

Von „Prävention“ zu „Preparedness“?

Planen und vorsorgen für pandemische Zukünfte

JONATHAN VOGES / WIEBKE LISNER / PIERRE PFÜTSCH

Nach der Corona-Pandemie konstatierte das „Global Preparedness Monitoring Board“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen „Fragile State of Preparedness“ – so der besorgniserregende Titel des Jahresberichts 2023:

Four years ago, the Global Preparedness Monitoring Board warned that unless the cycle of panic and neglect that has characterized previous health emergencies was broken, the world would face a devastating pandemic caused by a fast-moving respiratory pathogen. That prediction could not have been more accurate or more timely. The world stumbled into the COVID-19 pandemic unprepared, doing little too late.¹

Nach der Pandemie, so der Bericht weiter, ließen sich zwar erste Erfolge verzeichnen – aber eben auch „critical shortcomings“.² Es müsse mehr getan und vor allem mehr investiert werden, um auf internationaler, aber auch auf nationaler Ebene besser auf kommende Pandemien vorbereitet zu sein.

Derartigen Forderungen, „dass die Welt sich besser auf die nächste Pandemie vorbereiten müsse“³, wollte z. B. die WHO mit einem „Pandemievertrag“ nachkommen. Es könne nicht sein, dass in der nächsten Pandemie all die Fragen, die bei COVID-19 zu Verzögerungen geführt haben, erneut breit diskutiert werden müssten. Ein internationales Abkommen könne und müsse dem proaktiv entgegenwirken:

„Im Falle einer Pandemie gäbe es Regelungen, auf die man sich berufen kann“ [...]. Die Regeln, etwa wie medizinische Güter verteilt werden können, müssten also nicht erst mühsam ausgehandelt werden. Im Idealfall stünde zudem bereits eine Infrastruktur zur Verfügung, beispielsweise ausreichend Labore oder Kühlketten für den Transport hitzeempfindlicher Impfstoffe. Würde durch die Regeln mehr Transparenz erreicht, könnte zudem auch Misstrauen reduziert werden.⁴

¹ Global Preparedness Monitoring Board (2023), S. 4. Das Board war 2018 eingerichtet worden.

² Global Preparedness Monitoring Board (2023), S. 4.

³ Uhlmann (2024).

⁴ Uhlmann (2024). Kontrovers diskutierte auch der Bundestag am 16. Mai 2024 über einen „Pandemievertrag“. Vgl. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw20-de-pandemievertrag-1002730> (letzter Zugriff: 27.11.2024).

Die Hoffnungen, die in einen solchen „Pandemievertrag“ gelegt wurden, waren also groß, zustande kam er dennoch nicht. Clare Wenham von der London School of Economics vermutet einen zu frühen Start der Diskussionen, die begannen, „noch ehe die Länder Zeit gehabt hätten, die Versäumnisse während der Corona-Krise umfassend zu analysieren“, eine allgemeine „Pandemiemüdigkeit“ und die „aktuelle geopolitische Lage“ als Ursache des Scheiterns. Allein zu einer (erneuten) Reform der „International Health Regulations“, jenem Regelwerk, das zumindest in Ansätzen die weltweite Reaktion auf eine Pandemie festlegt, habe man sich schlussendlich durchringen können.⁵

Diese Episode aus der internationalen Gesundheitspolitik im Jahre 2024 ist aus mindestens drei Gründen von Interesse: erstens, weil sie – vielleicht naheliegenderweise – daran erinnert, dass häufig pandemische Notlagen dazu führten, dass im Anschluss über Reformen nicht nur im internationalen, sondern auch im nationalstaatlichen Gesundheitssystem nachgedacht wurde.⁶ Ähnliches lässt sich z. B. nach dem Abklingen der ersten SARS-Pandemie der beginnenden 2000er Jahre und dem Ausbruch der sog. Vogelgrippe 2005 feststellen.⁷ Noch im gleichen Jahr ratifizierten die Mitgliedsstaaten der WHO die überarbeiteten „International Health Regulations“. Sie gestanden der WHO weitreichende Kompetenzen bei der Pandemiebekämpfung zu, stärkten also ihre Rolle als zentraler Akteur im Feld der Pandemiebekämpfung.⁸ Zweitens ist diese Episode von Interesse, weil sie deutlich macht, dass auch Seuchenpolitik Machtpolitik und nicht nur die Durchführung eines wissenschaftlichen Common Sense ist.⁹ Drittens, und für diesen Sammelband am wichtigsten, ist die Feststellung, dass von der Möglichkeit, kommende Pandemien verhindern, also präventiv ein- und vorgreifen zu können, überhaupt nicht mehr die Rede ist. Worum es noch allein geht, ist die Vorbereitung auf kommende Ereignisse, deren Folgen möglichst gut abgefedert werden sollen. Dieser veränderte Ansatz in der Seuchenbekämpfung kann als ein Paradigmenwechsel bezeichnet werden.¹⁰

Das Titelbild des Sammelbandes zeigt die Polioimpfung von Kindern, die in Deutschland mit dem Slogan „Kinderlähmung ist grausam – Schluckimpfung ist süß“ beworben und zu einem Erfolg der Prävention von Infektionskrankheiten wurde. Als die Polio-Massenimpfung 1957 in Deutschland startete, waren sich die Verantwortlichen im Gesundheitswesen sicher, mit dieser und weiteren Impfkampagnen, Hygiene und den neuen Antibiotika wirksame Waffen gegen Infektionskrankheiten in der Hand zu halten.¹¹ Krankheiten, wie beispielsweise Tuberkulose, Diphtherie, Kinderlähmung und Pocken, sowie die zuvor stets präsente Möglichkeit, an einer dieser Krankheiten

⁵ Uhlmann (2024).

⁶ Vgl. Patel (2020).

⁷ Vgl. Parry (2007).

⁸ WHO (2008).

⁹ Hierauf verwiesen bereits Martin Dinges und Thomas Schlich. Vgl. Dinges/Schlich (1995).

¹⁰ Vgl. Lakoff (2017).

