiven Schwierigkeiten verschwiegen werden, mitten in einem dynamischen Erkrankungs-geschehen rechtzeitig und verlässlich Prognosen zu erstellen. Dies gleicht, wie Experten meinen, einer Wanderung auf einem extrem schmalen Grat einer eigenartig „schlüpfri-gen“ Erkrankung⁷. Sie sprechen darin ein fundamentales Dilemma an, das ihnen von der auch hier von den Medien beeinflussten und nach Gewissheit und Sicherheit verlangenden Bevölkerung aufgeherrscht wird oder das sie sich

bei der Selbststilisierung als untrüglicher Experte selbst erzeugen. Trotz der Unsicherheit und Ungewissheit über das Ausmaß und die Performance der Gefahren sollen und wollen sie nüchtern eindeutige und handlungsbegründende und –leitende Bewertungen vornehmen und Prognosen abgeben:

„This approach (der Berechnung einer so genannten „case fatality rate“ mittels eines „Pandemic Severity Index“) makes sense in theory, but in practice, decisions have had to be made before definitive information was available on the severity, transmissibility, or natural history of the new H1N1 virus. The United States, for example, passed the 1000-case mark on May 4, and the second death was reported on May 5. Crudely speaking, the case fatality ratio thus appeared to be 0.2%, near the upper end of the range for seasonal influenza, and superficially, this statistically uncertain estimate seems remarkably accurate given the data available on May 27, by which point there were 11 deaths and 7927 confirmed cases (a case fatality ratio of 0.14%).

However, two principal sources of uncertainty critically affect severity estimates. The proportion of severe cases is overestimated in settings where many mild cases are not reported or tested ... In contrast, severity estimates are biased downward when they are calculated as simple ratios of numbers of deaths to numbers of cases, because there is a delay between the onset of illness and death“ (Lipsitch et al. 2009).

Erlangen oder erwecken Experten und die Öffentlichkeit aber trotz des gerade beschriebenen Dilemmas Gewissheit über den „Ernst der Lage“ oder eine drohende oder existente Pandemie gerät ein vielgliedriges System individueller und kollektiver Gegenmaßnahmen in Bewegung, das ebenso reduktiv und selbstgewiss Abhilfe durch seine Maßnahmen verspricht. Wie bei der Überschätzung des Risikos werden also auch zahlreiche Ansätze die Pandemie zu vermeiden oder zumindest ihre Folgen zu mildern, durch die Ignoranz und Nichtkommunikation bekannter Wirkungseinschränkungen weit überschätzt oder problemloser und wirksamer dargestellt als sie in Wirklichkeit sind.

3.1 Zur Wirksamkeit von pharmazeutischen Antworten auf die Schweinegrippe-Pandemie

Die beiden pharmazeutischen Standardreaktionen auf den Ausbruch einer Grippeepidemie oder –pandemie sind die

- schnellstmögliche Produktion eines erregerspezifischen Impfs erums und die Impfung möglichst aller besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen und des Gesundheitsspersonals oder gar der gesamten Bevölkerung („Null-Risiko-Option“) und
- die präventive wie kurative „Behandlung“ mit Medikamenten, welche die als wirksam geltenden Wirkstoffe Oseltamivir (Tamiflu® von der Firma Roche) und

Zanamivir (Relenza® von der Firma GlaxoSmithKline) enthalten.

Die scheinbar plausible und spätestens für den Herbst 2009 schutz versprechende Impfstrategie erweist sich gerade in der gegenwärtigen Schweinegrippe-Pandemie als keineswegs uneingeschränkt wirksam und nützlich. Dafür gibt es mehrere bekannte Gründe: Erstens gibt es einen bereits beim drohenden Ausbruch der Vogelgrippe-Pandemie festgestellten Engpass bei der Entwicklung aber vor allem der Produktion von ausreichenden Mengen von Impfstoff. Dieser beruht vor allem auf der geringen Anzahl von weltweit weniger als 10 privaten Impfstoffproduzenten. Das Beispiel der USA zeigt einen rapiden Rückgang der Anzahl derartiger Unternehmen: Von 37 Firmen im Jahre 1976, die in den USA und für die USA Grippevaccine produzierten, existierten im Winter 2003/2004 noch zwei Unternehmen (Davis 2005: 121/22). Dies beruht vor allem auf den angeblich geringen Gewinnmöglichkeiten. Institutionen wie die „New York Times“ (Bradsher/Altman 2004)⁸ oder das US-Gesundheitsministerium (DHHS 2004) warfen zu recht die Frage auf, ob die für die Wirksamkeit von öffentlichen Impfprogrammen schnellstmögliche Produktion von Impfstoffen weiter von den Marktkalkülen weniger privater Unternehmen abhängig sein sollte. Beispielsweise erklären Impfstoffproduzenten dem hilflosen Publikum, sie würden kapazitätsbedingt durch die Produktion des Anti-Schweinegrippe-Serums kein Serum für die „normale“ Wintergrippe erzeugen können.

