



Chapitre de livre

2020

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Pandemie und Grenzen: Auf der Suche nach den Schuldigen

Ricciardi, Toni

How to cite

RICCIARDI, Toni. Pandemie und Grenzen: Auf der Suche nach den Schuldigen. In: COVID-19: eine Sozialwissenschaftliche Perspektive. Gamba, F.; Nardone, M.; Ricciardi, T.; Cattacin, S. (Ed.). Zürich ; Genève : Seismo, 2020. p. 323–339.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:147752>

PANDEMIE UND GRENZEN: AUF DER SUCHE NACH DEN SCHULDIGEN

Toni Ricciardi

Diese Pandemie zeigt uns, dass es keine Grenzen gibt. Es ist wirklich bemerkenswert, dass die Personenfreizügigkeit innerhalb des europäischen Schengen-Raums zum ersten Mal in seiner Geschichte wegen COVID-19 unterbunden wurde und dass viele Staaten Entscheidungen in den Händen der nationalen Exekutiven zentralisiert und damit die gesetzgebenden Versammlungen geschwächt haben. Auch das zentrale Prinzip der Schweizerischen Eidgenossenschaft, der Föderalismus, wurde in den letzten Monaten Gegenstand verschiedener Diskussionen zwischen dem Bund und den Kantonen. Dabei stand die Frage im Raum, wer das Recht hat, für ein bestimmtes Territorium, für seine Bevölkerung und über die zu ergreifenden Massnahmen zu entscheiden. Dasselbe Phänomen konnte auf globaler Ebene zwischen verschiedenen Staaten beobachtet werden. Plötzlich schien es, als seien in einer hyperverbundenen Welt, in der man in Echtzeit sehen kann, was in den entlegensten Ecken geschieht, nur noch Barrieren und Mauern errichtet worden. Diese Orte «der – territorialen und symbolischen – Grenzziehungen, auf denen die Anerkennung von Nationalstaaten beruht» (Salvatici 2005: 7), schienen die beruhigende Lösung für all unsere Befürchtungen zu sein.

Ich verzichte hier bewusst auf die wissenschaftliche Diskussion zu Grenzen, wie die verborgene Grenze (Cole und Wolf 1974), Grenzregionen und grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Anderson 1982) sowie auf die *Frontierthese* von Frederick J. Turner (Turner und Bogue 2010), da diese nicht Gegenstand der vorliegenden Überlegungen sind. In unserem Fall werden wir den Begriff der Grenze als eine

politisch anerkannte geographische Grenzziehung verwenden, die auf die Begrenzung, Kontrolle oder im Extremfall auf die Abwehr äusserer Gefahren abzielt. Im Fall von COVID-19 begannen die Diskussionen in den verschiedenen Ländern über Grenzschliessungen, unmittelbar nachdem die öffentliche Meinung über die «chinesische Epidemie» Kenntnis erhielt (1. Januar 2020): Sollen wir unsere Grenzen schliessen oder offenlassen, Flüge blockieren, Pässe wieder prüfen, Genehmigungen für Grenzübertritte verlangen? Mit den wachsenden Ängsten und Unsicherheiten, konnte man in zunehmendem Masse Aussagen wie «wir wollen keine Chinesen mehr, denn von dort kommt das Virus» oder «nein zu den Italienern, die wegen ihrer Desorganisation ganz Europa infizieren» hören. Aber auch: «Nein zu den Europäern» von Seiten einiger afrikanischer Staaten. Das Virus wurde so mit einem Territorium (und einer Nationalität) in Verbindung gebracht. In ähnlicher Weise stellte sich eine weitere Frage: Wie ist es möglich, «das Andere» abzulehnen, wenn «das Andere» – ein chinesischer Arzt zum Beispiel – noch nützlich ist?

In den letzten Monaten hat jedes Land versucht, die am besten geeigneten Massnahmen zu ergreifen, sie zu diversifizieren und an den eigenen sozioökonomischen Kontext anzupassen. Dennoch blieben und bleiben wohl weiterhin Schwierigkeiten bestehen. Wie zum Beispiel in der Schweiz. Die Debatte darüber, ob die täglich fast 400'000 ein- und ausreisenden Grenzgängerinnen und Grenzgänger abgewiesen werden sollen oder nicht, war zu Beginn der Pandemie einer der ersten Punkte auf der Tagesordnung. Einige haben vorgeschlagen, dies nur für Personen zuzulassen, die im Gesundheitssektor arbeiten, das heisst für Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte und paramedizinisches Personal. Denn die Gesundheitsversorgung ist von wesentlicher Bedeutung, wie auch die Nahrungsmittelindustrie, wo die landwirtschaftliche Produktion und ihre Versorgungskette weiterhin garantiert werden muss. Wir kommen somit nicht ohne Grenzgängerinnen und Grenzgänger aber