¹¹ Vgl. Thießen (2017).

zu sterben, verloren ihren Schrecken. Erst die AIDS-Pandemie in den 1980er Jahren führte Expert*innen und Gesellschaft wieder vor Augen, dass auch die moderne Medizin nicht alle Gefahren bannen konnte.¹² Waren Epidemien und Pandemien nicht mittels präventiver Maßnahmen zu verhindern, war das, was blieb, sich umfassend auf ein solches Ereignis vorzubereiten.¹³ Wie Andrew Lakoff herausarbeitet, dominierte seit den 2000er Jahren die Idee der „Preparedness“, des Vorbereitetseins auf eine unweigerlich eintretende pandemische Notlage, das Denken und das Planen von Wissenschaft und Politik.¹⁴ Plakativ formuliert kam – zumindest im globalen Umgang mit Infektionskrankheiten – in diesen Jahren das „Zeitalter der Prävention“ an sein Ende und wurde abgelöst von einem „Age of Preparedness“.¹⁵

In der Konsequenz reformierten Nationalstaaten und internationale Organisationen wie die WHO und die Europäische Union (EU) Abkommen und Regelungen für Pandemien und entwickelten abgestimmte Pläne, um sich gegen die von Mikroben ausgehenden Bedrohungen zu wappnen. Mit dem Global Health Security-Index (GHS) erfassten sie Stand und Fortschritt der Vorbereitungen.¹⁶ Die Corona-Pandemie führte der Welt Lücken und Schwachstellen der Planungen vor Augen und bestätigte, was das schon zitierte „Global Preparedness Monitoring Board“ und der GHS bereits 2019 kurz vor Ausbruch des SARS-CoV-2-Virus festgestellt hatten, nämlich dass keines der 195 evaluierten Länder gut auf eine Pandemie vorbereitet war.¹⁷ Dass die Welt jedoch nach Corona besser für einen erwartbaren Pandemie-Fall gewappnet wäre als vorher, bezweifeln selbst Experten vom Schlage eines Christian Drosten – und machen dabei zugleich deutlich, welche Dimension die Vorbereitung umfassen müsste. Auf die Frage in einem Interview, wie gut „wir“ vorbereitet seien, antwortete er: „Die Medizin ist auf eine Pandemie jetzt besser eingestellt als vor Covid-19. Gesellschaftlich ist aber, glaube ich, die Ausgangslage anders. Sollte man wieder Einschränkungen brauchen – was ja keinesfalls sein muss –, kann ich mir nicht vorstellen, dass die Zustimmung in der Bevölkerung wieder so hoch wäre.“¹⁸ Die Vorbereitung auf kommende Pandemien, unbekannter Art und Stärke, könne, wie Drosten deutlich machte, nicht allein Aufgabe des medizinischen Sektors sein, sondern erfordere breiteres politisches und soziales Engagement.

Die Ausrichtung der Pandemieplanung erfolgt nicht zufällig, sondern ist das Ergebnis einer historischen Entwicklung, die geschichtswissenschaftlich noch nicht

¹² Quammen (2015).

¹³ Vgl. z. B. Weir/Mykhalovskiy (2010).

¹⁴ Lakoff (2017).

¹⁵ Vgl. Kirchhelle (2022).

¹⁶ Vgl. <https://ghsindex.org/> (letzter Zugriff: 27.11.2024). Vgl. hierzu Jonathan Voges und Wiebke Lisner in diesem Band.

¹⁷ Vgl. GHS 2019: <https://ghsindex.org/> (letzter Zugriff: 27.11.2024).

¹⁸ Drosten (2024).

eingehender analysiert worden ist¹⁹ – wohingegen sozialwissenschaftliche Beiträge durchaus schon einen fundamentalen Wandel konstatieren²⁰. Diese Anregungen aus den Nachbardisziplinen aufzunehmen und auf ihre medizin- und zeithistorische Tauglichkeit hin zu befragen, ist ein Anliegen dieses Sammelbandes.²¹

Seuchengeschichte

„Nichts und niemand blieb zwischen Frühjahr 2020 und Sommer 2021 von Corona unberührt. Auf allen gesellschaftlichen Ebenen und Feldern richtete sich das soziale Koordinatensystem neu aus.“²² Eindrücklicher als Malte Thießen in seiner Studie zur Corona-Pandemie kann man nicht deutlich machen, dass Epidemien immer auch gesellschaftliche Phänomene waren und sind und deshalb auch integraler Bestandteil einer Gesellschafts- und nicht nur einer eng verstandenen Medizingeschichte sein müssen. Schon vor Corona gab es Versuche, Seuchen den ihnen gebührenden Platz in der allgemeinen Geschichte zuzuweisen. Prominente Sozial- und Zeithistoriker loteten die Potentiale einer „Medizingeschichte in der Erweiterung“²³ aus und fragten danach, was es bedeutet, Pandemien auf ihre Auswirkungen auf z. B. die Sozialpolitik, die Stadtgeschichte oder die Kulturgeschichte hin zu untersuchen²⁴. Aus diesen Überlegungen entwickelten sie weitreichende Konzepte, sahen in Seuchen die „zentralen bzw. dunkelsten Repräsentationen der ‚Schattenseiten‘ der Moderne“²⁵ oder gar Ereignisse mit dezidiertem Zäsurcharakter²⁶. Vom einstmals vertretenen Fortschrittsnarrativ der Überwindung ansteckender Krankheiten blieb im Verlauf des 20. Jahrhunderts sowohl heuristisch wie empirisch nicht (mehr) viel übrig. Auf den gefeierten Erfolg der Ausrottung der Pocken in den frühen 1980er Jahren – auch hier warnten Experten schon vor allzu großen Hoffnungen, dass dieser Erfolg eins zu eins auf andere Krankheiten übertragbar sein würde²⁷ – folgten „die neuen Seuchen“, wie BSE, Vogelgrippe und schließlich die erste SARS-Epidemie. Die „neuen Seuchen“ – allesamt tierischen Ursprungs – ließen die Frage aufkommen, „[w]arum wir alle in Gefahr sind“²⁸, und verwiesen auf das erhöhte Risiko eines Ausbruchs von Infektionskrankheiten als Kon-

¹⁹ Vgl. Kirchhelle (2022).

²⁰ Vgl. z. B. Weir/Mykhalovskiy (2010); Lakoff (2007); Calhoun (2004); Caduff (2015).

²¹ Graf/Priemel (2011).

²² Thießen (2021), S. 10.

²³ Thießen (2013).

²⁴ Vgl. Thießen (2013); Schildt (2014).

²⁵ Schildt (2014), S. 207.

²⁶ Sabrow (2022), S. 33.

²⁷ Zur Warnung vor allzu großem Optimismus vgl. Henderson (1987). Zum Pockenprogramm der WHO vgl. Manela (2010) sowie Zimmer (2017).

²⁸ Quammen (2015).

sequenz von zunehmender Umweltzerstörung und Massentourismus, ja als „Schatten-seiten“ von wirtschaftlicher Prosperität und globalem Handel²⁹.