Selbst wenn es mehr produzierende Unternehmen gäbe, wären damit weder die Folgen der veralteten Produktionstechnologie (z. B. Konzentration auf die Serumproduktion mit Hühnereiern) noch der in den Vorjahren zum Teil schlechten Qualitätskontrolle bewältigt (vgl. dazu Davis 2005: 121f.).

Und selbst wenn genügende Mengen von wirksamem Impfs erum existierten, gäbe es kritische Verteilungsscheidungen: Zum einen geht es um die weltweite Verteilung auf Länder der ersten, zweiten und dritten Welt, was nicht nur eine Frage der Finanzierung, sondern auch eine der Existenz funktionsfähiger Gesundheitsversorgungssysteme ist. Zum anderen zeigt eine Besonderheit des aktuellen Schweinegrippe-Virus, dass es nicht immer einfach zu bestimmen ist, welche Bevölkerungsgruppe den größten individuellen Bedarf hat und wodurch der größtmögliche kollektive Nutzen erreicht werden kann. Waren bisher neben den Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen besonders jüngere und ältere Personen von Grippeinfektionen und ihren Folgen betroffen, erkrankten an Schweinegrippe derzeit vor allem mittelalttrige Personen und dort auch bevorzugt diejenigen, die auch noch an einer anderen Krankheit leiden. Ältere Personen haben ein bemerkenswert geringes Erkrankungsrisiko, was vermutlich auf einer vor Jahren erworbenen Immunität beruht.

Auch wenn vorsorgliches Impfen zumindest im Moment in Deutschland nicht offensiv propagiert wird, warnen us-amerikanische und britische Impfspezialisten im „Journal of Infection Diseases“ (2009 Aug 1;200(3):321-8.) vorsorglich vor einer Impfung mit gering spezifischem Impfs erum

in der so genannten vorpandemischen Zeit (etwa Stufe 3 und 4 der WHO-Klassifikation). Auf dem Hintergrund von Erfahrungen mit dem „National Influenza Immunization Programme“ in der ersten richtigen Schweinegrippe-Epidemie, die in den USA im Jahr 1976 stattfand, weisen sie darauf hin, das „prepandemic“ (interpandemic) era – Impfen „could lead to millions of persons receiving vaccines of uncertain efficacy potentially associated with rare severe adverse events and against a virus that may not cause a pandemic.“ (Evans et al. 2009: 321)

Als problematisch und scheinsicher erweist sich auch der Einsatz von Präparaten wie Tamiflu oder Relenza. Von ihnen wurden und werden trotz expliziter Zweifel an ihrem Nutzen⁹ und unter gewaltigem politischem und wirtschaftlichem Druck¹⁰ Millionen Behandlungsdosen eingekauft und für den Pandemiefall für die Versorgung unterschiedlich großer Teilen der Bevölkerung eingelagert.

Hinzu kommt, dass die Mindesthaltbarkeitszeiten der 2004/2005 eingelagerten Medikamente, die eigentlich 2009 überschritten worden sind, von der dafür zuständigen „European Medicines Agency (EMA)“ großzügig und scheinbar problemlos verlängert wurden. Ähnlich unaufwändig ging dies auch bei der Beseitigung von Behandlungsverboten für Schwangere und Kleinkinder, die schließlich auf Untersuchungsergebnissen beruhen und auch von den Herstellern jahrelang veröffentlicht wurden.¹¹

Das wirkliche Problem der medikamentösen Behandlung ist in jedem Fall der seit Jahren bekannte Mangel an Nachweisen der Wirksamkeit von Tamiflu und Relenza bzw. die Frage, ob ein präventiver Einsatz sinnvoll ist oder gar gefährlich.