auch nicht ohne Migrierende generell aus, ganz gleich, ob sie italienischer, französischer, albanischer oder polnischer Herkunft sind oder irgendeine andere Nationalität haben. Wir könnten noch viele andere Beispiele aufzählen, aber die zu berücksichtigenden Variablen sind so zahlreich, dass es uns in die Irre führen würde, sie hier alle einzeln aufzuführen. Eine Frage bleibt jedoch im Raum. Wie in anderen Phasen der Geschichte ist es immer die gleiche Frage bei solchen Ereignissen: Wessen Schuld ist es? Wer ist dafür verantwortlich? Und bei Pandemien noch zusätzlich: Woher kommt die Krankheit und wer überträgt diese?

PATIENT NULL WIRD OBJEKT VON VORURTEILEN

Namensgebungen, die auf geographische Zonen oder Tiere referieren (asiatische, russische, spanische, indische, neapolitanische Grippe oder auch Schweine- und Rinder Grippe), haben die Geschichte von Epidemien und Pandemien im Laufe der Jahrhunderte geprägt und, wie zu erwarten ist, eine Abneigung und Vorurteile gegenüber den Ansteckenden, ob Mensch oder Tier, hervorgerufen. Dies veranlasste die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Best Practices für die Benennung neuer menschlicher Infektionskrankheiten zu veröffentlichen:

«Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in Absprache und Zusammenarbeit mit der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) und der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) bewährte Verfahren für die Benennung neuer menschlicher Krankheiten ermittelt, mit dem Ziel, die unnötigen negativen Auswirkungen von Krankheitsbezeichnungen auf Handel, Reisen, Tourismus oder Tierschutz zu

minimieren und die Herabsetzung kultureller, sozialer, nationaler, regionaler, beruflicher oder ethnischer Gruppen zu vermeiden.» WHO 2015: 1)

Ziel war es, das Entstehen von Vorurteilen, die den Gebieten und produktiven Sektoren des Lebensmittelsektors wirtschaftlich und finanziell geschadet hätten, so weit wie möglich zu begrenzen. Die Diskussion war langwierig, und die Lösung war nicht leicht zu finden, insbesondere angesichts der jüngsten Benennungen, die, obwohl sie völlig harmlos erschienen, Unzufriedenheit hervorgerufen hatten.

So schien zum Beispiel das 2003 aufgetretene SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom), zwar damals ein harmloser Name zu sein, in Wirklichkeit war dies jedoch nicht der Fall. Die Menschen in Hongkong, wo es zu einem der ersten Ausbrüche dieser Epidemie kam, schätzten das Akronym SARS keineswegs, weil dieses dem offiziellen Namen dieses Gebiets (SAR, *Special administrative region*), ähnelt. Mit der Ebola-Epidemie im Jahr 2014 stellte sich ein ähnliches Problem. Tatsächlich wussten zum Zeitpunkt der Umbenennung der Krankheit nur wenige Menschen, dass ein grosser, 250 km langer Fluss in der Demokratischen Republik Kongo diesen Namen trägt. Als Alternative zu den nationalen, politischen und geographischen Namen stellte sich die Arbeitsgruppe der WHO vor, die Namen von griechischen Göttern oder die heute noch gebräuchliche Terminologie zur Bezeichnung von Wirbelstürmen zu verwenden. Schliesslich wurde das chinesische Nummerierungssystem der 1960er Jahre übernommen (z. B. H1N1), um Panik in der Bevölkerung zu vermeiden und vor allem den Verzehr bestimmter Tierarten nicht zu kritisieren (Spinney 2017). Doch trotz dieser Vorkehrungen wurde zu Beginn von COVID-19 wie eh und je Jagd auf die vermeintlichen Urheber dieser Infektion gemacht, und die Anfeindung geht nach wie vor weiter.

Wer weiss, ob in naher Zukunft der Name COVID-19, oder der weniger technische, aber populärere Name Coronavirus, eines Tages mit *Lebensschmerz* in Verbindung gebracht wird, wie es bei der Tuberkulose, der *weissen Pest*, geschehen ist (Madkour et al. 2004)? Damals wurde sozusagen eine *romantische Krankheit* – zu verstehen als Krankheit der Romantik – ins Leben gerufen, deren Spuren in den Klassikern der Zeit, wie etwa in Victor Hugos *Les Misérables*, zu finden sind. Mit Sicherheit können wir jedoch davon ausgehen, dass wir weiterhin nach dem Urheber der Infektion beziehungsweise nach *Patient Null* suchen. Denn auch diese Pandemie hatte einen Ausgangspunkt; es wäre zweifellos wichtig, ihn zu entdecken, um alle Etappen ihrer Ausbreitung zu rekonstruieren. Es bleibt jedoch die Hoffnung bestehen, dass in Zukunft bei der Spurensuche die groben Fehler der Vergangenheit vermieden werden können.

