



WESSEN GESUNDHEIT ZÄHLT?

**Vertrauen und Misstrauen bei
humanitären Kriseneinsätzen und
globalen Gesundheitsmaßnahmen**

Andrea Steinke
Sonja Hövelmann

November 2020

Abstract

Vertrauen und Misstrauen werden häufig als Erklärung für Skepsis und Widerstand gegenüber humanitären Gesundheitsmaßnahmen angeführt. Misstrauen, das sich in Gerüchten, Widerstand oder Gewalt gegen das Gesundheitspersonal äußert, wird häufig mit einem Mangel an Wissen und Vernunft erklärt, dem durch Aufklärungskampagnen oder die Marginalisierung traditioneller Heilmethoden begegnet wird. Durch die Analyse von drei Fallstudien globaler humanitärer Gesundheitseinsätze – der Cholera-Epidemie im erdbebengeschädigten Haiti, der Ebola-Epidemie in Westafrika und in der Demokratischen Republik Kongo sowie der Covid-19-Pandemie – argumentieren wir jedoch, dass politisch-ökonomische Ursprünge, postkoloniale Kontinuitäten und neokoloniale Praktiken starke Determinanten sind, die die Beziehungen in globalen Gesundheitseinsätzen prägen. Durch die Betrachtung historischer, politischer, wirtschaftlicher und sozialer Aspekte versuchen wir zu erklären, dass Misstrauen auch als eine erfahrungsbasierte, rationale Reaktion interpretiert werden kann, die durch frühere Gräueltaten geprägt ist. Die normative Betrachtung von Misstrauen in humanitären Begegnungen als Hemmnis für den Erfolg von Interventionen vernachlässigt relevantere Aspekte, die in der Lage sind, Misstrauen auf mehreren Ebenen und in mehreren Dimensionen zu erklären, da es in Machtasymmetrien begründet ist.

1. Einleitung

Humanitäre Maßnahmen im Gesundheitsbereich sollen Menschen in Not helfen. Dennoch stoßen sie oft auf Skepsis, Zurückhaltung und manchmal auch auf offenen Widerstand. In diesem Artikel argumentieren wir, dass Vertrauen und Misstrauen wichtige Variablen sind, um die verschiedenen Formen des Widerstands gegen globale Gesundheitsmaßnahmen zu erklären.

In einer vernetzten, globalisierten Welt, in der Menschen und Krankheiten leicht zwischen Ländern und Kontinenten hin- und herreisen, ist es wichtig, die Ursachen für Widerstände gegen globale Gesundheitsmaßnahmen zu verstehen. Die Viren Ebola und Covid-19 beispielsweise haben sich zunehmend grenzüberschreitend und über Kontinente hinweg ausgebreitet, was eine internationale Zusammenarbeit und, wenn die Kapazitäten der nationalen Gesundheitssysteme überfordert sind, auch internationale Hilfe erfordert.

Vertrauen wurde als wichtige erklärende Variable definiert, die sich direkt auf politische Stabilität und wirtschaftlichen Erfolg auswirkt. Eine Vertrauenskrise wird regelmäßig proklamiert, in öffentlichen Institutionen, in politischen Parteien, demokratischen Systemen und auch in Hilfsinstitutionen (Mühlfried 2019). So wird beispielsweise der westlichen Medizin in vielen postkolonialen Gesellschaften oft mit Skepsis und Misstrauen begegnet. Während dies für die einen auf einen Mangel an Bildung und Vernunft hinweist, interpretieren andere dies als "Ergebnis der Instrumentalisierung der Medizin während des Kolonialismus" (Mühlfried 2019, S. 7). Durch die selektive Bereitstellung von Gesundheitsfürsorge – die bestimmte Gruppen oder Einzelpersonen gegenüber anderen bevorzugte – illustrierten und manifestierten die Kolonialisten ihre Macht. Insbesondere in Kontexten ausländischer Interventionen oder neokolonialer Praktiken sind die Zuschreibungen von Vertrauen und Misstrauen geschichtsträchtig und in tief verwurzelte Machtasymmetrien eingeschrieben (ebd.). Dennoch wird Misstrauen meist als Mangel des Anderen kontextualisiert, der durch Aufklärungskampagnen und andere Mittel der Vertrauensbildung bekämpft werden muss. So wird die Stärkung des Vertrauens in Gesundheitssysteme, insbesondere in globalen Gesundheitskontexten, in der Literatur häufig als etwas beschrieben, das durch die Überschreibung lokaler Auffassungen von Krankheit und Heilung durch Aufklärungs- und Informationskampagnen erreicht werden soll (Chandler et al. 2015; Dhillon und Kelly 2015; Nuriddin et al. 2018).