Zur Wirksamkeit waren sich verschiedene Expertengruppen seit Jahren über Folgendes einig:

- Bereits 2007 erklärte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in einer an die Ärzte verteilten Information: „Die Neuraminidaseinhibitoren (NI) ... bringen nach den derzeitigen epidemiologischen Erkenntnissen keinen zusätzlichen generellen Nutzen bei der Therapie der saisonalen Influenza, erhöhen aber die Kosten. Die Prophylaxe der Wahl ist neben infektionshygienischen Maßnahmen die Gripeschutzimpfung. Die Wirksamkeit von NI zur Prophylaxe und Therapie der aviären Influenza („Vogelgrippe“) beim Menschen ist nicht erwiesen.“ (KBV 2007)
- Tamiflu und Relenza haben zum Teil schwere Nebenwirkungen und sind für einige Personengruppen (Schwangere, Kinder unter einem bzw. fünf Jahren) gefährlich und waren anfangs für die Behandlung dieser Gruppen nicht zugelassen (KBV 2007).
- Eine Forschergruppe des Mediziner-Netzwerks „Cochrane Vaccines Field“ stellte in einer in der Fachzeitschrift „Lancet“ 2009 veröffentlichten Überblicksstudie fest, es gäbe bisher keinen Beweis, dass Tamiflu bei der letzten Influenza-Epidemie, also bei den an Vogelgrippe erkrankten Menschen in Asien, die Todesrate gesenkt hat.

Etwas gesicherter sind positive Wirkungen auf die Dauer der Erkrankung, die um bis zu 34%, d.h. um rund einen Tag verkürzt werden konnte. Dies war nur erreichbar, wenn der Medikamenteneinsatz innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem ersten Auftreten von Symptomen erfolgte (Jefferson et al. 2009). Selbst wenn die Verkürzung der Erkrankungsdauer einen Tag weniger Ansteckungsgefahr bedeutet, handelt es sich wegen des wahrscheinlich nicht seltenen Übersehens der Symptome um einen in Wirklichkeit wesentlich geringeren Nutzen.

- Die Cochrane-Forscher halten deshalb alles in allem eine Abwehrstrategie, die fast ausschließlich auf Neuraminidase-Hemmer (NI) setzt für bedenklich und empfehlen wenigstens eine Mischung medikamentöser und hygienischer Mittel: „In a serious epidemic or pandemic, NIs should be used with other public health measures. ... Because of their performance, NI should not be used on their own, but alongside barrier (masks, gloves), personal hygiene and quarantine measures.“ (Jefferson et al. 2006)
- Einen präventiven Einsatz von NI und letztlich auch einen Einsatz gegen Symptome bei zu vielen Personen in der Allgemeinbevölkerung bewerten die meisten Experten wegen der bereits mehrfach in Japan aber auch in Europa nachgewiesenen Resistenzbildung von Schweinegrippe-Viren mit großer Skepsis: „Die zunehmend auftretenden Resistenzen von Influenzaviren gegen Oseltamivir in vivo und gegen Zanamivir in vitro verbieten eine Verordnung der NI zur Prävention.“ (KBV 2007)

3.2 Zur Wirksamkeit von sozial- und individualhygienischen Mitteln gegen Schweinegrippe-Pandemie

Trotz der gerade zitierten positiven Bewertung des Nutzens von hygienischen Schutzmaßnahmen wie Nasenmasken, die die Ansteckung durch Tröpfchen verhindern sollen, persönlicher Hygiene (Händewaschen) und Quarantäne zeigen Untersuchungen auch hier überschätzte Wirkungen.

So räumt das RKI in seinem Pandemieplan aus dem Jahre 2007 ein, es fehle generell an Wirksamkeitsnachweisen von Masken außerhalb von Krankenbetreuung. Außerdem gäbe es eine Reihe von Bedingungen, welche die Wirkung von Masken einschränken. Und schließlich gäbe es auch eine Reihe nutzloser Maskentypen: „Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt in ihrem Rahmen-Pandemieplan (von 2005) keinen Mund-Nasen-Schutz für die allgemeine Bevölkerung („not known to be effective, permitted but not encouraged“). ... Einlagige Masken, etwa aus Papier, sind nicht sinnvoll.“ (RKI 2007: 89)

Selbst für den Fall, dass technisch geeignete Masken getragen würden, wies eine Studie über die Praxiswirkung der besonders empfohlenen so genannten N95-Maske, auf ihre beschränkte praktische Wirksamkeit beim flächendeckenden Einsatz bei den Aufräumarbeiten nach dem Hurrikan Katrina im Großraum New Orleans hin. Dort wurde von

Cummings et al. (2007) nachgewiesen, dass die Maske nur von 24% der 538 untersuchten Maskenträger korrekt getragen wurde und damit wirksam war, der Rest schaffte dies nicht und hatte daher auch nicht den notwendigen Schutz.

