

Epidemien und Pandemien – die historische Perspektive

von Jörg Vögele¹ und Katharina Schuler²

ABSTRACT

Jede historische Epoche hat ihre charakteristische Epidemie. Im Mittelalter starb bis zu ein Drittel der damaligen europäischen Bevölkerung an der Pest. Später versetzten die Cholera, die Spanische Grippe und Aids die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Jede Epidemie löste gesellschaftliche Veränderungen aus und wirkte wie ein Katalysator für bereits angelegte Entwicklungen. Neben den häufig katastrophalen Auswirkungen auf Leben und Gesundheit bergen Epidemien und Pandemien durchaus Potenzial für Innovationen. So führte der Schwarze Tod, die Pestpandemie von 1346 bis 1353, zu einem steigenden Lebensstandard und soll sogar die Entwicklung des Buchdrucks beschleunigt haben; die Cholera im 19. Jahrhundert gilt als Motor für sanitäre Reformen wie zentrale Trinkwasserversorgung und Kanalisation. Die derzeitige Sars-CoV-2-Pandemie zeigt deutlich, dass Epidemien die Menschheitsgeschichte nach wie vor begleiten und nicht nur, wie lange geglaubt, auf die heutzutage weniger entwickelten Länder beschränkt sind.

Schlüsselwörter: Epidemien, Pandemien, Geschichte

Every historical period has its characteristic epidemic. In the Middle Ages up to a third of the European population of that time died of the plague epidemic called the Black Death (1346 to 1353). Every epidemic triggered social changes and functioned as a catalyst for developments, which were already taking place. In addition to the often devastating impact on life and health, epidemics and pandemics hold potential for innovations. The Black Death certainly led to a rising standard of living and is even said to have accelerated the development of printing. In the 19th century, cholera was considered to be a motor of sanitary reforms, such as central drinking water supply and sewerage. The current Sars-CoV-2 pandemic clearly shows that epidemics are still part of human history and not just, as has long been believed, limited to today's less developed countries.

Keywords: epidemics, pandemics, history

1 Einführung

Epidemien und Pandemien begleiten die Menschheit seit ihrer frühesten Entwicklung und hatten nachhaltige Auswirkungen auf die Entwicklung von Gesellschaften. Sie fungierten als Katalysatoren bereits bestehender Entwicklungen und waren ein Stresstest für das Kollektiv. So lassen sich Gesellschaften unter Epidemiebedingungen wie unter einem Brennglas analysieren. Im kollektiven Gedächtnis besonders verankert ist die Pest, die seit der Antike als verheerende Seuche tradiert wird. Besonderes Augenmerk gilt der als Schwarzer Tod bezeichneten großen Pestpandemie, die Euro-

pa von Asien ausgehend in den Jahren 1348 bis 1353 heimsuchte und mit vermutlich über 25 Millionen Todesopfern zwischen einem Viertel und einem Drittel der damaligen Bevölkerung dahinraffte. Dies hatte vielfältige politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Folgen für die europäische Gesellschaft (Bergdolt 1994; Herlihy 1997; Winkle 2005). Kurzfristig kam es zu einem nahezu vollkommenen Zusammenbruch des öffentlichen Lebens, wie es Giovanni Boccaccio für Florenz literarisch verewigte. Man kennzeichnete die Häuser von Pestkranken mit einem Kreuz, die Erkrankten wurden oft von ihren eigenen Familien und Freunden im Stich gelassen, selbst Geistliche verweigerten ihnen Beistand.

¹ Prof. Dr. Jörg Vögele, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · Tel.: 0211 8106458 · E-Mail: joerg.voegel@uni-duesseldorf.de

² Katharina Schuler, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · Tel.: 0152 27515451 · E-Mail: kasch251@hhu.de

Judenpogrome, Geißlerzüge, Ausschweifungen sowie weitere vielfältige gesellschaftliche Verwerfungen waren Begleiter des Schwarzen Todes. In längerfristiger Perspektive ermöglichten die massiven Bevölkerungsverluste, schlechte und unrentabel gewordene Ackerflächen aufzugeben, was dazu führte, dass ganze Dörfer verlassen und zu Wüstungen wurden. In den Städten stiegen die Löhne sowie der allgemeine Lebensstandard. Gleichzeitig führten die höheren Arbeitskosten zu Bemühungen, manuelle Arbeit zu mechanisieren, wobei in diesem Zusammenhang häufig die Erfindung des Buchdrucks genannt wird. Auswirkungen auf Handel und Wirtschaft hatte auch die von oberitalienischen Städten zum Schutz vor der Pest eingeführte Quarantäne für Besatzung und Ladung von Schiffen, die für die folgenden Jahrhunderte eine der klassischen Maßnahmen zum Schutz vor Epidemien wurde. Auch auf Literatur und bildende Kunst wirkte die Katastrophe – man denke etwa an die Entstehung der Totentänze als stetige Mahnung, dass alle Menschen – ob jung oder alt, reich oder arm – vor dem Tod gleich seien. Manche Forscher sehen sogar eine direkte kausale Verbindung zwischen dem Schwarzen Tod, dem Ende der mittelalterlichen Gesellschaft und dem Beginn der Renaissance.