Epidemien begleiteten das 20. und das beginnende 21. Jahrhundert, und das wird sich, so viel ist auch ohne prophetische Fertigkeiten sicher, in Zukunft nicht ändern. Seuchen – als „soziales Problem par excellence“ – erlauben, so Malte Thießen in seinem eröffnenden Essay für diesen Sammelband, einen tieferen Einblick in die Verfasstheit von Gesellschaften, können als Sonden für sozial- und kulturgeschichtliche Fragen und damit auch für Zukunftsentwürfe dienen. Seuchen können insofern als ein wichtiges Querschnittsthema bezeichnet werden, das es erlaubt, Elemente unterschiedlicher Felder auf einen gemeinsamen Fokus hin zu diskutieren.³⁰ Der vorliegende Sammelband lädt daher zum interdisziplinären Gespräch zwischen Medizin-, Sozial-, Kultur- und Politikgeschichte ein und integriert darüber hinaus Perspektiven aus den Nachbarwissenschaften (Ethik und Epidemiologie).

Mit diesem Verständnis von Medizin- bzw. Seuchengeschichte (auch) als Sozial-, Kultur- und Politikgeschichte deckt der Sammelband das gesamte „lange 20. Jahrhundert“ ab, nimmt darüber hinaus das erste Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts mit in den Blick und trägt somit auch zu einer Geschichte der Gegenwart bei. Das geschieht dadurch, dass der Band nicht den klassischen Weg geht und sich einzelne Infektions-erkrankungen und die Reaktionen auf diese vornimmt, sondern da einsetzt, wo sich die Epidemie im Idealfall noch nicht manifestiert hat – sprich in der Prävention und der Vorbereitung auf den Pandemiefall. Es geht insofern – auch wenn von konkreten schon aufgetretenen Krankheiten die Rede ist – immer um Geschichten von Zukünften; um „vergangene [pandemische] Zukünfte“ (Reinhart Koselleck), die entworfen wurden, um ihnen im besten Fall schon in der Gegenwart entgegentreten zu können, im schlechteren Fall, um zumindest zu wissen, worauf man sich vorbereiten sollte.

Prävention und „Preparedness“

„Scientists and doctors cannot tell us where or when the next pandemic will strike, or how severe it will be, but most agree: at some point we are likely to face another pandemic.“³¹ Die Unausweichlichkeit, mit der der US-amerikanische Präsident George W. Bush 2005 angesichts der gerade nachgewiesenen Vogelgrippe eine kommende Pandemie voraussagen zu können meinte, überrascht aus heutiger Perspektive vielleicht weniger als die Konsequenzen, die er und seine Regierung aus diesem Wissen zogen: „Experts no longer ask if such a pandemic could occur, rather they question when it will occur“, sekundierte ein „concerned senator“ dem Präsidenten. Anders als knapp

²⁹ Thießen (2017).

³⁰ Thießen (2013), S. 568, 577.

³¹ So George W. Bush im Jahr 2005, zit. n. Lakoff (2008), S. 33.

30 Jahre zuvor, als eine ähnliche Bedrohung zu massiven Präventionsmaßnahmen geführt hatte, die anschließend tragische Konsequenzen zeitigten (gemeint sind die Impfnebenwirkungen während der Impfkampagnen zur sog. Schweinegrippe 1976), rückten Prävention als handlungsleitendes Konzept und die Vorstellung, eine mögliche Pandemie verhindern zu können, in den Hintergrund. Ubiquitär dagegen war in den frühen 2000er Jahren die Rede von „Preparedness“.³²

Den Unterschied zwischen beiden Konzepten machte 2007 das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), eine „supranationale“³³ europäische Organisation, die den US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nachempfunden worden war, in aller Offenheit deutlich. Man schloss sich dem auch schon von Bush angebrachten Unausweichlichkeitsargument an, verwies darauf, dass man augenblicklich nur auf die nächste Pandemie – „which all experts agree is inevitable“ – warten, diese aber keinesfalls verhindern könne: „Pandemics cannot be prevented, but much can be done to mitigate and reduce the damage they cause in Europe and ensure that European societies continue to function through them. Casualties are inevitable, but the threat to citizens can be reduced by good preparation.“³⁴

Und das Bild der Zukunft, das die europäische Agentur entwarf, war düster: „Europe is now two years closer to the next pandemic.“³⁵ Handeln sei also unbedingt notwendig, denn die Staaten der Union und die Union selbst seien noch weit entfernt davon, ausreichend vorbereitet zu sein – wobei schon Andrew Lakoff darauf verwies, dass „Preparedness“ ohnehin eher als Prozess- denn als Zustandsbegriff zu verstehen sei; es ein Genug an Vorbereitung also nie geben könne, sondern immer nur ein Mehr an Vorbereitung.³⁶

Das vielleicht eher randständig und nur für eine begrenzte Öffentlichkeit europäischer Entscheidungsträger*innen veröffentlichte Papier des ECDC ist für die Argumentation des Sammelbands aus vielerlei Gründen aufschlussreich: Erstens macht es die Erwartungshaltung um die Jahrtausendwende deutlich, unmittelbar vor der nächsten Pandemie zu stehen. Zweitens leitete es aus dieser Dringlichkeit und Unausweichlichkeit den unmittelbaren Appell zum Handeln ab. Drittens – und das ist der eigentlich entscheidende Punkt – erklärte es der Idee der Prävention eine unmissverständliche Absage; eine Abwehr der drohenden Pandemie sei nicht möglich. Viertens und damit verbunden warb es für eine neue Sicherheitskultur, in der sich die Staaten nicht mehr dazu verpflichten konnten, das Leben einer/eines jeden Einzelnen zu schützen, sondern fünftens nur noch dafür Sorge tragen könnten, dass die Gesellschaften auch durch die Krisenzeiten hinweg funktionieren würden. Damit sprach das

³² Lakoff (2008), S. 33 f.

³³ Vgl. zum Begriff Patel (2020).

³⁴ European Centre for Disease Prevention and Control (2007), S. 2.

³⁵ European Centre for Disease Prevention and Control (2007), S. 2.

³⁶ Lakoff (2008), S. 37.

Papier sechstens indirekt den Wandel weg von der „population security“ hin zur „vital systems security“ an, die zum Leitstern der „Preparedness“ werden sollte.³⁷

Nicolai Hannig und Malte Thießen verstehen unter Prävention den „Ausdruck eines modernen Lebensgefühls“; im Rahmen einer „Geschichte des Kommenden“ artikulierten sich in der Prävention „moderne Zeitvorstellungen“, ihre Grundlage seien Zukunftsentwürfe und „Vorstellungen von einer planbaren Zukunft, die man bereits in der Gegenwart gestalten konnte und sollte“. Das „Unplanbare planbar“ zu machen, sei das Leitprinzip: „Prävention verweist auf ein spezifisches Verhalten, das antizipierte Gefahren beseitigt, das also die Zukunft selbst grundlegend verändert. Prävention möchte zuvorkommen und verhindern, die unerwünschte Gefahr also erst gar nicht entstehen lassen.“³⁸