Zum Nutzen der mit erheblichen Eingriffen in bürgerliche Freiheitsrechte verbundenen Quarantäne stellt wiederum der Pandemieplan des RKI für Deutschland fest: „Bei einer verbreiteten und anhaltenden Übertragung des Pandemievirus in der Bevölkerung (Phase 6) in Deutschland sind diese Maßnahmen ... nicht mehr effektiv“ (RKI 2007: 89).

Zum erwartbaren Nutzen der Schließung von Schulen oder vergleichbarer Orte an denen sich größere Menschenmengen zusammenfinden und u.a. mit Schweinegrippe infizieren können, merkte selbst der RKI-Pandemieplan, in dessen Maßnahmenrepertoire sich auch diese Maßnahme befindet, einschränkend an: „Schulschließungen auf dem Höhepunkt der Pandemie wirken sich mathematischen Modellierungsstudien zufolge günstig auf die Spitzen-Erkrankungsraten, aber offenbar kaum auf die Erkrankungsraten insgesamt aus.“ (RKI 2007:92) Dies liegt möglicherweise an dem Folgeproblem, dass dann, wenn man wirklich Zusammenballungen von jugendlichen Risikoträgern vermeiden will, konsequenterweise auch alternative Treffmöglichkeiten in Kinos, Jugendzentren oder Hinterhöfen blockiert werden müssen.

Nachdem sich auch ein Teil der individual-hygienischen Pandemie-Gegenmaßnahmen als nur eingeschränkt wirksam erwiesen hat, soll zum Schluss noch ein kritischer Blick auf den bereits 2007 erarbeiteten und in drei Teilen veröffentlichten Pandemieplan für Deutschland geworfen werden.

Auch wenn der von einer Arbeitsgruppe des RKI ausgearbeitete Plan durch das vom Bundestag im Jahr 2000 beschlossene und zuletzt 2008 geänderte „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)“ formal legitimiert ist, bleiben angesichts des Notstandscharakters vieler der im Plan enthaltenen Maßnahmen Fragen offen, ob und wie der Plan wirklich gerechtfertigt und legitimiert ist und ob er dafür ausreichend bekannt ist.

Dies betrifft etwa folgende der mit ihm möglichen Maßnahmen:

- „Die Gesundheitsämter können für die erforderlichen Ermittlungen unter anderem Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel aller Art betreten, Bücher oder sonstige Unterlagen einsehen, von Personen die erforderlichen Auskünfte verlangen, Personen, die krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider sind, vorladen, untersuchen und Untersuchungsmaterial entnehmen.“
- „Die zuständige Behörde kann ... insbesondere Quarantäne (Absonderung) oder Beobachtung anordnen für Personen, die krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider sind, Veranstaltungen

gen oder Ansammlungen einer größeren Anzahl von Menschen beschränken oder verbieten, Badeanstalten oder in § 33 IfSG genannte Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Schulen, Kindergärten) schließen, Personen verpflichten, den Ort, an dem sie sich befinden, nicht zu verlassen oder bestimmte Orte nicht zu betreten.“ (RKI 2007: 35)

4 Unterschätzung und Vernachlässigung der sozialen Ursachen der Schweinegrippe-Pandemie

Sowohl die laufende Beschäftigung mit der Schweinegrippe als Pandemie als auch die Versuche, das Risiko durch die Bezeichnung des Virus als „Weichei“ herunterzuschrauben, fallen tendenziell vom Extrem der Überschätzung in das der folgenreichen Unterschätzung oder Fehleinschätzung der mit einer Grippepandemie verbundenen Gefahren sowie vor allem der komplexen aber beeinflussbaren Ursachen für die potenziell pandemischen Infektionswellen.

Garrett (1996) und der Bevölkerungswissenschaftler Davis (2005) hatten in ihren Studien über frühere Infektions- und auch Grippe-Epidemien auf eine Reihe von strukturellen und individuellen Aspekten und Bedingungen hingewiesen, die von großer theoretischer aber vor allem praktischer Bedeutung seien:

- „Die Bedrohung durch diese neue Schweinegrippepandemie war eine direkte Folge der erhöhten Schweineproduktion“ (Davis 2005: 82) in immer größer werdenden Herden und industriellen Verarbeitungseinheiten, die mit der Verlängerung der Transportwege auch für eine schnelle und flächige Verbreitung von Infektionen sorgten.
- Sowohl ältere Untersuchungen zur kritischen Verbreitung des SARS-Virus, einem schweren akuten Atemwegssyndrom (Severe Acute Respiratory Syndrome) und der ersten „pandemischen Überraschung“ (Davis 2005: 65) dieses Jahrzehnts, als auch eine aktuelle Untersuchung aus den USA zur Infektiosität des Schweinegrippe-Virus bei Angehörigen des Gesundheitspersonals zeigten, dass dabei das „überraschenderweise weit verbreitete Unvermögen des Krankenhauspersonals, die richtige Schutzkleidung zu benutzen und sich an die Hygienevorschriften zu halten – angefangen beim einfachen Händewaschen“ (Davis 2005: 71) eine zentrale Rolle spielte. Der jüngste und natürlich nicht repräsentative Bericht der CDC über die ersten wenigen Fälle einer Schweinegrippe-Infektion von Angehörigen des Gesundheitspersonals durch Kontakt mit Patienten fasst seine Ergebnisse so zusammen: „Of the 12 HCP with probable or possible patient to HCP acquisition ... only three reported always using either a surgical mask (two) or an N95 respirator (one). Five reported always using gloves. None reported always using eye protection. None reported always using gloves, gown, and either surgical mask or N95 respirator.“ (CDC 2009a: 643)

- Eine herausragende Rolle beim Überspringen von tierischen Viren auf den Menschen und bei der manchmal raschen Verbreitung einer Erkrankung spielen neue so genannte „Krankheitsökologien“ (Davis 2005: 55) oder „von Menschen verursachte ökologische Schocks“ (Davis 2005: 13). Diese bestehen aus einer Kombination der katastrophalen Urbanisation der dritten Welt in Slumperipherien zahlreicher Megastädte für die dortige arme Bevölkerung, die als „Krankheitsfabrik“ (Ewald 1994) funktionieren, und der weltweiten Mobilität von Gütern und Menschen (Ferntourismus) und schaffen einen „Sog der Gelegenheit“. Garrett (1996: 630ff.) charakterisiert diese Entwicklungen als „Verdritteltweltlichung“, die sie durch das „Zusammenspiel von Armut, schlechter Unterbringung, gesellschaftlicher Verzweiflung und Krankheit“ charakterisiert sieht.
- Zu allem hinzu kommt, dass viele Länder der dritten Welt nicht nur die „sine qua non“ einer durch Tröpfcheninfektion übertragenen Pandemie erfüllen, nämlich eine hohe „Wirtsdichte“ unter schlechten hygienischen Bedingungen“ (Davis 2005: 132), sondern auch über kein funktionierendes nationales Gesundheitssystem verfügen.
- Selbst wenn mehr nationale Gesundheitssysteme funktionieren würden und zwar mit einem deutlichen Schwerpunkt auf öffentlicher Gesundheitsvorsorge, fehlt zu einem erfolgreichen Agieren in der „Influenza-ökologie“ (Davis) ein internationales Gesundheitssystem, das den Dimensionen der ökonomischen Globalisierung entsprechen müsste und der Bewältigung ihrer Auswirkungen gerecht wird. Die „Vorstellung, dass die Gesundheit einer jeden Nation von der Gesundheit aller anderen abhängt, ... kein frommer Wunsch (ist), sondern eine epidemiologische Tatsache“ (Garrett 2001: 21) hat sich praktisch auch nach zwei pandemischen Ereignissen nicht in praktischen Strukturen und Maßnahmen niedergeschlagen.
- Unter Influenza-Epidemien oder -Pandemien hatten folgerichtig auch am meisten die zur dritten Welt gehörenden Länder zu leiden, woran sich wahrscheinlich auch heute und künftig nichts ändern wird.

5 Cui bono?

Auch wenn die Pandemie-Mythen sicherlich den Herstellern der beiden Influenza-Medikamente einen wirtschaftlichen Nutzen bieten, ist dies noch keine ausreichende Erklärung dafür, dass der Mythos auf einen fruchtbaren Boden fällt.

Die eingangs herausgearbeiteten reduktiven und narrativen Funktionen und Wirkungsweisen des Pandemiemythos spielen eine viel größere Rolle bei zwei wichtigen Kernfragen des heutigen und künftigen Umgangs mit chronischen und infektiösen Erkrankungen:

- Sie unterminieren oder relativieren ein Verständnis der Bedeutung von Verhaltens- und Verhältnisprävention,

das sich im Zeichen der Bedeutung chronisch-degenerativer Erkrankungen gerade zu entwickeln begann. Sie bereiten zugleich den Boden für eine Art Renaissance der traditionellen medizinischen und vor allem pharmazeutischen Interventionsmitteln.