Auch in den folgenden Jahrhunderten blieb die Seuche in Europa endemisch und epidemisch präsent. Berühmt sind etwa die Schilderungen Daniel Defoes über die Pest in London während des Jahres 1664. Mit ihrem Rückzug aus Mittel- und Westeuropa seit dem späten 17. Jahrhundert traten andere Seuchen verstärkt in Erscheinung: Ruhr, Syphilis, Flecktyphus, Pocken und Malaria (McNeill 1978; Ruffié und Sournia 2000; Hays 2009). Im 19. Jahrhundert schließlich suchte die Cholera und im 20. Jahrhundert die Grippe als letzte der klassischen Seuchen der Neuzeit Europa in mehreren Wellen heim. Das späte 20. und frühe 21. Jahrhundert brachte neue Bedrohungen: Aids, Rinderwahnsinn, EHEC, Sars und Mers sind nur einige der gefürchteten Infektionskrankheiten in der jüngeren Geschichte Europas (Snowden 2020). Das Coronavirus Sars-CoV-2 hält 2020/21 mit seiner pandemischen Ausbreitung die Welt in Atem.

Die genannten Krankheiten verdeutlichen bereits die Komplexität, die sich hinter den Begriffen Epidemie und Pandemie verbirgt. Diese rührt von den pathogenen Agenzien her, also etwa Bakterien, Viren, Pilze, die auf unterschiedlichsten Wegen übertragen werden, etwa durch die Luft (Tuberkulose, Lungenpest), durch Flüssigkeiten (Cholera, Typhus) oder durch Vektoren, also Tiere (Malaria, Beulenpest). In einer modernen vernetzten und mobilen Welt, in der Menschen und Wirtschaftsgüter global unterwegs sind, werden zudem auch Krankheitserreger beschleunigt transportiert. Eine entsprechend notwendige schnelle und umfassende Reaktion, um den Ausbruch einer Epidemie einzudämmen, erfolgt auf der Grundlage epidemiologischer Untersuchungen des Krankheitsgeschehens. Diese wird umso zentraler, wenn kei-

ne kurativen Therapien zur Verfügung stehen, wie das in der Vergangenheit meist die Regel war und was auch beim Auftauchen neuer Krankheitserreger in der Gegenwart eine Rolle spielt.

Im Folgenden sollen deshalb zunächst die langfristige Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse auf Grundlage einer historischen Epidemiologie skizziert, die Mechanismen des Sterblichkeitswandels diskutiert und damit die gesellschaftliche Rolle von Epidemien und Pandemien herausgearbeitet werden. Anschließend sollen anhand der Cholera als klassischer Epidemie des 19. Jahrhunderts sowie den grippeartigen Infektionen des 20. und 21. Jahrhunderts die komplexen Interdependenzen zwischen Krankheitsgeschehen und Gesellschaft erörtert werden. Am Beispiel der Säuglingssterblichkeit und der Schweinegrippe soll dargelegt werden, dass epidemiologischer Befund und gesellschaftliche Wahrnehmung nicht immer Hand in Hand gehen. Gelegentlich finden epidemiologisch bedeutsame Ereignisse keine gesellschaftliche Beachtung oder, umgekehrt, es werden epidemiologisch weniger gravierende Vorfälle skandalisiert.