DIE SPANISCHE GRIPPE, DIE KEINE SPANISCHE WAR

Aller Wahrscheinlichkeit nach brach die erste Influenzapandemie, die sich über mehrere Kontinente ausbreitete, im späten 16. Jahrhundert in Asien aus und breitete sich dann über Afrika, Europa bis nach Amerika aus (Potter 2001). Zu dieser Zeit benutzte man noch das Wort *Grippe*, ein im Italien des 14. Jahrhunderts entstandener Begriff. Dank der Renaissance und der weltweiten, bereits säkularen Grossmacht von Venedig orientierten sich Ausdrücke im medizinischen Bereich am Griechischen und am Lateinischen, Sprachen, die im Süden Europas gesprochen wurden. Auf der technischen Ebene, das heisst bei der Anwendung statistischer Instrumente, begriffen die Wissenschaftler erst bei der *russischen Grippe* von 1889, wie nützlich die zahlenmässige Erfassung im Kampf gegen diese Art von Krankheiten ist. Obwohl damals bereits Massnahmen zu ihrer quantitativen Überwachung ergriffen wurden, blieben

Viren dennoch bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts ein Rätsel (Schneidel 2018). Und gerade im vergangenen Jahrhundert ist wahrscheinlich diesbezüglich eine der grössten Fehleinschätzungen in der Geschichte passiert.

Zur Zeit der Spanischen Grippe hatte Europa mit den letzten Monaten des «Grossen Krieges» zu kämpfen; die Massenkommunikation war mittlerweile weit verbreitet, und die Propaganda eine der raffiniertesten Waffen der damaligen Zeit. Die im Krieg befindlichen Länder, die versuchten, das Geschehen mit der klaren Absicht zu rechtfertigen, den Zusammenprall zwischen «Gut und Böse» zu polarisieren, begannen die jeweiligen Waffenfeinde als Verursacher dieser unkontrollierbaren Epidemie zu beschuldigen. Spanien blieb, wie die Schweiz, angesichts des Weltkonflikts neutral, blieb aber, wie die Eidgenossenschaft, von der Ansteckung nicht verschont. Die Grippe trat im Mai 1918 auf. Der erste Fall wurde wahrscheinlich im März desselben Jahres in den Vereinigten Staaten und einige Wochen später in Frankreich entdeckt. Damals strahlten Länder, die sich im Krieg befanden, solche Nachrichten nicht aus. Denn die Presse unterlag der Zensur und es wurde nicht als nützlich erachtet, bereits bestehende Gefühle der Angst zu verstärken, indem den Berichten aus den Schützengräben neue Berichte über mysteriöse Todesfälle hinzugefügt wurden. Warum also wurde diese Krankheit in *Spanische Grippe* umbenannt und wann?

Am 29. Juni 1918 teilte der Direktor der Gesundheitsbehörde, Martín Salazar, der Königlichen Akademie für Medizin in Madrid mit, dass er keine Nachricht über eine neue Krankheit im übrigen Europa erhalten habe (Müller 1998). Der ursprüngliche Name in Madrid für die später als Spanische Grippe bezeichnete Infektionskrankheit stammt aus dem kleinen, jedoch umso populäreren Lied *Soldado de Nápoles*, der damals wohl berühmtesten Operette *La canción del olvido* (Das Lied des Vergessens). Und so kam es denn auch, dass die Madrileninnen und Madrilenen das schwarze Übel, das sie nach und nach infizierte, nach diesem Lied

benannten (Chiaberge 2016). Die spanische Presse stellte dann erst den Bezug zwischen dem Soldatenlied und der Spanischen Grippe her. Innerhalb weniger Wochen war Madrid bereits zu zwei Dritteln verseucht und das, was die Briten PUO (Pyrexia unbekannter Herkunft), die Amerikaner das Dreitagefieber, die Italiener das Mückenfieber, die Deutschen in den Schützengräben Blitzkatarrh oder Lungenpest und die Franzosen die neapolitanische Grippe nannten, wurde ab da als Spanische Grippe bekannt. Bei genauerem Hinsehen erkennt man jedoch, dass dieser Begriff in spanischen Quellen damals nicht gebraucht wurde (Müller 1998; Phillips und Killingray 2003).