Hannig und Thießen halten sich in ihrer programmatischen Einführung zur Geschichte der Prävention mit konkreten Datierungen dessen zurück, was sie in der Überschrift als „Moderne“ klassifizieren. Und man muss auch nicht unbedingt Anhänger*in der allerorten ausgerufenen Postmoderne sein, um die Frage zu stellen, ob das von den Autoren angedeutete Schema in der vorgestellten Form noch Bestand hat – und falls nicht, durch welches Paradigma es ersetzt worden sein könnte. Hannig selbst verweist in einem Beitrag zum Katastrophenschutz schon auf die bald erkannten Grenzen der Prävention: „Es ging also nicht mehr darum, die Gefahrenzukünfte per se zu verhindern. Vielmehr nutzte man sie als Mahnung, sich in der Gegenwart auf Schäden einzustellen und Vorkehrungen zu treffen, um deren Ausmaß einzudämmen.“³⁹ Und die vor einigen Jahren boomende zeithistorische Forschung zum Planbarkeitsglauben mit seinem Höhepunkt in den 1960er und der bald darauf folgenden „großen Ernüchterung“ in den 1970er Jahren lässt es naheliegend erscheinen, dass sich Ähnliches auch im Bereich der Gesundheits- und Pandemiepolitik finden lassen könnte.⁴⁰

Gleichwohl wäre ein gänzlicher Abgesang des Präventionskonzeptes wohl verfrüht, denn es gibt immer noch eine Vielzahl von Gebieten – auch im Bereich von Gesundheit –, in denen Prävention weiterhin als Leitkonzept verstanden werden kann. Anders als bei den Infektionskrankheiten ist bei den sog. Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus sowohl die medizinische als auch die gesundheitspolitische Stoßrichtung weiterhin die der Prävention. Seit dem Durchbruch des Risikofaktorenmodells⁴¹ besteht in der Wissenschaft Einigkeit darüber, dass v. a. durch Sport und gesunde Ernährung die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung signifikant gesenkt werden kann. In diesem Bereich ist also das „präventive Selbst“⁴²

³⁷ Collier/Lakoff (2008).

³⁸ Hannig/Thießen (2017), S. 14.

³⁹ Hannig (2017), S. 259.

⁴⁰ Schanetzky (2007); Raphael/Doering-Manteuffel (2012).

⁴¹ Timmermann (2010)

⁴² Lengwiler/Madarász (2010).

weiterhin eine wirkmächtige Figur, die auch in der Postmoderne nach wie vor adressiert wird, wie z. B. Jürgen Martschukat an der Omnipräsenz von Fitness aufzeigt⁴³.

Als „postmodernes Nachfolgemodell“⁴⁴ des explizit modernen Präventionsparadigmas bietet sich die Idee der „Preparedness“ im Bereich des Infektionsschutzes jedoch an. Zum einen deshalb, weil sie deutlich macht, dass die Vorstellung von Planbarkeit seit dem Ende der 1970er Jahre nicht generell ad acta gelegt wurde, sondern sich vor allem ein Formwandel feststellen lässt.⁴⁵ Statt der Annahme, die Zukunft tatsächlich schon in der Gegenwart vorwegzunehmen, setzte sich die Vorstellung durch, Pläne zu entwickeln, die schnell und kreativ auch Unvorhergesehenes integrieren könnten; nicht von ungefähr erlebte das eigentlich nur als Oxymoron zu lesende Primat des „contingency planning“ seit den 1990er Jahren eine ungeheure Blüte. „Contingency planning“ wird hier verstanden als prozesshafte Planung für Krisen und katastrophische Ereignisse, um ein operationables Krisenmanagement sicherzustellen.⁴⁶ „Preparedness“ verabschiedete sich ganz nachdrücklich vom prometheischen Glauben der Moderne an die Gestaltbarkeit der Zukunft und machte deutlich, dass derartige Zugriffe in der vormals anvisierten Form nun nicht mehr möglich schienen.⁴⁷ „Preparedness“ im Sinne einer praktischen und durchaus auch planenden Vorbereitung auf zukünftige Ereignisse ist dabei kein neues Phänomen – man denke nur an vorausschauende Ausstattungen von Krankenhäusern mit Medikamenten und Verbandsmaterial. Der Paradigmenwechsel hin zu „Preparedness“ als Konzept globaler Pandemieplanungen bezieht sich viel eher auf die den Planungen für ein Pandemiegeschehen zugrundeliegenden antizipierten Zukünfte und Erwartungshaltungen – von dem Ansatz, einen Infektionsausbruch verhindern zu können, hin zu der Annahme, dass dieser unweigerlich eintreten wird. Ebenso veränderte sich der Bezugsrahmen – von der Annahme eines kalkulierbaren zukünftigen Risikos hin zu einer unkalkulierbaren Gefahr.⁴⁸

„Preparedness“ ist dabei sowohl ein Quellenbegriff, der sich international, aber auch im deutschen Sprachraum, vor allem in Expertendiskursen, seit den späten 1990er Jahren durchsetzte, als auch ein analytischer Begriff. Insbesondere die Soziologen Andrew Lakoff und Stephen Collier haben in immer wieder neuen Anläufen die Herkunft, Genese und Verbreitung des „Preparedness“-Denkens herausgearbeitet – geschichtswissenschaftlich hingegen wurden ihre Konzepte noch nicht aufgenommen; dabei könnten sie eventuell gerade wegen ihres sektorenübergreifenden Zuschnitts geeignet sein, für die Epoche der jüngsten Zeitgeschichte seit 1990 einen Leitbegriff bereitzustellen. Anders als das artverwandte Konzept der Resilienz, das Margit Szöllösi-Janze

⁴³ Martschukat (2019).

⁴⁴ Raithel/Rödter/Wirsching (2009).

⁴⁵ Vgl. Laak (2010).

⁴⁶ Eriksson/McConnell (2011).

⁴⁷ Vgl. Lakoff (2007).

⁴⁸ Vgl. Lakoff (2017).

zumindest programmatisch in die Geschichtswissenschaft eingeführt hat⁴⁹, kommt „Preparedness“ zum einen nicht aus Physik und Materialwissenschaft oder der Pädagogik, sondern aus dem Zivilschutz des Kalten Krieges. Die insbesondere in den USA entwickelte Idee, den Ernstfall eines atomaren Erstschlags der Sowjetunion nicht verhindern zu können, jedoch in der Lage zu sein, im Vorhinein Pläne zu entwickeln, die die Konsequenzen abfedern und vor allem die „vital systems“ am Laufen halten könnten, diffundierte nach 1990 in weitere Bereiche – Naturkatastrophen, Terrorismus und eben Pandemien.⁵⁰ Gerade diese Verknüpfung von militärischem und zivilem Denken macht den Begriff spannend für eine zeithistorische Verwendung.

