

Aue, Luis

Article

Technologischer Optimismus reicht nicht: Lehren aus dem internationalen Kampf gegen die Cholera im 19. Jahrhundert

WZB-Mitteilungen: Quartalsheft für Sozialforschung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Aue, Luis (2022) : Technologischer Optimismus reicht nicht: Lehren aus dem internationalen Kampf gegen die Cholera im 19. Jahrhundert, WZB-Mitteilungen: Quartalsheft für Sozialforschung, ISSN 2943-6613, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, Iss. 175 (1/22), pp. 45-48,
<https://bibliothek.wzb.eu/artikel/2022/f-24612.pdf>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/327733>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Technologischer Optimismus reicht nicht

Lehren aus dem internationalen Kampf gegen die Cholera im 19. Jahrhundert

Warum war der Suezkanal eine wichtige Verteidigungslinie gegen das Voranschreiten der Cholera im 19. Jahrhundert? In der historischen Betrachtung zeigt sich, dass das nicht nur mit epidemiologischen Erwägungen zu tun hatte, sondern auch mit kolonialen Konkurrenzen zwischen den europäischen Staaten. Der Ökonom und Politikwissenschaftler Luis Aue analysiert die Beschlüsse der internationalen Sanitärkonferenz von Venedig im Jahr 1892, ein Meilenstein auf dem Weg zu einer global abgestimmten Gesundheitspolitik. Aus damaligen Fehlern lassen sich heute noch Schlüsse für eine effektive globale Gesundheitspolitik ziehen.

Luis Aue

Nach zwei Jahren globaler Covid-19-Pandemie befindet sich die internationale Gesundheitspolitik in einer nahezu paradoxen Situation: Auf der einen Seite wird die Notwendigkeit internationaler Kooperation beschworen, sogar ein neues internationales Vertragswerk zur Bekämpfung von Pandemien ist in der Diskussion. Die globale Pandemie legt ein internationales Vorgehen nahe, da neue lokale Virus-Varianten potenziell die gesamte Weltbevölkerung gefährden. Auf der anderen Seite werden die bestehenden Mechanismen internationaler Gesundheitskooperation untergraben: Die Zusagen zur Bereitstellung von Impfstoff zur globalen Umverteilung im Rahmen der internationalen COVAX-Initiative werden nicht erfüllt. Auch die internationalen Regularien zu Grenzsicherungen werden seit Beginn der Pandemie nicht eingehalten.

Ein Rückblick in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigt, dass internationale Kooperationen schon einmal zentral in der Bekämpfung globaler Pandemien waren. Cholera-Pandemien zogen im 19. Jahrhundert in immer neuen Wellen durch die Welt. Der „blaue Tod“ führte zu plötzlichen, von Krämpfen und massiven Ausscheidungen begleitet und damit besonders schockierenden Todesfällen. Seit 1851 tagten internationale Sanitärkonferenzen, um Cholera-Pandemien auch staatsübergreifend zu bekämpfen. Erst bei der Konferenz von Venedig 1892 kam es allerdings zu einer Übereinkunft. Hier beschlossen die europäischen Delegierten – ausschließlich Europäer waren stimmberechtigt und ausschließlich Männer anwesend – eine desinfizierende Barriere am Suezkanal zu errichten, um die Übertragung von Cholera-Bakterien aus Indien nach Europa zu verhindern. Die Konferenz verabschiedete Regula-

rien zum Umgang mit Schiffen aus von Cholera betroffenen Gegenden. Sanitärstationen wurden eingerichtet zur Desinfektion von Mannschaften, Passagieren und Schiffen.

Ob diese Interventionen ein Erfolg waren, ist zweifelhaft. Auf jeden Fall aber prägten sie die internationale Gesundheitspolitik dauerhaft. So bauten die noch heute bestehenden internationalen Gesundheitsinstitutionen sukzessive auf den Beschlüssen der Konferenz von Venedig

„Die heutigen internationalen Gesundheitsinstitutionen bauen auf den Beschlüssen der Konferenz von Venedig 1892 auf.“

auf. Von heute aus betrachtet zeigen diese Beschlüsse einige problematische Seiten. Doch vielleicht bieten gerade diese Schattenseiten Ansatzpunkte, darüber zu reflektieren, welche alten Pfade gegenwärtige Reformbemühungen verlassen sollten.