Diese neuartige Epidemie, die sich mehr und mehr zu einer Pandemie entwickelte, liess die alte antispanische Propaganda – die Schwarze Legende – wieder aufleben, die ihren Ursprung im 16. Jahrhundert mit der Eroberung Amerikas durch die rivalisierenden Mächte der damaligen Zeit hatte (Chiaberge 2016). In jener Zeit rechtfertigte jedoch jeder den Namen, den er der Pandemie gab. Für die Polen wurde die Pandemie zur bolschewistischen Krankheit, im damaligen Persien wurde die Schuld an der Pandemie dem englischen Kolonialismus zugeschrieben und für die Japaner lag die Verantwortung dafür bei den Sumoringern. Im Senegal wurde die Pandemie in brasilianische Grippe umbenannt, in Brasilien hingegen wurde diese zur deutschen Grippe usw. (Müller 1998; Phillips und Killingray 2003; Chiaberge 2016; Spinney 2017). Es liessen sich hier noch viele Beispiele aufführen. Als sich schliesslich herausstellte, dass all diese territorialen Varianten in ihren verschiedenen Bezeichnungen ähnlich waren, musste der Krankheit schliesslich ein einziger Name gegeben werden, damit diese allgemein anerkannt werden konnte.

Es dauerte jedoch noch bis 1998, beim Treffen der weltweiten Expertinnen und Experten der Spanischen Grippe in Kapstadt – anlässlich der Konferenz *Die Spanische Grippe nach 80 Jahren* – bis deren Bedeutung für die Weltgeschichte

systematisch aufgearbeitet und der Weg des bis dahin unauffindbaren Patienten Null rekonstruiert werden konnte (Müller 1998). Dabei ist es insbesondere der Arbeit von Historikerinnen und Historikern zum Ersten Weltkrieg zu verdanken, dass die Hypothesen in diesem Bereich erweitert beziehungsweise bestätigt wurden. Im Jahr 2017 synthetisiert dann Laura Spinney in ihrem Buch *Pale Rider* die etlichen Diskussionen und Hypothesen und versucht diese auch zu bewerten, aufbauend auf einigen privaten Dialogen von Historikerinnen und Historikern.

Eine erste Hypothese ist, dass das Virus, gestern wie heute, aus China stammt. Im Jahre 1916 wurden während einer Geheimoperation mehr als 135'000 *Kullis* – Tagelöhner aus China – nach Europa gebracht und in Frankreich und Belgien zum Ausbuddeln von Gräben eingesetzt, und ebenso viele, wenn nicht noch mehr in Russland. Das Virus wurde in all den Regionen aufgefunden, aus denen die Kullis stammten – und verbreiteten sich dann auch dort, wo sie eingesetzt wurden.

Eine zweite Hypothese führt indirekt nach Rouen, einer französischen Stadt, in der Jeanne d'Arc, die Jungfrau von Orléans, verurteilt wurde, auf dem Scheiterhaufen verbrannt zu werden. Dort wurde eines der Lazarette der britischen Truppen eingerichtet. Hier hatten mehrere Personen, die alle aus verschiedenen Militärlagern eintrafen, die Spanische Grippe. Diese Fälle schlugen sich jedoch nicht in den Infektionsraten der Bevölkerung Nordfrankreichs nieder. Um das Auftreten der Spanischen Grippe in Rouen zu erklären, müssen wir von Frankreich aus über den Atlantik nach Kansas in ein militärisches Ausbildungslager fahren, wo Rekruten ausgebildet wurden, die dann 1917 nach Europa aufbrachen. Patient Null wäre dann ein junger Bauer, der im Dienst der Vereinigten Staaten, die im Begriff waren, in den Krieg einzutreten, zu den Waffen gerufen und nach Frankreich entsandt wurde.

Gemäss einer dritten Hypothese begann alles in einem winzigen Bauerndorf in China, wo man annimmt, dass ein

Bauer die Lebensweise seiner Vorfahren aufgegeben hat und sein Körper darauf mit dieser Krankheit reagierte.

Wahrscheinlich ist keine dieser Hypothesen real oder wissenschaftlich nachweisbar, aber sie behalten wahrscheinlich ihren Reiz und bestätigen, dass es unabhängig von der Ursache einen «anderen» Schuldigen geben muss. Die Suche nach dem «Anderen» als dem Schuldigen scheint nicht abzuklingen, und findet sich, jenseits der Verschwörungstheorien, in Falschnachrichten, die wir heute als Fake-News bezeichnen. Warum ist das so?