Zum anderen ermöglicht „Preparedness“ vielleicht die stärkere Fokussierung auf Prozesse und Praktiken der Vorbereitung, wohingegen Resilienz eher ein Zustands- oder Eigenschaftsbegriff zu sein scheint. Gemeinsam ist beiden Konzepten aber sicher, dass sie „auf das Scheitern staatlicher (durchaus wissenschaftsbasierter) Steuerungsversuche angesichts der Komplexität der Verhältnisse“⁵¹ reagierten und genau diese Komplexität handhabbar zu machen versprochen. Dass insbesondere Staaten (aber auch überstaatliche Organisationen) damit zumindest unterschwellig das zentrale Schutzversprechen ihren Bürger*innen gegenüber aufgegeben haben – in den Worten Lakoffs die „population security“⁵² –, ist ein weiterer Aspekt, der das Konzept für die Zeitgeschichte attraktiv macht, ermöglicht er doch die Analyse gewandelter Staatlichkeit seit dem Ende des Kalten Krieges.

Beiden Konzepten gemeinsam ist, dass sie jeweils beinhalten, planend auf die Zukunft zugreifen zu können. Planung als „öffentlicher, verfahrensgestützter Vorgriff auf die Zukunft, der die räumliche, infrastrukturelle und daseinssichernde Ausgestaltung von Gesellschaften betreibt“⁵³, veränderte sich im Übergang zwischen beiden Formen des Umgangs mit Pandemien aber grundlegend. Am Beispiel der Pandemieplanung lässt sich so sehr gut der von Dirk van Laak allgemein beschriebene Prozess verdeutlichen, dass Planungen „sehr viel komplexer und pluraler geworden“ seien, die zu planenden „zeitlichen Horizonte [...] sich meist deutlich reduziert“ hätten und sie deshalb „zunehmend unter dem Vorzeichen einer gefährdeten Sicherheit“ stünden.⁵⁴ Der „Verlust utopischer Potenziale“⁵⁵ von Planung, der dieser bis zu Beginn des letzten Drittels des 20. Jahrhunderts noch eigen war, zeigt sich sehr deutlich in der wachsenden „Preparedness“- und der nachlassenden Präventionssemantik im Bereich der Seuchenpolitik. Der wichtige Punkt ist aber, dass gerade nicht von einem Ende der Planung gesprochen werden kann, sondern von deren Formwandel und damit auch

49 Szöllösi-Janze (2024).

50 Collier/Lakoff (2021); Collier/Lakoff (2008).

51 Szöllösi-Janze (2024), S. 563.

52 Collier/Lakoff (2008).

53 Laak (2008), S. 306.

54 Laak (2008), S. 320.

55 Laak (2008), S. 320.

der „Funktion von Planung als gedachter Ordnung, Legitimationsmittel und Machtfaktor“.⁵⁶

Planen, Prävention und „Preparedness“ sind die drei Begriffe, die der Sammelband in den Mittelpunkt stellt. Anhand empirischer Beispiele beleuchten die Aufsätze dabei jeweils schlaglichtartig an einem konkreten Fallbeispiel die entsprechenden Planungs-, Präventions- und „Preparedness“-Praxen, wer sie mit welchen Motiven trug und welchen Beschränkungen sie unterlagen. Zusammengelesen sollen die Beiträge auch den angedeuteten Paradigmenwechsel verdeutlichen, der zunehmend die Idee der „Preparedness“ als neuen Leitstern durchsetzte.

Vorstellung der Beiträge

„Planen ist“, definiert Niklas Luhmann, „Festlegung von Entscheidungsprämissen für künftige Entscheidungen, oder kürzer formuliert: Planen heißt über Entscheidungen entscheiden.“⁵⁷ Es geht also um eine vorausschauende Gestaltung von Zukunft, um eine planende Steuerung von Entscheidungen und Handlungen, um einen zukünftigen Handlungsrahmen zu erweitern – oder besser noch: Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen.⁵⁸ Planung und Prävention stehen hierbei in einem engen Zusammenhang, wie Malte Thießen deutlich macht: Erst als es Impfungen gegen Pocken gab, nun der Erkrankung vorgebeugt und auf ein Überleben gehofft werden konnte, erschien Zukunft überhaupt planbar und nicht mehr allein der Zufälligkeit des Erregers oder göttlicher Fügung ausgeliefert. „Planbare (pandemische) Zukünfte“ erfüllten hierbei mindestens zwei Funktionen, wie Thießen betont: Erstens stellten sie eine wichtige Ressource für Fortschrittserzählungen dar und zweitens schufen sie eine soziale Rahmung für medizinische Berufe und Forschung.

„Für Pandemien planen“ setzt dabei eine möglichst vollständige Erfassung relevanter Informationen, wie umfassendes Wissen zur Genese einer Infektionskrankheit, voraus.⁵⁹ So war und ist Wissen um Erreger, Verbreitungswege und schließlich die Erkrankungen selbst grundlegend für Entscheidungen über Schutzmaßnahmen. Forschungen zur Lepra im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts stellten beispielsweise in Memel (Baltikum), wie Andreas Jüttemann und Aistis Žalnora zeigen, die Grundlage aller Planungen sowie für präventive Maßnahmen dar. Erhebung, Ordnung, Katalogisierung und Verarbeitung von Daten ist auch im 21. Jahrhundert im Rahmen von „contingency planning“ elementare Voraussetzung, um für Pandemien zu planen. Wie wichtig es hierfür ist, überhaupt erst einmal anhand historischer epidemiologischer

⁵⁶ Seefried/Hoffmann (2018), S. 20.

⁵⁷ Zit. n. Bröckling (2008), S. 74.

⁵⁸ Bröckling (2012).

⁵⁹ Vgl. Laak (2010).

Daten einzuordnen, was eine Pandemie ausmacht, wie sie zu bestimmen, wie sie zu klassifizieren ist und wie möglicherweise ihr Verlauf in Wellen vorherberechnet und für zukünftige Pandemien extrapoliert werden kann, machen Fabian Standl, Mirko Trilling, Philipp Jansen, Heribert Stich und Andreas Stang deutlich.