2 Der „Epidemiologische Übergang“

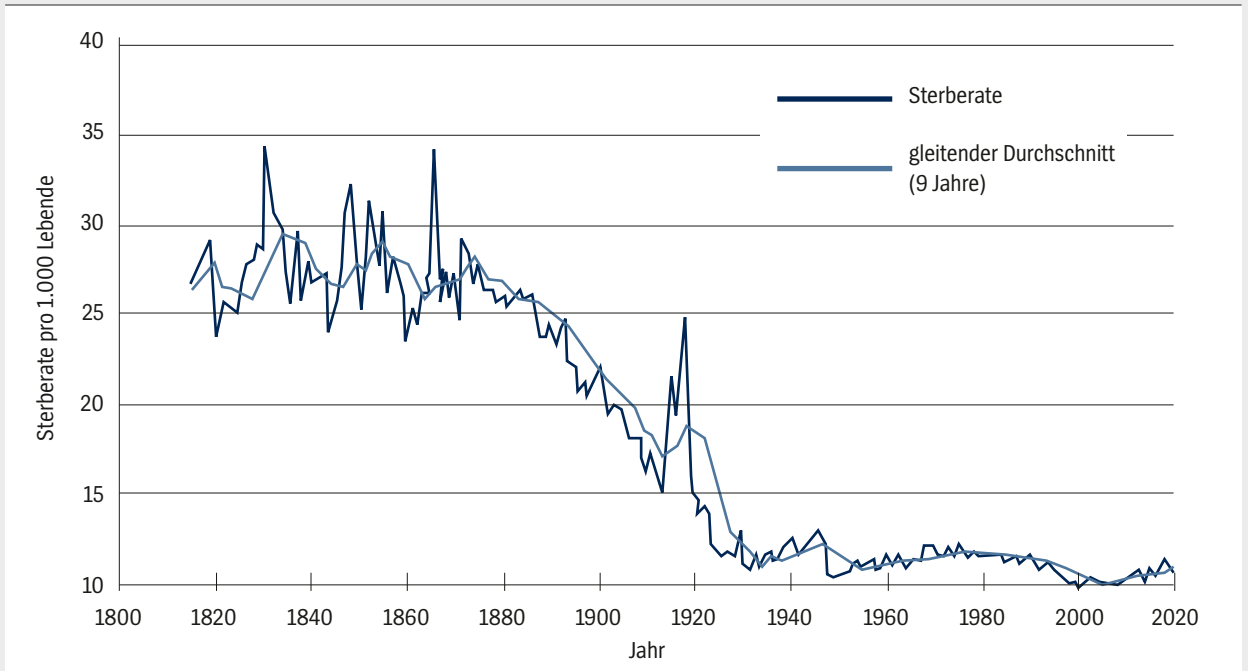
Der Weg zu modernen Gesundheitsverhältnissen ist gekennzeichnet durch ein langfristiges Absinken der Sterbeziffer und einen profunden Wandel des Todesursachen-Panoramas (Vögele 1998). Mit dem Konzept des „Epidemiologischen Übergangs“ können Wechselwirkungen zwischen durchschnittlichem Gesundheitszustand und sozioökonomischem Wandel beschrieben werden. Drei regelhaft aufeinanderfolgende Phasen lassen sich unterscheiden:

- Erstens: die „Periode der Seuchen und Hungersnöte“, die durch eine hohe und stark schwankende Sterbeziffer gekennzeichnet ist. In dieser Phase war die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt niedrig, lag sie doch zwischen 20 und 40 Jahren
- Zweitens: die „Periode der rückläufigen großen Epidemien“ als Phase, in der sich die Sterberate verstetigt und allmählich abnimmt. Schwere Epidemien werden seltener und bleiben später ganz aus; die Lebenserwartung bei der Geburt steigt auf rund 50 Jahre
- Drittens: die bis in die jüngste Zeit andauernde „Periode der gesellschaftlich verursachten Krankheiten“. Diese Phase ist durch eine niedrige Sterberate und eine gleichzeitige bei der Geburt hohe Lebenserwartung geprägt, die 50 Jahre übersteigen kann

In den Industrienationen Westeuropas und Nordamerikas fällt der eigentliche Übergang (also Phase 2) in das Zeitalter

ABBILDUNG 1

Die Entwicklung der Sterblichkeit in Deutschland



Die Abbildung berücksichtigt die Werte Preußens (1816–1870), des Reichsgebiets (1871–1943), des westlichen Bundesgebiets (1946–1971) und des gesamten Bundesgebiets (ab 1990). Sie zeigt, dass die Sterblichkeit im Zeitalter der Industrialisierung deutlich sinkt.

Quelle: Vögele, 2001; DESTATIS; Grafik: G+C Wissenschaft 2021

der Industrialisierung (Abbildung 1), was auf die entscheidende Rolle sozioökonomischer Faktoren hinweist.