RASSISMUS

Gehen wir nun ein Jahrhundert zurück, und verlassen die Zeit, die wir der Einfachheit halber die Zeit der Spanischen Grippe nennen. Anfang 1817 kam die Cholera nach Indien, breitete sich nach Sri Lanka aus, erreichte Thailand und Indonesien, bis sie 1822 China und schliesslich Japan traf. Ein Jahrzehnt später breitete sich derselbe Erreger von Grossbritannien nach Kanada aus, traf 1831 in New York City ein und erreichte anschliessend auch Mexiko und Kuba. Es dauerte zwar noch ein Jahrhundert bis zum Angriff auf Pearl Harbour, doch in den Vereinigten Staaten begann die Jagd auf den schmutzigen, schlitzäugigen, das Virus verbreitenden Amerikaner, bereits damals.

Fälle von Lynchmorden verbreiteten sich wie ein Lauffeuer, so sehr, dass die Chroniken der damaligen Zeit von einem weissen Mann berichten, der angeblich eine asiatische Frau als krank bezeichnet haben soll, bevor er sie schlug. In Los Angeles soll die grösste asiatische Gemeinschaft des Landes ein ähnliches Ereignis erlebt haben, bei dem eine Thailänderin als «schmutzige Chinesin» betitelt wurde. Gleichzeitig entwickelt sich eine heftige Medienkampagne gegen Nassmärkte – typisch asiatische Märkte mit Lebewesen – und Praktiken der traditionellen chine-

sischen Medizin. Diese sollen für die Ausbreitung der Cholera verantwortlich sein (Jain 2020). Auch mit der Idee, die Überlegenheit angelsächsischer Standards in der Pflege (vor allem bezüglich der ordnungsgemässen Anwendung von hygienischen Leitlinien) zu demonstrieren, vermehren sich Plakate und Faltblätter, die die anzuwendenden und sorgfältig zu befolgenden medizinischen Richtlinien darstellen (siehe Dokument 1).

Schon vor der Spanischen Grippe nährten Epidemien den schwer abzutötenden Keim des Rassismus, auch wenn diese Ideologie damals noch nicht in der Erklärungstheorie verwendet wurde. Im 19. Jahrhundert nutzte der Westen, vor allem die Engländer, die asiatische Cholera, um eine neue Krankheit zu beschreiben, die ihren Ursprung in Indien und China haben soll, weil dort die Einheimischen schmutzig seien und sich die Krankheit daher in ihren Städten ausbreiten könne. Dabei wurde vergessen, dass die Cholera in ihrer modernen Version bereits drei Jahrhunderte früher in Europa entdeckt worden war, abgesehen von den Cholera-Beschreibungen von Thukydides schon im 4. Jahrhundert v. Chr. Hinzu kommt, dass die grossen europäischen Hauptstädte der damaligen Zeit in Sachen Hygiene nicht gerade brillierten.

Eine historische Kontextualisierung ist nützlich, um diese Episoden besser zu verstehen. In der ersten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts wurden die Grundlagen für eine Welt gelegt, die in regional differenzierter Weise etwas weniger als ein Jahrhundert überdauern sollte. Dieser Beginn der zweiten industriellen Revolution und der allmähliche Abbau des Sklavenhandels, öffnete der kolonialen Wanderung endgültig die Türen (Appleyard 1991; Cohen 1991), was wiederum das Zeitalter der Migration einläutete (Castles und Miller 2009).

Aus demographischer Sicht wuchs die Bevölkerung Europas zwischen 1800 und 1850 von 195 Millionen auf fast 290 Millionen und überstieg im Jahr 1900 420 Millionen.

Dieser demographische Boom, der alle europäischen Länder erfasste, war in Grossbritannien, wo sich die Bevölkerung im 19. Jahrhundert mehr als verdreifacht hat, noch stärker.

Dokument 1: Warnung vor Cholerasympptomen in Indien und Abhilfeempfehlungen

TO THE INHABITANTS OF THE PARISH OF
CLERKENWELL.

His Majesty's Privy Council having approved of precautions
 proposed by the Board of Health in London, on the alarming approach
OF THE
INDIAN CHOLERA

It is deemed proper to call the attention of the Inhabitants to some of
 the Symptoms and Remedies mentioned by them as printed, and now
 in circulation.

Symptoms of the Disorder;

Giddiness, sickness, nervous agitation, slow pulse, cramp beginning at
 the fingers and toes and rapidly approaching the trunk, change of
 colour to a leaden blue, purple, black or brown; the skin dreadfully
 cold, and often damp, the tongue moist and loaded but flabby and
 chilly, the voice much affected, and respiration quick and irregular.

REMEDIES:

All means tending to restore circulation and to maintain the warmth of the body should be had
 recourse to without the least delay.