Umgekehrt funktionierten vor allem düstere Zukunftsprognosen seit den 1930er Jahren als ein effektives Narrativ, um Zustimmung für präventive Maßnahmen, beispielsweise Impfungen, zu generieren und sozialen Druck für eine freiwillige Mitwirkung zu erhöhen, wie Malte Thießen betont. In den 1950er und 1960er Jahren gehörten Infektionskrankheiten als Bedrohung von Gesundheit und Leben sowie der Umgang mit ihnen zu alltäglichen Erfahrungen der Menschen: Antibiotika kamen in den 1950er Jahren erst langsam auf den Markt, und längst gab es nicht gegen jede Erkrankung eine Impfung. Planungen, bezogen auf die Bewältigung von Infektionskrankheiten, umfassten daher einerseits extensive präventive Maßnahmen, vor allem Impfungen, um es gar nicht erst zu einem Ausbruch kommen zu lassen, und andererseits Maßnahmen, um eine Ausbreitung der Erreger zu stoppen. Hygiene galt hier als ein entscheidender Schlüssel. Gerade Krankenpfleger*innen, die im Krankenhaus diejenigen waren, die die Erkrankten versorgten, kam eine große Verantwortung zu: Von ihrem umsichtigen Verhalten hing es ab, ob es gelingen konnte, eine Verbreitung der Erkrankung zu verhindern. Dabei galt es nicht nur die Patient*innen, sondern auch durch umfassende Selbstsorge sich selbst zu schützen. Die Praktiken von Hygiene mussten, wie Karen Nolte zeigt, erlernt und eingeübt werden. Mit Hygienekonzepten bereiteten sich Krankenpfleger*innen umfassend auf einen Ausbruch von Infektionserkrankungen vor. Das Beispiel zeigt, dass „Preparedness“ im Sinne einer umfangreichen praktischen Vorbereitung auf ein antizipiertes zukünftiges Ereignis auch im Kontext von Prävention Bedeutung zukam. Allerdings – und dies ist ein entscheidender Unterschied zum späteren Konzept von „Preparedness“ – legitimierten hier Vermeidungsdispositive vorbereitende Praktiken und Planungen.⁶⁰

Als eine weitere Maßnahme zur konkreten Vorbereitung auf einen Infektionsausbruch mit dem Ziel, diesen zu verhindern, untersucht Pierre Pfütsch die Errichtung von Isolierstationen am Beispiel der Stadt Stuttgart seit den 1950er Jahren. Als eine der größten Bedrohungen erschien in Deutschland in den 1950er Jahren ein Pockenausbruch. Für diesen Fall planten Gesundheitsexperten und Politik Orte der Isolation und Handlungsabläufe. Zwar hatten die Pocken mit der Einführung der Impfpflicht seit Ende des 19. Jahrhunderts ihren einstigen Schrecken verloren, doch traten vereinzelt immer wieder Infektionen auf, so beispielsweise 1962 in Monschau in der Eifel. Die WHO als supranationale Institution koordinierte die Planungen für eine „Ausrottung“ der Erkrankung weltweit. Bis es so weit war, begegneten Nationalstaaten bis hin zu Städten und Gemeinden der Infektionsgefahr mit „Pockenalarmplänen“ und

60 Vgl. Bröckling (2012).

Vorbereitungen für den Fall eines Ausbruchs. Gerade auf lokaler Ebene wurden Infektionsschutzmaßnahmen umgesetzt und insofern die auf Bundesebene oder gar international erarbeiteten Planungen greifbar. Auf lokaler Ebene trafen die verschiedenen Akteure aus Politik, Gesellschaft und Medizin in einem abgegrenzten Raum zusammen und handelten die konkret zu ergreifenden Maßnahmen situationsbezogen aus. Überraschenderweise waren es, wie Pierre Pfütsch betont, oft Entscheidungen Einzelner bzw. Einzelfallentscheidungen, die auf lokaler Ebene zum Tragen kamen. Und er weist auf einen weiteren zentralen Aspekt hin: Sobald die Aufmerksamkeit für einen möglichen Seuchenausbruch nachließ, verschwand auch das politische Interesse, in Infrastruktur und Vorsorge zu investieren. Als die WHO 1980 die Pocken für „ausgerottet“ erklärte, führte dies zum Rückbau der Isolierstationen.

Genau dieser Rückbau der infektionsbezogenen Infrastruktur sowie Personalmangel und -abbau erwiesen sich, wie Karen Nolte betont, wenige Jahre später mit dem Ausbruch von HIV/AIDS als problematisch: Der Umgang mit Infektionskrankheiten gehörte nicht mehr zu den Pflegeroutinen. Hier war das Hygiene-Wissen der Pflegekräfte, also die immaterielle Vorbereitung, entscheidend. Auf dieses Wissen konnten die Pflegekräfte bei der Versorgung HIV/AIDS-Kranker und zur Prävention weiterer Infektionen zurückgreifen. Wie Malte Thießen herausarbeitet, veränderten sich mit HIV/AIDS Zugriffe auf pandemische Zukünfte. „Düstere Zukunftsprognosen“ wurden ersetzt durch Entwürfe einer „solidarischen Zukunft“. Die Mitwirkung an präventiven Maßnahmen gegen HIV/AIDS gestaltete sich so zu einem inkludierenden Gemeinschaftsprojekt – und das trotz Versuchen, genau das Gegenteil, nämlich Exklusion von Betroffenen, durchzusetzen.⁶¹

Mit den „New Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases“, die seit den 1990er Jahren in den Fokus von Politik und Wissenschaft rückten und damit verbunden ein verändertes Konzept von Mikroben, deren Entwicklung und Wechselspiel mit Wirtspopulationen bekannt machten, stellte sich die Frage, wie für Pandemien geplant werden könne, neu: Wie konnten unbekannte oder mutierte Krankheitserreger sichtbar gemacht werden? Wie konnte die Aufmerksamkeit (wieder) auf Infektionserkrankungen gelenkt und gehalten werden, um neue Ressourcen für den Infektionsschutz zu mobilisieren? Erfassungs- und Meldesysteme sowie Frühwarnsysteme auf nationaler Ebene und international vernetzt zu etablieren, versprach zur Lösung dieser Probleme beizutragen, wie Wiebke Lisner am Beispiel der deutschen Pandemieplanungen seit den 1990er Jahren zeigt. Angesichts der als unkalkulierbar empfundenen Bedrohung durch neue „Killermikroben“ bot das Konzept der „Preparedness“ – und nun weniger im Sinne einer praktischen Vorbereitung als vielmehr als handlungsleitendes Dispositiv – die Hoffnung, zumindest die schlimmsten Auswirkungen einer Epidemie in den Griff zu bekommen und wenn schon nicht alle Menschenleben retten, so doch zu-

⁶¹ Tümmers (2017).

mindest kritische Infrastruktur und die öffentliche Ordnung aufrechterhalten zu können. Wiebke Lisner nimmt hierbei „imaginative practices“ als zentrale Praktiken des „Preparedness“-Konzepts exemplarisch anhand der als Simulationsspiel abgehaltenen LÜKEX-Übung 2007 in den Blick. „Imaginative practices“ konkretisierten Planungen, indem sie zukünftige Ereignisse erlebbar und Schwachstellen ausfindig und damit behebbar machten; zugleich unterzogen sie die erarbeiteten Alarm- und Interventionspläne einem Test – auch als Grundlage ihrer fortlaufenden Weiterentwicklung. Der Beitrag wirft damit auch ein Schlaglicht auf veränderte Formen „planerischer Praxen“, die – worauf Dirk van Laak verweist – nach dem Ende der „klassischen Phase von Planung“ (seit dem Ende des Ersten Weltkriegs bis in die 1970er Jahre) entwickelt wurden.⁶²

Während die „imaginative practices“ also plakativ gesprochen darauf zielten, Wissen über zukünftige, noch nicht eingetretene (katastrophische) Ereignisse als Grundlage für Planungen und zukünftiges Handeln bereitzustellen, zielten Präventionspraxen darauf, durch gegenwärtiges Handeln eine antizipierte Risikozukunft zu verhindern – sei es um den Ausbruch einer Erkrankung oder deren Ausbreitung zu unterbinden. Die Vielschichtigkeit von Präventionspraxen, Aushandlungsprozessen und Akteuren untersuchen Andreas Jüttemann, Aistis Žalnora, Laura-Elena Keck, Axel C. Hüntelmann, David Rengeling und Jutta Braun.