Erstens wurden die Ergebnisse von Venedig wesentlich durch zwischenstaatliche Machtpolitik beeinflusst. Das zeigt etwa der Fokus auf den Suezkanal: Dieser verband Großbritannien mit den kolonisierten Gebieten in Südasiens. Und so versteiften sich gerade die europäischen Rivalen des britischen Königreichs im kolonialen Wettstreit auf den Suezkanal als Ziel von Interventionen. Frankreich und Österreich-Ungarn legten Vorschläge für ein Vertragswerk vor, das primär den Suezkanal betraf – obwohl bereits bekannt war, dass der Suezkanal nicht das einzige Einfallstor für die Cholera war. Reisebeschränkungen versprachen eben primär die englische Wirtschaftsmacht zu treffen. Gleichzeitig führte dieser machtpolitische Konflikt dazu, dass die englischen Delegierten es als ihre primäre Aufgabe sahen, die Regulierungen zu lockern. Mit jeder Verhandlungsrunde wurden die Vorschriften laxer. So galten für englische Militärschiffe beispielsweise weitreichende Ausnahmen, die das Vertragswerk nahezu ad absurdum führten. Militärisch genutzte Schiffe konnten auch mit Cholera an Bord den Kanal passieren.

Für die gegenwärtigen Diskussionen ist die Konferenz von Venedig an diesem Punkt geradezu

ein Menetekel: Die Bedeutung zwischenstaatlicher Machtpolitik auch für augenscheinlich neutrale Expertendiskussionen ist nicht zu unterschätzen. Machtpolitische Erwägungen und Kompromisse können die Funktionalität internationaler Übereinkünfte massiv beeinträchtigen. Die in Venedig versammelten Delegierten sahen sich den Erkenntnissen der Bakteriologie verpflichtet, viele waren Medizinprofessoren. Dennoch zeigt ein Blick in die Protokolle, wie prägend machtpolitische Erwägungen für ihre Diskussionen und Ergebnisse waren. Die gegenwärtigen Gespräche in Gremien der Welthandelsorganisation zu Lockerungen im Patentschutz für Impfstoffe werden von Deutschland blockiert. Möglicherweise beeinflusst auch hier zwischenstaatliche Machtpolitik die deutsche Positionierung wesentlich: Deutschlands ehemalige Bundesregierung sah sich im Hinblick auf die mRNA-Technologie im globalen Wettbewerbsvorteil, den es zu bewahren gelte. Venedig lehrt uns hingegen, zwischenstaatliche Machtpolitik kritisch zu begleiten: Sie kann dazu führen, dass internationale Vereinbarungen nicht den eigenen Ansprüchen gerecht werden.

Zweitens zeigt die Konferenz von Venedig, wie sich rassistische und koloniale Strukturen in internationalen Gesundheitsregulierungen niederschlagen. So etablierte die Konferenz von Venedig unterschiedliche Regularien und Maßnahmen für muslimische Reisende, die durch den Suezkanal nach Mekka fuhren. Für sie wurden getrennte Sanitärstationen errichtet. Während nicht muslimische Reisende durch die neuen Regulierungen unbeschwerter reisen

Luis Aue ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Globale humanitäre Medizin. Zu seinen Forschungsinteressen gehören unter anderem die globale Gesundheits- sowie die transnationale Wohlfahrtspolitik. luis.aue@wzb.eu

Foto: © WZB/privat, alle Rechte vorbehalten.

sollten, waren muslimische Reisende nach wie vor von generalisierenden Quarantänebestimmungen betroffen. Die ägyptische Delegation protestierte heftig gegen die Entscheidungen, da eine Sanitärstation auf ägyptischem Boden errichtet und ägyptische Regierungsbehörden unter die Kontrolle „internationaler“ – sprich europäischer – Experten gestellt wurden. Dieser Protest blieb allerdings folgenlos, da Ägypten sich zum Zeitpunkt der Konferenz schon in weitgehender finanzieller Abhängigkeit von europäischen Staaten befand.

In der gegenwärtigen Covid-19-Politik drohen sich diese kolonialen Mobilitätsregime zu reproduzieren. Eine vollständige Impfung wird vermehrt unilateral zur Einreisebedingung erklärt. Gleichzeitig hat ein großer Anteil der Bevölkerung des globalen Südens keinen Zugang zu Impfstoffen – jedenfalls zu Impfstoffen, die als gleichwertig mit europäisch-amerikanischen anerkannt werden. Reisefreiheit droht noch mehr ein Privileg ehemaliger Kolonialmächte zu werden. Gegenwärtig wird eine Reform der internationalen Gesundheitsvorschriften diskutiert, die Möglichkeiten von Grenzsicherungen im Falle von Pandemien regulieren. Die Fehler von Venedig nicht zu wie-

derholen, bedeutet, bei diesen anstehenden Überarbeitungen neokolonialen Mobilitätsregimen entgegenzuwirken.