Für das Konzept des „Epidemiologischen Übergangs“ sind allerdings noch zwei grundsätzliche Punkte zu beachten. Es wurde am Beispiel von Daten zu Ceylon, Chile, Japan, England und Wales sowie Schweden entwickelt. Da Afrika in dem Konzept nicht berücksichtigt wurde, blieb eine der epidemiologisch bedeutsamsten Infektionskrankheiten, die Malaria, nahezu unberücksichtigt. Ähnliches gilt für die Tuberkulose, da keine Angaben aus Afrika und weiten Teilen Asiens herangezogen wurden. Was die europäischen Befunde angeht, beschränkt es sich auf Nord-West- beziehungsweise Westeuropa und blendet so die hohe und im 19. Jahrhundert sogar wachsende Bedeutung von gastrointestinalen Krankheiten in Zentral-, Ost- und Südeuropa aus. Diese bedrohten wiederum primär Säuglinge und Kleinkinder und waren die Haupttodesursache der Hochindustrialisierungsphase, weit vor den skandalisierten Erkrankungen der Atmungsorgane wie der Tuberkulose oder den klassischen Infektionskrankheiten des

Kindesalters. Doch gerade dieser auf Mangel- und Fehlernährung zurückzuführende Krankheitskomplex spielt bis heute eine dominierende Rolle im Infektions- und Krankheitsgeschehen.

Weiterhin ist zu fragen, ob das Konzept angesichts der Zunahme neuer oder der Rückkehr längst besiegt geglaubter Infektionskrankheiten um eine weitere Phase ergänzt werden sollte. An erster Stelle ist hier HIV/Aids zu nennen, eine Infektionskrankheit, die seit den 1980er-Jahren weltweit mehr als 37 Millionen Todesopfer gefordert hat. Mit Aids verbunden ist zudem ein verstärktes Wiederauftreten der Tuberkulose. Etwa ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit Tuberkuloseerregern infiziert. Knapp neun Millionen Menschen erkranken und beinahe 1,8 Millionen sterben jedes Jahr daran. Die meisten Todesfälle treten in Südostasien (480.000) und Afrika (430.000) auf, wobei die Sterberate mit 50 pro 100.000 Lebenden in Afrika am höchsten liegt. Covid-19 bewegt sich mit global bislang über zwei Millionen Toten durchaus auf dem Niveau der beiden großen Killer HIV/Aids und Tuberkulose.

TABELLE 1

Ausgewählte Pandemien des 20. Jahrhunderts

Zeitraum	Pandemie	Todesfälle
1918/19	Spanische Grippe	50 Millionen
1957/58	Asiatische Grippe	4 Millionen
1968/69	Hongkong-Grippe	1–2 Millionen
seit den 1980er-Jahren	HIV/Aids	>37 Millionen
1991	Cholera/Südamerika	12.000
2002/03	Sars	800
2003	H5N1	250 (250.000–500.000 sterben an saisonaler Grippe)
2020	Covid-19 (Sars-CoV-2)	2 Millionen

Während viele Pandemien im 20. Jahrhundert, insbesondere die Spanische Grippe und HIV/Aids, Millionen von Todesopfern weltweit forderten, war die Anzahl von Sterbefällen durch Sars mit 800 und H5N1 mit 250 ausgesprochen gering.

Quelle: WHO, Robert Koch-Institut, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

3 Mechanismen des Sterblichkeitswandels

Während man diese Entwicklungen traditionell Fortschritten in der medizinischen Technologie zuschrieb, wurde in den vergangenen Jahrzehnten der Beitrag der kurativen Medizin eher bescheiden bemessen und dagegen die Bedeutung des sozialhistorischen Kontextes betont (Vögele 1998; Thießen 2014; Vögele et al. 2016). Im Zuge wachsender, mit zunehmender Bevölkerungs- und Kommunikationsdichte einhergehender Marktintegration wandelten sich die sogenannten *human crowd diseases* (vor allem Pocken, Masern, Scharlach und Keuchhusten) von altersunspezifischen zu typischen Kinderkrankheiten. Dieser Prozess war mit einer wachsenden relativen Bedeutung von gastrointestinalen Krankheiten verbunden, die primär Säuglinge und Kleinkinder bedrohten. Da zahlreiche Todesursachen bereits entscheidend zurückgingen, bevor spezifische medizinische Therapien zur Verfügung standen, sei als primärer Faktor für die Zunahme der Lebenserwartung in den vergangenen 150 Jahren der steigende Lebensstandard im Zuge der Industrialisierung, der über eine sowohl quantitativ als auch qualitativ verbesserte Ernährungssituation wirkte, zu nennen. Dies gelte, so die gängige Interpretation, insbesondere im Hinblick auf die Reduktion der Sterblichkeit an Tuberkulose. An zweiter Stelle wird die Rolle der sanitären Reformen betont, die eine Abnahme der gastrointestinalen Erkrankungen (Cholera, Abdominaltyphus) bewirkt hätten. Sodann wird in diesem Zusammenhang auf Veränderungen in der Virulenz bestimmter Krankheitsorganismen verwiesen – besonders bezüglich des Scharlachs. Medizinische Interventi-