- Von der anderen Seite betrachtet besteht der größte Beitrag des Pandemiemythos darin komplexe Entstehungs- und Vermeidungsfaktoren zu reduzieren. Ähnlich wie in der Debatte um die Klimakatastrophe geht es darum das „man made“ der Influenzaerkrankungen und des damit verbundenen Drucks auf die individuellen und kollektiven Existenzbedingungen wegzudiskutieren oder zu retuschieren. Dies bedeutet auch, dass die konkreten sozialen, ökonomischen und politischen Ursachen oder Entstehungsbedingungen der Pandemien zugunsten einer allgemeinen Bedrohung durch „dämonische“ und „böse“ Naturkräfte fast völlig ausgeblendet werden. Die größten Interessenten und Nutznießer an den herrschenden Varianten der Pandemiemythos sind die sozialen Akteure und Kräfte, die an den hochzentralisierten Verhältnissen in der Fleischproduktion verdienen. Dies gilt in gleichen Maße für die Akteure, die materiell an den sozialen Bedingungen interessiert sind, die zu der immer mehr verbreiteten räumlichen Konzentration der armen Bevölkerungen mit den damit verbundenen extrem elenden und strukturell unhygienischen (z. B. die Kombination des Mangels an sauberem Trinkwasser und an Sanitärsystemen) Formen des Zusammenlebens von Menschen und Tieren in vielen Ländern der dritten Welt beitragen. Entlastet wird die herrschende Gesundheitspolitik in den Ländern der ersten Welt, die vorrangig darauf setzt möglichst viele Erkrankungen und Todesfälle durch Impfen und Arzneimittelbehandlung zu vermeiden davon, eine globale präventive Welt-Gesundheitspolitik zu entwickeln.

Literatur

- Bartens, Werner (2009): Stell dir vor, es ist Seuche, und keiner fühlt sich bedroht. In: Süddeutsche Zeitung vom 13. Juni 2009.
- Bradsher W., Altman L. (2004): Experts Confront Major Obstacles in Containing Virulent Bird flu, New York Times 30.9.2004.
- Braun B., Kühn H., Reiners H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/Main.
- CDC (2009): Serum Cross-Reactive Antibody Response to a Novel Influenza A (H1N1) Virus After Vaccination with Seasonal Influenza Vaccine. In: MMWR May 22, 2009 / 58(19);521-524.
- CDC (2009a): Novel Influenza A (H1N1) Virus Infections Among Health-Care Personnel --- United States, April--May 2009. In: MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report) vom 19. Juni 2009, 58(23); 641-645.
- Chan Margaret (2009): Influenza A(H1N1): lessons learned and preparedness. Keynote speech at a high-level meeting on influenza A(H1N1): lessons learned and preparedness in Cancun, Quintana Roo, Mexico 2 July 2009.
- Davis M. (2005): Vogelgrippe. Zur gesellschaftlichen Produktion von Epidemien. Berlin/Hamburg.
- DHHS (Department of Health and human services) (2004): Draft: Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan. Washington.
- ECDC (European Centre for disease prevention and control) (2009): ECDC SITUATION REPORT. Main developments in past 24 hours. Update vom 12. Juli 2009.

Evans D, Cauchemez S und Hayden FG (2009): „Prepandemic“ immunization for novel influenza viruses, „swine flu“ vaccine, guillain-barré syndrome, and the detection of rare severe adverse events. In: *J Infect Dis.* 2009 Aug 1;200(3):321-8.

Ewald P. (1994): *Evolution of Infectious Disease.* Oxford.

Fineberg H, Neustadt R. (1983): *Epidemic That Never Was: Policy-Making and the Swine Flu Scare*, o.O.

Fineberg H., Neustadt R (1978): *The Swine Flu Affair. Decision-Making on a Slippery Disease*, o.O.

Garrett Laurie (1996): *Die kommenden Plagen. Neue Krankheiten in einer gefährdeten Welt*, Frankfurt/Main.

Garrett, Laurie (2001): *Das Ende der Gesundheit. Bericht über die medizinische Lage der Welt.* Berlin.

Garrett Laurie (2009): *When Is a Pandemic Not a Pandemic?* In: *New York Times* vom 10. Juni 2009.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG).