The patient should be immediately put to bed, wrapped up in hot blankets, and warmth should
 be sustained by other external applications, such as repeated frictions with flannels and camphorated
 spirits, poultices of mustard and linseed (equal parts) to the stomach, particularly where
 pain and vomiting exist, and similar poultices to the feet and legs to restore their warmth. The
 returning heat of the body may be promoted by bags containing hot salt or bran applied to different
 parts, and for the same purpose of restoring and sustaining the circulation white wine vey with
 spice, hot brandy and water, or salvolatile in a dose of a tea spoon full in hot water, frequently
 repeated; or from 5 to 20 drops of some of the essential oils, as peppermint, cloves or cajuput, in a
 wine glass of water may be administered with the same view. Where the stomach will bear it,
 warm broth with spice may be employed. In every severe case or where medical aid is difficult
 to be obtained, from 20 to 40 drops of laudanum may be given in any of the warm drinks previously
 recommended.

These simple means are proposed as resources in the incipient stages of the Disease, until Medical aid
 can be had.

THOS. KEY,
GEO. TINDALL, } *Churchwardens.*

Sir GILBERT BLANE, Bart. in a pamphlet written by him on the subject of this Disease, recommends persons to guard against its approach by
 moderate and temperate living, and to have in readiness the prescribed remedies; and in case of attack to resort thereto immediately but the great
 preventative he states, is found to consist in a due regard to Cleanliness and Ventilation.

N.B. It is particularly requested that this Paper may be preserved, and that the Lametes generally, in the House where it is left may be
 made acquainted with its contents.

NOV. 1st, 1831.

T. GOODE, PRINTER, CROSS STREET, WILDERNESS ROW.

*Quelle: Clerkenwell, London, by Thos. Key and Geo. Tindall: Church wardens.
 London 1831.*

Doch Europa wuchs in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht so schnell wie im vorigen Jahrhundert, obwohl Wohlstand und Langlebigkeit stetig zugenommen haben und nur wenige Kriege und Epidemien auftraten. Die Abschwächung dieses Wachstums scheint wohl eher eine direkte Folge der Geburtenkontrolle, der Massenmigration und wahrscheinlich, wie wir sehen können, auch der Folge von Epidemien aller Art gewesen zu sein.

Diese neue komplexe Welt und das fortschreitende Wachstum der Instrumente der Massenkommunikation erforderten, dass die öffentliche Meinung, die plötzlich mit einer Welt in Aufruhr und in voller Beschleunigung koexistieren musste, einen Einblick in Theorien und Erklärungsgesetze erhielt sowie neue Hoffnungen und Lösungen angeboten bekam. Wenn bis zur Französischen Revolution angesichts des demographischen Defizits die Einwanderung die eigentliche Ressource war, die zum Nachteil der Auswanderung bewahrt werden musste, so musste ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das genaue Gegenteil gefördert und gerechtfertigt werden. Ebenso war es notwendig, die Gründe für den Einsatz so vieler Ressourcen für die Eroberung und militärische und wirtschaftliche Kontrolle entfernter Länder zu erläutern (Ricciardi 2020). Tatsächlich kann man nicht von Zufall sprechen, wenn die Kodifizierung und Analyse dieser Phänomene durch die Sozialwissenschaften – die sich während des Positivismus des neunzehnten Jahrhunderts etabliert und fast in die Naturwissenschaften integriert haben – versucht, den Ursprung und die Gültigkeit dieses Paradigmenwechsels zu erklären. Darwins *Der Ursprung der Arten* – 1859 nach den Ereignissen der indischen Cholera veröffentlicht – brachte dabei einen *Sozialdarwinismus* hervor, der, wie wir gesehen haben, bereits auf einen fruchtbaren Boden traf. So nährte dieser in einer unangemessenen Art und Weise auch den Schrecken der Eugenik, die zur Rechtfertigung der Eroberung Afrikas herangezogen wurde.

In wirtschaftlicher Hinsicht tat die Überarbeitung von Giovanni Boteros weniger bekanntem *De la raison d'État* in Verbindung mit der malthusianischen Theorie über die Beziehung zwischen Subsistenzressourcen und Bevölkerungswachstum den Rest. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gibt es ebenso viele Theorien zur Migration wie Denkschulen, und es ist wohl kein Zufall, dass die ersten soziologischen Gesetzmässigkeiten zur Migration in dieser spezifischen Phase der Geschichte entstanden sind (Ravenstein 1885).

DIE PARADOXIEN DER GESCHICHTE ODER DIE VERMEINTLICHE KONTINUITÄT?