on dagegen sei vor Einführung der Sulfonamide nur im Falle der Kuhpockenimpfung sowie der Serum-Therapie gegen Diphtherie effektiv gewesen.

Mittlerweile wird die Bedeutung der öffentlichen Gesundheitsvorsorge stärker betont. Da die zweite Phase des „Epidemiologischen Übergangs“ in die Blütezeit der kommunalen Selbstverwaltung fällt, in der sich eine umfassende Leistungsverwaltung ausbilden konnte, die wesentliche Aspekte des öffentlichen Gesundheitswesens abdeckte, liegt es nahe, die Auswirkungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge auf den langfristigen städtischen Mortalitätsrückgang noch etwas genauer zu bestimmen. Deshalb sollen im Folgenden zunächst die Cholera asiatica und die Wirkung der sanitären Reformen auf den Sterblichkeitswandel in den Blick genommen werden.

4 Cholera

Die Cholera gilt als die klassische Seuche des 19. Jahrhunderts. Eine kurze Inkubationszeit und ein schneller Verlauf begrenzten die Krankheit lange auf Asien. Dies änderte sich im Zeitalter des Welthandels, als sie sich von Indien aus entlang der Handelswege nach Westen hin ausbreitete und Europa seit den 1830er-Jahren in mehreren Seuchenzügen heimsuchte. Zunächst galt sie manchen noch als eine Art Aufräumer in den Elendsvierteln der aufstrebenden Industriestädte, wo die Seuche bisweilen „weiße Polizei“ genannt wurde – obwohl die Krankheit natürlich auch das Bürgertum traf. Bald jedoch wurden der ganze Schrecken und das Ausmaß

der Pandemie deutlich und allein schon der Gedanke an einen drohenden Ausbruch versetzte die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Die Unklarheit über die Ansteckungswege, die entsetzlichen Symptome und der Tod aus heiterem Himmel verschärften die Reaktionen zusätzlich.

Besonders gut dokumentiert ist die Choleraepidemie der 1890er-Jahre, von der Hamburg als einzige europäische Großstadt betroffen war (*Evans 1987*). Binnen weniger Wochen fielen circa 8.000 Menschen der Krankheit zum Opfer. Da in Hamburg das Trinkwasser nicht gefiltert wurde, konnten sich die Krankheitserreger durch die zentrale Wasserversorgung über das ganze Stadtgebiet ausbreiten. Die vom Kaufmannsgeist geprägte Stadt hatte an der falschen Stelle gespart.

Wie bei allen großen Epidemien lassen sich auch in Hamburg typische Reaktionsmuster erkennen: Zunächst wurde die Bedrohung bagatellisiert, indem man versicherte, es handle sich lediglich um ein verstärktes Auftreten des einheimischen Brechdurchfalls. Als sich die Epidemie nicht mehr länger leugnen ließ, erfolgte eine panikartige Fluchtreaktion. Die Zahl der verkauften Bahntickets stieg um ein Vielfaches an. Wer die Stadt verlassen konnte, machte sich davon. Nach dem Abklingen der Seuche schließlich begann die Suche nach den Schuldigen insbesondere bei Fremden und Randgruppen. Im Falle Hamburgs waren dies damals jüdische Migranten.

Die Cholera gilt als Motor für entscheidende sanitäre Reformen auf dem Gebiet der Wasserversorgung und Kanalisation, die ab den 1870er-Jahren systematisch ergriffen wurden (*Vögele 1998*). Die Kommunen vollbrachten technische und finanzielle Pionierleistungen, und die Cholera lieferte das Argument: Max von Pettenkofer, der erste Lehrstuhlinhaber für Hygiene in München, entwickelte seine „Experimentelle Hygiene“, die auf die Bedeutung ökologischer Interventionen abhob: Sogenannte Miasmen, durch Fäulnis und Zersetzung in feuchtem Grund entstehend, seien die Ursache für die Epidemien; man könne daher die Cholera durch die Trockenlegung des Bodens, also Sanierung, stoppen. Diese Sicht beziehungsweise Erklärung erlaubte den Städten zudem prophylaktische Maßnahmen, wodurch dieser Ansatz auch einen ökonomischen Nutzen versprach. Eine sanitäre Infrastruktur galt nun als wesentlich für das Funktionieren einer modernen Stadt, während traditionelle Formen staatlicher Intervention wie die Quarantäne im Kontext einer modernen, auf freiem Austausch von Waren und Dienstleistungen basierten Wirtschaft als kontraproduktiv erschienen. Ein Abbrechen des Handelsverkehrs war daher – so Pettenkofer – ein größeres Übel als die Cholera selbst.