Jefferson T., Demicheli V., Di Pietrantonio C., Jones M. und Rivetti D. (2006): Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Jefferson T., Demicheli V., Rivetti D., Jones M., Di Pietrantonio C. und Rivetti A. (2006): Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. In: *The Lancet*. Volume 367, Issue 9507, 28 January 2006-3 February 2006, Pages 303-313.

Kamps Bernd Sebastian, Hoffmann Christian und Preiser Wolfgang (2006): *Influenza Report 2006.* www.InfluenzaReport.com. Sevilla.

KBV (2007): Wirkstoff Aktuell Oseltamivir (Tamiflu); Zanamivir (Relenza). In Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Ausgabe 01/2007.

Kristin J. Cummings, Jean Cox-Ganser, Margaret A. Riggs, Nicole Edwards und Kathleen Kreiss (2007): Respirator Donning in Post-Hurricane New Orleans. In: *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 13, No. 5, May 2007.

Lipsitch Marc, Steven Riley, D.Phil., Simon Cauchemez, Ph.D., Azra C. Ghani, Ph.D., and Neil M. Ferguson, D.Phil. (2009): Managing and Reducing Uncertainty in an Emerging Influenza Pandemic. In: *NEJM* Volume 361:112-115 July 9, 2009 Number 2.

Morens David M., Taubenberger Jeffery K. und Anthony S. Fauci (2009): The Persistent Legacy of the 1918 Influenza Virus. In: *New England Journal of Medicine* 361; 3 vom 16. Juli 2009: 225-229.

Reiners H. (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern.

RKI (Robert Koch Institut) (Hrsg.) (2007): *Nationaler Pandemieplan Teil III. Wissenschaftliche Zusammenhänge der Pandemieplanung in Deutschland. Ein Bericht der Expertengruppe 'Influenza-Pandemieplanung' (Stand: Mai 2007).* Berlin.

RKI (2009): *Situationseinschätzung zur Neuen Influenza.* (http://www.rki.de/cn_160/nn_200120/DE/Content/InfAZ/1/Influenza/IPV/Schweineinfluenza__Situation.html).

Scuffham P.A., P.A. West (2002): Economic evaluation of strategies for the control and management of influenza in Europe. In: *Vaccine* 20 (2002) 2562–2578.

Scully MA, Gillim-Ross L, Santos C, Roberts KL, Bordonali E, Kanta Subbarao, Wendy S. Barclay und Raymond J. Pickles. (2009): Avian Influenza Virus Glycoproteins Restrict Virus Replication and Spread through Human Airway Epithelium at Temperatures of the Proximal Airways. In: *PLoS Pathogens* (5[5]: e1000424. doi:10.1371/journal.ppat.1000424).

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2009): *Vorlage für die Sitzung des Senats am 5.5.2009 "Bevorratung von antiviralen Mitteln"*, Bremen.

Sepkowitz Kent A. (2009): Forever Unprepared — The Predictable Unpredictability of Pathogens. In: *NEJM*, Volume 361:120-121 July 9, 2009 Number 2.

Stephenson Iain, Clark Tristan W. und Pareek Manish (2008): Antiviral treatment and prevention of seasonal influenza: A comparative review of recommendations in the European Union. In: *Journal of Clinical Virology* 42 (2008) 244–248.

Toner, Eric (2006): Do Public Health and Infection Control Measures Prevent the Spread of Flu? In: *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*. Vol. 4, Nr. 1: 84-86.

Trifonov Vladimir, Hossein Khiabani, Ph.D., and Raul Rabadan Geographic Dependence, Surveillance, and Origins of the 2009 Influenza A (H1N1) Virus. In: *NEJM* Volume 361:115-119 July 9, 2009 Number 2.

van der Wouden J.C., Bueving H.J. und Poole P. (2005): EVIDENCE-BASED REVIEW. Preventing influenza: An overview of systematic reviews. In: *Respiratory Medicine* (2005) 99, 1341–1349.

WHO (2009): *Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO.*

WHO (2009a): *H5N1 avian influenza: Timeline of major events vom 23 März 2009.*

WHO (2009b): *Situation updates – Pandemic (H1N1) 2009.* (<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>).

Witte Wilfried (2008): *Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe.* Berlin.

Zimmer Shanta M. und Donald S. Burke (2009): Historical Perspective — Emergence of Influenza A (H1N1) Viruses. In: *New England Journal of Medicine* 361; 3 vom 16. Juli 2009: 279-85.