Historische Daten fotografieren keine Ereignisse und schaffen auch kein Vorher oder Nachher, doch sie liefern Koordinaten, von denen aus ein Ausgangspunkt identifiziert werden kann. Der 29. Juni 1918 war weniger ein Meilenstein bei der Einführung des Begriffs der Spanischen Grippe als die Ereignisse, die darauf folgten und die wenig oder gar nichts mit der Pandemie zu tun hatten. In der langen Liste der Daten, der epidemischen Zeitpunkte, die Länder und Gebiete markiert haben, wollen wir uns an ein Datum aus Italien erinnern, oder besser gesagt, an eines aus Süditalien.

Am 27. August 1973, als Italien in die «bleiernen Jahre» – die Jahre des Terrorismus – eintrat, wurde in Torre del Greco die Frau eines Matrosen mit Cholera infiziert. Torre del Greco beherbergte die Werkstätten der Marine des Bourbonischen Königreichs, dessen Hauptaktivität das Entern von Fracht- und Touristenschiffen war. Innerhalb weniger Tage breitete sich die Krankheit in der Stadt Neapel aus, in einem der am dichtesten besiedelten Stadtgebiete Europas. So kam die *Schande der Epidemie* in dieser Stadt nach mehr als einem Jahrhundert wieder zum Vorschein.

47 Tage später, am 12. Oktober 1973, als die WHO die Region frei von Cholera erklärte und diese nicht mehr unter der Epidemie litt, zeigen uns die offiziellen Zahlen die endgültige Bilanz: Vom 27. August bis 12. Oktober 1973 wurden 127 Fälle bakteriologisch bestätigt. Es gab 12 Todesfälle (Soscia 2014). In diesem Zeitraum wurden zwischen Neapel und der Provinz eine Million Impfungen durchgeführt, wobei eine beispiellose Mobilisierung von Verbänden, Parteien und politischen Bewegungen stattfand.

Diese Episode ging nicht wegen der Zahlen oder gar der Ursachen, die sie auslösten, in die Geschichte ein, sondern zufällig, unter dem Vorwand nebensächlicher Gründe, wie im Fall der Spanischen Grippe. In der Tat war Neapel die perfekte Postkarte der Kombination von Pizza, Sonne, Mandoline und Schmutz. Doch niemand erinnert sich daran, dass Bari, Cagliari, Palermo und Barcelona zur gleichen Zeit, fast in denselben Wochen, durch die Cholera heimgesucht wurden. Diese Städte waren, wie auch Neapel, weder aufgrund ihrer hygienischen, sanitären oder sozioökonomischen Bedingungen noch aufgrund ihrer gastronomischen Gewohnheiten durch die Cholera betroffen. Die Cholera erreichte diese Küstenstädte vielmehr auf dem Seeweg aufgrund einer Lieferung infizierter Muscheln aus Tunesien, nach einer Fahrt, der diese Muscheln der Reihe nach in die Türkei, nach Senegal und Nigeria gebracht hatte, die dann auch von Cholera betroffen waren. Die Folgen waren verheerend; der lokale Muschelproduktionssektor wurde zerstört. Der Verzehr von Schalentieren war jahrelang verboten, als ob dieselben kulinarischen Traditionen nicht in weiten Teilen Europas und der Welt zu finden wären, und vor allem wurde das eugenische Vorurteil der angeblichen Minderwertigkeit der Menschen aus Südeuropa dadurch weiter genährt.

Die Geschichte verläuft bekanntlich nicht in linearen Bahnen. Manchmal glauben wir, Zeuge unglaublicher Ereignisse zu sein, doch wenn wir uns die Details anschauen, die historischen Pfade, die in die allgemeine Geschichte

einmünden, dann können wir vielleicht unsere Lehren daraus ziehen. In diesem Fall wäre es zwar einfach, doch wahrscheinlich auch paternalistisch, an die Buchseiten über Neapel in Goethes *Reise nach Italien* zu erinnern, wie auch an jedes andere Theorem oder jede andere Theorie über die Gleichheit der Personen. Während der Zeit von COVID-19 in Italien, das von dieser Pandemie betroffen war, wie auch Europa und der Rest der Welt, wo die Gesundheitssysteme in einigen Ländern kurz vor dem Zusammenbruch standen, ist eine Anekdote zu erwähnen, die zum grossen Mosaik dieser Geschichte gehört.