Auf der Basis seiner Humankapital-Ökonomie wies Pettenkofer darauf hin, dass durch sanitäre Maßnahmen gerettete Leben und ersparte Krankentage die nötigen Investitionskosten in die Infrastruktur weit überschritten. Auch wenn in der

Fragezeit seine Theorie zunehmend durch die Bakteriologie Robert Kochs abgelöst wurde, die den Fokus auf den Erreger im Trinkwasser legte, sollten Kosten-Nutzen-Berechnungen künftig den Blick auf Epidemien prägen. Für Hamburg ergab sich folgende Rechnung: Einem Gesamtverlust von 430 Millionen Mark standen die bescheiden anmutenden Kosten von 22,6 Millionen Mark für das im folgenden Jahr mit einer Filteranlage ausgestattete Wasserwerk gegenüber. Zusätzlich wurden Stadtviertel saniert und weitere hygienische Maßnahmen getroffen. Da die Stadt von weiteren Choleraepidemien verschont blieb, lässt sich durchaus folgern, dass die große Choleraepidemie den Wandel Hamburgs zu einer modernen Handelsmetropole beschleunigte. Die Zeit der großen Choleraepidemien und -pandemien war abgelaufen.

5 Grippeartige Erkrankungen

Das 20. beziehungsweise frühe 21. Jahrhundert ist dagegen durch grippeartige Epidemien geprägt, beginnend mit der Spanischen Grippe 1918/20, die häufig in Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg diskutiert wird und mit einer geschätzten Zahl von 50 Millionen Todesfällen die Anzahl der durch Kriegseinwirkung Gestorbenen weit übertraf (*Vasold 2008*; Tabelle 1). Abweichend von vielen anderen Epidemien suchte die Grippe ihre Opfer nicht unter Kindern und Senioren, sondern betraf vor allem junge Männer im besten Alter – also auch Soldaten. Dies löste nach Kriegsende eine tief gehende Sorge um die Entwicklung der Bevölkerung und Wirtschaftskraft aus. In vergleichbarer Weise wurde dieser ökonomische Aspekt Jahrzehnte später auch bezüglich HIV/Aids auf dem afrikanischen Kontinent diskutiert. Denn mit den erkrankten Männern in den mittleren Altersgruppen brach das ökonomische Standbein der Familien weg. Ebenso spielte bei der Bekämpfung von Epidemien der finanzielle Aspekt eine zentrale Rolle, wie es ein in den 1990er-Jahren viel zitierter Satz auf den Punkt bringt: „If a glass of clean water were the cure for AIDS, most infected people in the world today would be unable to access it.“

Doch zurück zur Spanischen Grippe: Miasmatische Konzepte der Ätiologie gehörten endgültig der Vergangenheit an, das heißt, das Konzept eines Lockdowns ergab nun Sinn. Während der Epidemie reagierten US-amerikanische Großstädte entsprechend. In New York gelang es, mit Quarantäne, Ausgehverboten und Schulschließungen die Todeszahlen zu senken. Die Stadt Pittsburgh, die verzögert mit Versammlungsverboten und Schulschließungen reagierte, verzeichnete mit 807 zusätzlichen Todesfällen auf 100.000 Einwohner – das waren fast doppelt so viele wie in New York – die höchste Mortalität aller US-Städte. Andere Städte, wie Denver, die zu früh lockerten und die Schulen öffneten, erlebten innerhalb kürzester Zeit einen Wiederanstieg und somit eine weitere Welle.