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts kam es im Baltikum und auch in Memel, das damals zum Deutschen Reich gehörte, zu Lepra-Ausbrüchen. Dass Infektionserkrankungen „die sozialsten aller Krankheiten“ sind⁶³, stellen Andreas Jüttemann und Aistis Žalnora in Frage, waren es doch vor allem in der Landwirtschaft tätige und bedienstete Est*innen, Lett*innen und Litauer*innen, die erkrankten und eben kaum Angehörige des deutschen Bürgertums und des Adels. Letztere gründeten jedoch Lepra-Vereine und setzten die Erfassung und schließlich die Isolierung aller Erkrankten entweder in der eigenen Wohnung oder in einem der errichteten Lepraheime durch, um „Unruhe“ in der deutschen Bevölkerung zu verhindern. In Ermangelung effektiver Heilungsmöglichkeiten blieb lediglich, durch Isolierung der Erkrankten eine weitere Ausbreitung zu unterbinden. Art und Umfang des ausgeübten Drucks auf Erkrankte durch u. a. finanzielle Anreize, Kontrollen, Zwang, Überzeugung, um ein Leben im Heim bzw. in Isolation zu akzeptieren, wurden zum Dreh- und Angelpunkt von politischen und sozialen Aushandlungsprozessen. Die Motive der deutschen Akteure beschreiben Jüttemann und Žalnora als von einem kolonialen Selbstverständnis und dem Bestreben geprägt, sozialen Einfluss in der Region zu sichern. Infektionserkrankungen können anhand dieses Beispiels insofern nicht nur als „Seismografen des Sozialen“ (Malte Thießen)

⁶² Laak (2010).

⁶³ Thießen (2020).

beschrieben werden, sondern dienten auch ganz praktisch dazu, soziale Ordnungen aufrechtzuerhalten und zu festigen.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Laura-Elena Keck, die sich der Gelbfieberprävention in Südafrika seit den 1930er Jahren widmet. Sie fragt nach der Verknüpfung von Prävention mit transnationaler Wissensproduktion und lokaler Raumordnung im Kontext (trans)regionaler Dynamiken. Gelbfieber – übertragen durch Moskitos – war in einigen Ländern Afrikas endemisch. Ohne dass es in Südafrika je zu einem größeren Gelbfiebersausbruch kam, erklärten Gesundheitsexperten und -politiker das Land als gefährdet. Die Unterteilung in „endemic“ und „receptive areas“ eröffnete eine Kluft zwischen den verschiedenen afrikanischen Ländern und Regionen. Südafrika bestand in diesem Kontext auf präventive Maßnahmen, die auf die Kontrolle von Moskitos durch Insektizide und Quarantänemaßnahmen, verbunden mit einer Abschottung des Landes, zielten. Das Land unterstrich damit seine Selbstrepräsentation als „zivilisierte Enklave“. Nach innen wurden rassistische Segregation und Apartheid-System ebenfalls – zumindest teilweise – medizinisch begründet. Zugleich nutzte Südafrika Gelbfieber als ein Feld, um internationale Isolation zu überwinden und um sich als regionale Führungsmacht in puncto internationaler Kooperation sowie grenzüberschreitender Wissens- und Impfstoffproduktion zu präsentieren. Das Beispiel der Gelbfieberprävention in Südafrika verweist auf die Bedeutung von Infektionserkrankungen, Mechanismen rassistisch motivierter Inklusion und Exklusion zu legitimieren. Ebenso zeigt es, dass Wissensproduktion zu Infektionserkrankungen und Infektionsschutz zentrale Felder internationaler Zusammenarbeit waren und durch Abkommen das Verhältnis der Staaten zueinander regelten – mithin machtpolitische Architekturen ausloteten.

Das Bundesgesundheitsamt (BGA) als zentrale staatliche Institution des Seuchenschutzes und der Seuchenbekämpfung in Westdeutschland nimmt Axel C. Hüntelmann von seiner Wiedergründung 1952 bis zum Ende der 1970er Jahre in den Blick. Er analysiert vom BGA ergriffene Maßnahmen sowie das hierfür notwendige biopolitische Regime. Dies untersucht er exemplarisch anhand der Prävention und Bekämpfung von Grippe während der Grippepandemie im Winter 1957/58, der gutachterlichen Bewertung eines neuen Polio-Impfstoffes seit Mitte der 1950er Jahre und der Überwachung der Pockenimpfung.⁶⁴ Die Präventionsmaßnahmen des BGA wiesen dabei ein sich wiederholendes Muster auf: 1. Diagnose eines Virus bei Ausbruch einer Epidemie als Voraussetzung zur Einleitung von Bekämpfungsmaßnahmen, 2. Bekämpfung der Epidemie durch Entwicklung eines Arzneimittels oder Impfstoffes und 3. Durchsetzung einer Immunisierung der Gesellschaft im Sinne einer „allumfassenden Präven-

⁶⁴ Nach Dirk van Laak änderte sich die Funktion des Staates als zentraler planender Akteur seit den 1970er Jahren fundamental. Ihm sei es – so Laak – lediglich noch zugekommen, Folgewirkungen „ökonomischer Verwertungs- und Globalisierungsprozesse“ zu kompensieren. Was könnte dies für den Bereich des Seuchenschutzes bedeuten, wie könnte es Funktion und Aufgaben des Bundesgesundheitsamtes verändert haben? Laak (2010).

tion“, um einen nächsten Ausbruch zu verhindern. Zum Problem wurde die Strategie der „allumfassenden Prävention“ in dem Moment, als im Fall der Pockenimpfung die Zahl der Impfschäden größer wurde als die Zahl der Erkrankten. Es galt die Risiken der Erkrankung immer wieder gegen die Risiken der Impfungen bzw. Schutzmaßnahmen abzuwägen, um innerhalb der Bevölkerung eine Impfbereitschaft zu erreichen und damit einen umfassenden Schutz der Allgemeinheit, aber auch der Ökonomie und der öffentlichen Ordnung sicherzustellen.