Das Krankenhaus *Cotugno* in Neapel war während der COVID-19-Krise eines der effizientesten Krankenhäuser Europas mit den besten Betriebsstrategien, in dem es an Geräten für den Betrieb nicht fehlte und das seinem medizinischen Personal eine Nullansteckung garantieren konnte. Das scheint paradox, fast ein Oxymoron, aber die Geschichte lehrt uns wieder einmal etwas. Dieses Krankenhaus hatte nicht mehr Glück oder war besser als andere, sondern es hat einfach aus seinen Erfahrungen mit der Cholera von 1973 sowie den Epidemien, die die Welt in den letzten Jahrzehnten heimgesucht haben, gelernt.

Diese Episode wird im Gedächtnis haften bleiben, falls es noch Anhänger der Klimatheorie von Montesquieu gibt. Was das sehr wahrscheinliche und stets latent vorhandene Risiko anbelangt, dass nach dieser Pandemie die gleichen Ängste gegenüber dem «Anderen» wieder auftauchen, sogar noch grösser als in der Vergangenheit, so sollten wir von diesem Virus lernen, das, wie die vorherigen, keinen Unterschied hinsichtlich Status oder Nationalität macht. Deshalb können wir nicht die Flagge der Solidarität und der Gemeinschaft hissen, um sie dann nach Belieben wieder einzurollen. Wir fühlen uns mit unserer Gemeinschaft, unseren Sitten und Gebräuchen, unseren Überzeugungen und unserer Art zu sein verbunden. Doch dies hat nur dann Gültigkeit, wenn wir verstehen, dass unsere und somit jede Gemeinschaft Teil der Menschheit ist. Das was hier auf

dem Spiel steht, ist nicht die Gesellschaft des -Einen im Verhältnis zum Anderen. Denn was bleibt ist nur eine Gesellschaft und der Mensch. Ich habe begründete Zweifel, dass diese Lektion gelernt wurde, doch warten wir ab oder wie man in Neapel sagt: *adda passà a nuttata* (die Nacht wird vergehen müssen).

LITERATUR

Anderson, Malcom (1982). *Frontier Regions in Western Europe*. London: Frank Cass.

Appleyard, Reginald T. (1991). *International Migration: Challenge for the Nineties*. Genève: International Organization for Migration.

Castles, Stephen und Mark J. Miller (2009). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. New York; London: The Guilford Press.

Chiaberge, Riccardo (2016). *1918 La grande epidemia. Quindici storie della febbre spagnola*. Novara: Utet.

Cohen, Robin (1991). "East-West and European Migration in a Global Context". *New Community* XVIII(1): 9-26.

Cole, John W. und Eric R. Wolf (1974). *The Hidden Frontier. Ecology and Ethnicity in an Alpine Valley*. New York, London: Academic Press.

Jain, Sagarre (2020). "Anti-Asian Racism in the 1817 Cholera Pandemic. We should learn from, instead of repeating, the racist assignations of the past". *Jstore Daily*, link:

https://daily.jstor.org/anti-asian-racism-in-the-1817-cholera-pandemic/?utm_term=Anti-Asian%20Racism%20in%20the%201817%20Cholera%20Pandemic&utm_campaign=jstordaily_04232020&utm_content=email&utm_source=Act-On+Software&utm_medium=email (Zugang 30.04.2020).

Müller, Jürgen (1998). "What's in a Name? Spanish Influenza in Africa and What Local Names Say about the Perception of this Pandemic", *Reflections on the Spanish flu pandemic after 80 years: causes, course & consequences*. Cape Town.

- Phillips, Howard und David Killingray (Hg.) (2003). *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19. New Perspectives*. London; New York: Routledge.
- Potter, Christofer (2001). "A history of influenza". *Journal of Applied Microbiology* 91: 572-579.
- Ravenstein, Ernst G. (1889). "The laws of migration". *Journal of the royal statistical society* 52(2): 241-305.
- Ricciardi, Toni (2020). "The transition from colonialism to the migration policies in Europe", in Laschi, Giuliana, Valeria Deplano und Alessandro Pes (Hg.). *Europe between Migrations, Decolonization and Integration (1945-1992)*. London: Routledge, S. 28-38.
- Salvatici, Silva (Hg.) (2005). *Confini: costruzioni, attraversamenti, rappresentazioni*. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore.
- Scheidel, Walter (2018). *The great leveler: Violence and the history of inequality from the stone age to the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Soscia, Mario (2014). "Tra storia e letteratura. Il colera in Italia e a Napoli". *Sinestesi* 10: 7-28.
- Spinney, Laura (2017). *Pale rider: the Spanish flu of 1918 and how it changed the world*. London: Jonathan Cape.
- Turner, Frederick J. (2010 [1920]). *The frontier in American history*. New York: Dover Publication.
- WHO (2015). *World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases*. Genève: WHO. Link : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163636/1/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf?ua=1 (Zugang 30.04.2020).