Jahrzehnte später, während der Hongkong-Grippe, herrschte Bestattungsnotstand in Berlin, in München liefen die Krankenhäuser voll. Im Winter 1969/70 wurden Schulen geschlossen und in manchen Wirtschaftsbereichen die Produktion heruntergefahren – jedoch zumeist nur als Reaktion auf einen Ausbruch und nicht präventiv aus Gesundheitsvorsorge wie aktuell während der Covid-19-Pandemie. Medikamente wurden knapp: Antibiotika, fiebersenkende Mittel, Hustensäfte. Die Politik reagierte weitgehend empathielos und setzte auf Herdenimmunität. Wie weit hier noch eugenische Gedanken an Auslese aus der ersten Jahrhunderthälfte – „es trifft sowieso nur Alte und Kranke“ – im Spiel waren, sei dahingestellt. Auf jeden Fall befahl die Pandemie eine Nachkriegsgesellschaft, für die Leid und Tod durch Kriegs- und Hungererfahrungen noch wesentlich präsenter waren.

6 Emotionale Epidemiologie

Die Geschichte von Epidemien hat allerdings nicht nur mit statistischen Entwicklungen, sondern auch mit Ängsten zu tun. In diesem Sinne kann man von einer „emotionalen Epidemiologie“ sprechen, die einen eigenen, von der faktischen Infektionssituation mehr oder weniger unabhängigen Verlauf haben kann. Hier spielt die geografische Nähe der Bedrohungen eine Rolle: Tuberkulose und Malaria sind weit weg; HIV/Aids gilt mittlerweile als Problem Afrikas. Aber angesichts Covid-19 wird klar, wie schnell die Gefahren – alte und neue – zu uns kommen können. Zudem gibt es diese Diskrepanz auch im Krankheitsgeschehen vor Ort. Sie wirkt gleichfalls auf die Gesellschaft, wie im Folgenden am Beispiel von H1N1 (Schweinegrippe) und der Säuglingssterblichkeit skizziert wird.

6.1 Schweinegrippe

Im Frühling 2009 verbreitete sich das H1N1-Virus. In panikartiger Stimmung wurde auf die Spanische Grippe verwiesen und nach einem Impfstoff gerufen. Die Angst nahm zu, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Juni die Übertragungen als Pandemie einstufte. Bis Oktober waren weltweit mehr als 440.000 laborbestätigte Infektionen gemeldet, von denen 5.700 tödlich verliefen, was weit unter den Todesfällen der saisonalen Grippe lag. In der pharmazeutischen Industrie schließlich sah man in der Entwicklung eines Impfstoffs ein Milliardengeschäft. Als im Herbst dann eine Impfung zur Verfügung stand, blieb die Nachfrage gering: Der Impfstoff sei nicht getestet, schlecht verträglich und mittlerweile wurde H1N1 als relativ harmlos eingestuft. So blieben bis Mai 2010 in Deutschland etwa 28,3 Millionen Impfdosen im Wert von 236 Millionen Euro unverbraucht, die verkauft, verschenkt oder wegen begrenzter Haltbarkeit vernichtet wurden.

6.2 Säuglingssterblichkeit

Heute als Katastrophe empfunden, galt der Tod eines Säuglings in der Vergangenheit als unvermeidbares Schicksal und wurde weder politisch, wissenschaftlich noch gesellschaftlich thematisiert (Vögele 1998). Unterschiede im epidemiologischen Befund und der gefühlten Bedrohung durch Krankheit und Tod gab es und wird es immer geben. Allerdings variiert die Lücke zwischen beiden beträchtlich. Manche werden skandalisiert, andere werden gar nicht gesehen. Dazu ein Beispiel: Aus historischer Perspektive waren Säuglinge die größte Risikogruppe. Noch im 19. Jahrhundert lag die Säuglingssterblichkeit zwischen 20 und 25 Prozent; die Opferzahlen waren mithin wesentlich höher als die von Cholera, Typhus und Tuberkulose zusammen. Allerdings wurde das nicht skandalisiert. Die hohe Säuglingssterblichkeit galt als Schicksal, wichtig war die Taufe (nach dem Motto „Der Herr hat’s gegeben, der Herr hat’s genommen, der Name des Herrn sei gepriesen“). Erst sinkende Geburtenraten zu Beginn des 20. Jahrhunderts weckten die Sorge um eine künftig genügende Zahl an Industriearbeitern und – vielleicht mehr noch – an Soldaten. Der Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit kam nun sehr hohe Priorität zu: Als Schlüsselvariable für die Gesundheit des Säuglings wurde die Ernährungsweise identifiziert. Die Sterblichkeit unter gestillten Säuglingen war siebenmal geringer als diejenige der mit Ersatzprodukten gefütterten Säuglinge. Entsprechend wurden Stillkampagnen entwickelt, durch Aufklärung und Belohnung sollten die Mütter zum Stillen animiert werden. In der Tat sind Stillkampagnen die einzigen Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die sich seit hundert Jahren ohne Unterbrechung durchziehen.