Den Begriff der „allumfassenden Prävention“ prägte David Rengeling in seiner Dissertation⁶⁵ und greift diesen in seinem Beitrag auf. Anhand der beiden Grippepandemien in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts 1957/58 (sog. Asiatische Grippe) und 1968–1970 (sog. Hongkong-Grippe) macht er darauf aufmerksam, dass Vorstellungen einer „allumfassenden Prävention“ zur Bewältigung der Grippepandemien im 20. Jahrhundert wenig handlungsleitend waren. Pandemien galten zu dieser Zeit noch als Ausnahme-Erscheinungen und nicht wie in den 2000er Jahren als unausweichliche, stetig wiederkehrende Gegebenheiten. In der BRD wurden die Grippe-Epidemien der 1950er und 1960er Jahre weitestgehend ignoriert, sollten doch die Erkrankungen das erreichte „Wirtschaftswunder“ nicht irritieren. In der DDR hingegen waren sich Gesundheitsexperten und -politiker zwar einig, dass die Grippe eine ernstzunehmende Gefährdung darstellte – allein es fehlte an den Mitteln und Möglichkeiten einer breit angelegten Impfkampagne. Stattdessen stellte man die Grippepandemien als Problem „des Westens“ dar. Nachdem sich gezeigt hatte, dass die Hongkong-Grippe zu großem wirtschaftlichem Schaden geführt hatte, versuchte das DDR-Regime im Kontext der „Planwirtschaft“ für die nächste Pandemie zu planen, nämlich die Impfstoff- und Medikamentenproduktion zu steigern. Die DDR scheiterte jedoch an den ökonomischen Herausforderungen. Diese Beispiele verweisen auf die fundamentale Bedeutung des Verhältnisses von Pandemie, Prävention, „Preparedness“ und Ökonomie. So konnte eine Pandemie einen hohen wirtschaftlichen Schaden bedeuten, die ergriffenen Eindämmungsmaßnahmen jedoch ebenso: Jede vorbeugende und vorbereitende Maßnahme war ohne die Bereitstellung von Ressourcen nicht zu haben. Wie Jutta Braun hervorhebt, waren ökonomische Überlegungen – und zwar durchaus verbunden mit Zumutungen, z. B. der Jagd auf „Simulanten“ – in der DDR stets Planungs- und Handlungsmaßstab im Gesundheitsbereich und auch im Hinblick auf die Eindämmung von Infektionskrankheiten. Während der Corona-Pandemie hingegen entschieden sich Politik, Öffentlichkeit und Gesundheitsexperten erstmals für eine Priorisierung des Gesundheitsschutzes und ordneten volkswirtschaftliche Überlegungen unter.

Rückblickend – und dies vor allem während der Corona-Pandemie – erschienen Gesundheitssystem und Vorsorgemaßnahmen des DDR-Regimes als vorbildhaft, wie Jutta Braun schreibt. Insbesondere habe die konsequente und effiziente Impfpolitik

65 Rengeling (2017).

eine „breite Spur im kollektiven Gedächtnis“ hinterlassen. Anhand des Beispiels der Bekämpfung von Polio mittels Schluckimpfungen untersucht Braun diese als positiv erinnerte Impfpolitik genauer und beleuchtet das Spannungsverhältnis zwischen Erfolg und autoritärer Durchsetzung der staatlichen Impfprogramme sowie ethischen Fragen der Impfstoffentwicklung. Dies berührt zentrale Fragen von Prävention wie das jeweilige Verhältnis von Staat, Gesellschaft und Individuum, von Eingriffsrechten des Staates in die „Leiblichkeit seiner Bürger*innen“, zugespitzt von Autonomie und Zwangsmaßnahmen.

Der „Flirt mit dem Autoritären“ setzte sich in Deutschland bei der Bewältigung der Corona-Pandemie jedoch nicht durch. Vielmehr hielt beispielsweise Angela Merkel diesem „optimistische Zukunftsentwürfe“ und Erzählungen einer erfolgreichen Entwicklung von Impfstoffen entgegen mit dem Ziel, das „Selbstbild der immunisierten Gesellschaft zu stabilisieren“. Mit den Grundprinzipien „Vernunft, Verantwortung und Solidarität“ habe die Politik zur Bewältigung der Corona-Pandemie an Konzepte und Erfahrungen im Umgang mit der AIDS-Krise angeknüpft, argumentiert Malte Thießen. Fragen nach „Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Präventionsmaßnahmen“ und damit nach Zukunfts- und Gesellschaftsentwürfen verknüpften sich jedoch auch während der Corona-Pandemie ebenso wie schon im 20. Jahrhundert untrennbar mit Infektionserkrankungen und Epidemien.

Diese Fragen hatten bereits in den 1990er Jahren nach der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland im Kontext forcierter Globalisierung sowie Internationalisierung des Infektionsschutzes eine Brisanz entwickelt, wenn es um Maßnahmen der Vorsorge, der Prävention und „Preparedness“ ging. Ja, „Pandemic Preparedness“ als Teil einer weltweiten Sicherheitsstrategie, wie sie spätestens ab Ende der 1990er Jahre eingefordert wurde, brachte eigene Politiken, Strategien und Moral hervor, wie Jonathan Voges, Bernd Gausemeier und Matthias Katzer in ihren Beiträgen zeigen.

Jonathan Voges nimmt ebenso wie Wiebke Lisner die veränderten Formen „planetarischer Praxen“ seit den 1990er Jahren in den Blick. Mit „Worst Case“, „Best Practices“ und „Lessons Learned“ untersucht er von der WHO in Stellung gebrachte „futuristische Technologien“, die darauf abzielten, für eine ungewisse Zukunft vor auszuplanen und diese somit erwartbar zu machen. Bezeichnet werden können diese Technologien auch als „anticipatory knowledge“, ermöglichten sie doch, „Wissen“ im Kontext von „Nichtwissen“ zu generieren. Während Worst-Case-Szenarien ein Narrativ der erwarteten pandemischen Zukunft bereitstellten, verwiesen Best-Practice-Modelle auf vergangene, als positiv bewertete Erfahrungen, kreierten also einen Erfahrungsraum der Pandemie. „Lessons Learned“ wiesen über diesen Erfahrungsraum hinaus und analysierten Verbesserungspotentiale für zukünftiges Handeln. Jonathan Voges weist hier auf ein Paradoxon hin: So zielte die WHO darauf, die Welt durch Pandemieplanungen und „Pandemic Preparedness“ sicherer zu machen, ging jedoch zugleich davon aus, dass dies nur gelingen könne, wenn man anerkenne, wie unsicher sie gegenwärtig sei.