Drittens zeigt die Konferenz von Venedig einen ausgeprägten technologischen Optimismus. Die Experten waren davon überzeugt, mit technischen Sofortlösungen wie Desinfektionsapparaten die Übertragung von Cholera nach Europa verhindern zu können. Die Bakteriologie mache es möglich, Cholerakeime einfach und schnell zu töten. Dabei entsprach dieses Selbstbewusstsein kaum den technischen Möglichkeiten. Schon wenige Jahre später klagte der europäische Leiter der ägyptischen Sanitärstationen, dass Desinfektion einer großen Masse von Reisenden technisch schlicht nicht durchführbar sei.

In meiner Dissertation bin ich besonders diesem Fokus auf technische Sofortlösungen nachgegangen. Im Rahmen historischer Fallstudien habe ich gezeigt, wie auch nach der Konferenz von Venedig die internationale Gesundheitspolitik von einem überraschenden technologischen Optimismus gekennzeichnet war. Ich argumentiere, dass internationale Gesundheitsexpertise auf technische Sofortlösun-

gen setzt, weil sich diese in einem Klima politischer Unbeständigkeit gut durchsetzen lassen. Die Delegierten in Venedig wurden in ihrer Kompetenz, ihrer Finanzierung und ihrer Legitimität grundsätzlich hinterfragt: Ist nationalstaatliche Gesundheitspolitik nicht doch aus-

„Technische Sofortlösungen suggerieren Handlungsfähigkeit trotz schwieriger politischer Umstände.“

reichend? Sollen wirklich Steuergelder an den Suezkanal fließen? In diesem Kontext konnten sich die technischen Sofortlösungen einfacher durchsetzen, weil diese trotz schwieriger politischer Umstände Handlungsfähigkeit suggerierten. So war die Installation eines Desinfektionsregimes unter internationaler Führung durchführbar – auch ohne stabile Autorität der internationalen Gesundheitspolitik.

Der Fokus auf technologische Sofortlösungen war also politisch opportun; er hatte nur einen großen Haken: Oftmals lassen sich Gesundheitsprobleme nicht mit einfachen technologischen Maßnahmen dauerhaft wirksam bekämpfen. Für die Bekämpfung der Cholera waren nicht die Beschlüsse von Venedig maßgeblich, sondern der Bau von Wasser- und Sanitärinfrastruktur in urbanen Zentren im späten neunzehnten Jahrhundert. Wo solche Infrastrukturmaßnahmen fehlen, sterben immer noch Menschen an der Cholera – nach Schätz-

ungen der Public-Health-Forschung bis zum heutigen Tag weltweit ein bis vier Millionen Menschen jährlich.

Es gilt also auch in der gegenwärtigen internationalen Gesundheitspolitik, über technologische Sofortlösungen hinauszudenken. Die Aufmerksamkeit der internationalen Gesundheitspolitik liegt derzeit primär auf der Verteilung von Impfstoffen und anderen Technologien (der entsprechende globale Aktionsplan trägt den Titel „Access to COVID-19 Tools Accelerator“). Eine globale Verfügbarkeit von Technologien wie Impfstoffen ist fundamental für die Bekämpfung der Pandemie. Gleichzeitig wird immer deutlicher, dass es für eine wirksame Bekämpfung von Covid-19 mehr braucht als verfügbaren Impfstoff. Es braucht Gesundheitspersonal, das medizinische Intervention nicht nur durchführen kann, sondern auch einordnet und Vertrauen schafft. Die Gesundheitsinfrastruktur muss gepflegt, ausgebaut und erhalten bleiben. Solche Forderungen nach umfassenderer Stärkung von Gesundheitssystemen werden wiederholt in den Gremien der Weltgesundheitsorganisation vorgebracht, führen aber nur begrenzt zu konkreten Programmen.

Um über begrenzt zugängliche technische Sofortlösungen hinauszukommen, muss die Autorität der internationalen Gesundheitsinstitutionen gestärkt werden. Nur eine unabhängige und stark legitimierte internationale Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen kann es sich erlauben, die dicken Bretter der Gesundheitspolitik zu bohren. ●

Literatur

Howard-Jones, Norman: The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851–1938. Genf: World Health Organization 1975.

Huber, Valeska: Channelling Mobilities: Migration and Globalisation in the Suez Canal Region

and Beyond, 1869–1914. Cambridge University Press 2013.

White, Alexandre I R: „Historical Linkages: Epidemic Threat, Economic Risk, and Xenophobia“. In: The Lancet, 2020, Jg. 395, H. 10232, S. 1250–1251.

© Der Text ist gemäß der Creative-Commons-Lizenz CC BY 4.0 nachnutzbar: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>