Fußnoten:

- 1 Dieser Name stammt von der WHO, die damit Rücksicht auf die Absatzinteressen der Schweinezüchter nehmen will. Auch das RKI verzichtet neuerdings auf die Bezeichnung Schweinegrippe und spricht von „neuer Influenza“. Wir benützen innerhalb des weiteren Textes trotz der inhaltlichen Berechtigung für Umbenennungen weiter den etablierten Begriff Schweinegrippe.
- 2 Um Missverständnisse vorzubeugen: Derartige Relativierungen bedeuten nicht, dass nicht jeder erkrankte oder verstorbene Mensch einer zu viel ist.
- 3 So sagte etwa der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor Christoph Fuchs, Ende Oktober 2005 in einem Interview der „Neuen Osnabrücker Zeitung“: „Es besteht die realistische Gefahr, dass eine Vogelgrippe-Pandemie das Ausmaß der Spanischen Grippe erreicht, die Anfang des vorigen Jahrhunderts weltweit 50 Millionen Menschenleben gekostet hat.“ Die deutsche Bevölkerung sei „immunologisch darauf nicht vorbereitet und nicht geschützt“ (zitiert nach „Wirtschaftwoche.de“ vom 29.10.2005).
- 4 Die Spezialseite der Weltgesundheitsorganisation WHO (2009) meldete für den Zeitraum zwischen 2003 und dem 1. Juli 2009 absolut 436 Erkrankte und 262 Todesfälle, also ein absolut vernachlässigbares aber bei der Sterblichkeitsrate sehr schlechtes Geschehen.
- 5 Das WHO-Pandemieschema im Einzelnen: Phase 1 und 2: potentielle Pandemievirien bekannt, aber noch nicht auf den Menschen übersprungen; Phase 3: Virus ist auf den Menschen übersprungen; Phase 4: regelmäßige Mensch-zu-Mensch-Übertragung; Phase 5: Erreger hat sich in mehreren Ländern etabliert; Phase 6: Erreger bei Menschen in mindestens zwei der sechs WHO-Regionen/Kontinente vorhanden mit freier Verbreitung in der dortigen Bevölkerung.
- 6 2005 definierte die WHO eine Pandemie als eine Seuchenform mit einer „enormen Anzahl von Todesfällen und Erkrankungen“.
- 7 Dies ist dem Titel einer Analyse zweier Gesundheitsexperten zur Entwicklung der erstmals bereits 1976 in den USA aufgetretenen Schweinegrippe entliehen: „The Swine Flu Affair. Decision-Making on a Slippery Disease“ (Fineberg, Neustadt 1978). Manche Passagen ähneln frappierend gegenwärtigen Abläufen.
- 8 Verschiedene Autoren beschrieben die derzeitige Situation als „chronische Unvereinbarkeit von Bedürfnissen im öffentlichen Gesundheitswesen und der privaten Kontrolle bei der Produktion von Impfstoffen und Medikamenten.“ (zit. nach Davis 2005: 125)
- 9 So findet sich selbst in der Vorlage der Fachbehörde des Bundeslandes Bremen zur Entscheidung, die Menge der eingelagerten Medikamentendosen so zu erhöhen, dass 20% der Bevölkerung des Bundeslands damit behandelt werden können, folgende Feststellungen: „Es ist unklar, ob z. B. die Sterblichkeit mit den Arzneimitteln Tamiflu oder Relenza bei einer Grippepandemie verringert werden kann. ... Die in klinischen Studien ... erzielten Effekte bei einer Influenza sind eher bescheiden. Die zur Zeit verfügbaren antiviralen Medikamente können jedoch potentiell dazu beitragen, die Symptome ggf. zu mildern und eine Verbreitung des Virus einzudämmen. Neuraminidasehemmer sind allerdings keinesfalls harmlose Arzneimittel, sondern stehen auch wegen bekannter Nebenwirkungen unter Verschreibungspflicht.“ (Senatorin für Arbeit 2009: 1)
- 10 Dies deutet zumindest der folgende unwidersprochen gebliebene Zeitungsbericht an: „Dem Vernehmen nach ist vom Bund erheblicher Druck ausgeübt worden, damit Bremen bei der Aufstockung der Grippepille mitzieht. Und nach Ansicht von Politikern spielten dabei auch die Hersteller der Medikamente eine Rolle. Kommentar eines Delegationsmitglieds: „Da haben alle mitgemacht““ (Weser Kurier 28. Mai 2009)
- 11 vgl. dazu den Bericht im „Deutschen Ärzteblatt“ vom 11. Mai 2009.