7 Schluss und Ausblick

Die Lebenserwartung in Deutschland hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts nahezu verdoppelt. Gleichzeitig zog sich der Tod in die höheren Altersgruppen zurück; entsprechend dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs das Todesursachenpanorama. Aus globaler Perspektive sieht das Bild allerdings anders aus: Neue und wiederkehrende, längst besiegt geglaubte Seuchen wie HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose, Covid-19 und andere Infektionskrankheiten bedrohen die Gesundheit der Weltbevölkerung. Weltwirtschaft, globale Mobilität und Massentourismus machen diese zu globalen Risiken, die mit globalen Institutionen, wie der 1948 gegründeten WHO, beobachtet und kontrolliert werden sollen. Die gegenwärtigen Entwicklungen legen nahe, dass Infektionskrankheiten auch künftig eine gewichtige Rolle spielen werden, und machen deutlich, dass Epidemien und Pandemien nicht nur aus mikrobiologischer und medizinischer Perspektive betrachtet, sondern ebenfalls in politischer, wirtschaftli-

cher und gesellschaftlicher Hinsicht analysiert werden sollten. Epidemien und Pandemien fordern die Stabilität einer Gesellschaft heraus, sie sind Stresstest und Katalysator angelegter Entwicklungen zugleich. Ihre Bekämpfung ist immer ein Ringen um den richtigen Weg. Deutlich wird auch, wie grundlegend nachhaltiger Lebensstil und präventives Handeln für die Gesundheit sind. Auch wenn dies angesichts des alten Paradoxons der Prävention nicht immer einfach durchzusetzen ist: Sind Präventionsmaßnahmen wirkungsvoll, ist der Grund, warum sie ergriffen wurden, bald nicht mehr spürbar: „War doch alles halb so schlimm.“ Was passiert wäre, wenn sie nicht ergriffen worden wären, bleibt glücklicherweise unserer Fantasie überlassen. Und klar sollte auch sein: Nach der Epidemie ist – wie zu allen anderen Zeiten auch – vor der Epidemie!

Literatur

Bergdolt K (1994): Der Schwarze Tod in Europa – Die Große Pest und das Ende des Mittelalters. München: C.H. Beck

Evans R J (1987): Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years, 1830–1910. Oxford: Clarendon Press

Hays J N (2009): The Burdens of Disease. Epidemics and Human Response in Western History. New Brunswick: Rutgers University Press (Revised Edition)

Herlihy D (1997): Der Schwarze Tod und die Verwandlung Europas. Berlin: Wagenbach

McNeill W H (1978): Seuchen machen Geschichte. München: Udo Pfriemer Verlag

Ruffié J, Sournia J C (2000): Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit. Stuttgart: Klett-Cotta

Snowden F M (2020): Epidemics and Society: From the Black Death to the Present. New Haven: Yale University Press

Thießen M (Hrsg.) (2014): Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert. HZ – Historische Zeitschrift, Beiheft 64, 1–219

Vasold M (2008): Grippe, Pest und Cholera: Eine Geschichte der Seuchen in Europa. Stuttgart: Franz Steiner Verlag

Vögele J (1998): Urban Mortality Change in England and Germany, 1870–1910. Liverpool: Liverpool University Press

Vögele J et al. (Hrsg.) (2016): Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive – Epidemics and Pandemics in Historical Perspective. Wiesbaden: Springer VS

Winkle S (2005): Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen. Düsseldorf: Artemis & Winkler Verlag

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 5. März 2021)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. phil. Jörg Vögele, M.A.,

Jahrgang 1956, ist Professor für Neuere und Neueste Geschichte an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er studierte in Konstanz und Bristol, war wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Konstanz, Research Fellow an der University of Liverpool und wissenschaftlicher Assistent in Düsseldorf. Von 2003 bis 2015 war Vögele Geschäftsführender Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin, seit 2016 ist er stellvertretender Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sowie Kurator der Graphiksammlung Mensch und Tod der Heinrich-Heine-Universität. Er war Fellow der University of Liverpool und mehrfach Gastprofessor an der Karls-Universität Prag.



Katharina Julia Schuler, B.A.,

Jahrgang 1993, hat Geschichts- und Politikwissenschaft im Bachelor und Geschichtswissenschaft im Master an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf studiert. Seit 2020 ist sie Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Seuchengeschichte und Geschichte der internationalen Migration.