Für die Bekämpfung einer Infektionskrankheit ist die transparente Kommunikation über die Übertragung und den Schutz zentral, aber sie stellt keine erschöpfende Maßnahme dar. Unsere Analyse soll zu einer Betrachtung anregen, die politisch-ökonomische Determinanten, postkoloniale Kontinuitäten und neokoloniale Praktiken berücksichtigt, um das hohe Maß an Misstrauen in globale Gesundheitsmaßnahmen zu verstehen (Frankfurter et al. 2018, S. 536). Die Problematik des Vertrauens in Gesundheitssysteme beschränkt sich nicht nur auf Nord-Süd-Beziehungen, sondern ist auch im globalen Norden in den Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sowie zwischen Menschen und öffentlichen Institutionen spürbar, wie die aktuelle Covid-19-Pandemie zeigt. Darüber hinaus wirkt sich die Erosion des

Vertrauens in die Systeme auch auf die Beziehungen zwischen Individuen aus. Um dies zu veranschaulichen, betrachten wir drei Fallstudien – die Cholera-Epidemie in Haiti nach dem Erdbeben, den Ebola-Ausbruch in Westafrika 2014-2015 und in der Demokratischen Republik Kongo 2018 sowie einige Spotlight-Beobachtungen zur Covid-19-Pandemie – in denen wir die Rolle von Vertrauen und Misstrauen untersuchen.

Aus Sicht der humanitären Hilfe und der globalen öffentlichen Gesundheit ist mangelndes Vertrauen ein entscheidender Faktor, wenn es darum geht, Misserfolge bei Gesundheitsmaßnahmen festzustellen. Untersuchungen haben ergeben, dass der Glaube der Menschen an Fehlinformationen und das geringe Vertrauen in die Institutionen die Gründe für die schnelle und unkontrollierte Übertragung des Ebolafiebers sind (Chandler et al. 2015; Blair et al. 2017; Vinck et al. 2019). Kommunikation und soziale Mobilisierung wurden als wichtige Mittel zur Eindämmung der Ebola-Übertragung propagiert, um den negativen Auswirkungen von traditionellen Praktiken, Fehlinformationen und Hexenglauben entgegenzuwirken. Das Misstrauen gegenüber den Gesundheitskampagnen wurde als Folge von Fehlinformationen, Korruption oder Irrationalität dargestellt, was zu einer vereinfachten kausalen Erklärungskette führte, der zufolge mangelndes Vertrauen der Grund für die Nichteinhaltung der Hygienemaßnahmen war und die Nichteinhaltung der Hygienemaßnahmen zur Ansteckung mit Ebolafieber führte (Richardson 2019).

Eine ähnliche Dynamik entfaltete sich, als 2010 in Haiti Cholera festgestellt wurde. Das Bakterium *Vibrio cholerae* wurde durch Friedenstruppen der Vereinten Nationen (UN) ins Land gebracht. Was zunächst als Gerücht durch das Land geisterte, erhärtete sich bald durch epidemiologische Analysen. In Bezug auf Transparenz und Rechenschaftspflicht haben die Vereinten Nationen die Situation äußerst unbefriedigend gehandhabt. Die berechnigte Wut und das Misstrauen großer Teile der haitianischen Bevölkerung führten zu Skepsis, Widerstand, ja sogar Ablehnung der präventiven und therapeutischen Maßnahmen gegen die Cholera und der allgemeinen Präsenz ausländischer Organisationen.

Darüber hinaus bietet die derzeitige Covid-19-Pandemie eine interessante Gelegenheit, Vertrauen und Misstrauen in globale Gesundheitsmaßnahmen zu untersuchen, und zwar nicht nur im globalen Süden, sondern auch im globalen Norden, in autokratischen und demokratischen Ländern, in Gesellschaften mit "geringem" und "hohem" Vertrauen gleichermaßen. Covid-19 ist nicht mehr nur ein Notfall im Bereich der öffentlichen Gesundheit, sondern hat sich zu einer globalen komplexen Krise entwickelt.

Unsere Analyse soll daher zu einem breiteren Verständnis der Rolle von Vertrauen und Misstrauen beitragen, indem wir Skepsis oder Widerstand gegen humanitäre Gesundheitsmaßnahmen als rationale Reaktion und nicht als Mangel an Vernunft darstellen. Wir zeigen, dass die Menschen fundierte Gründe oder stärkere Determinanten haben können, denen sie sich eher unterwerfen als bestimmten von Behörden oder Ausländern auferlegten Gesundheitsmaßnahmen. Damit will dieser Artikel dazu beitragen, die von Forscher*innen geäußerte Kritik aufzugreifen, dass eine Form der Darstellung, die mangelndes Vertrauen als ein bestimmtes Kausalitätsparadigma für

Aus Sicht der humanitären Hilfe und der globalen öffentlichen Gesundheit ist mangelndes Vertrauen ein entscheidender Faktor, wenn es darum geht, Misserfolge bei Gesundheitsmaßnahmen festzustellen.

die Ausbreitung von Krankheiten identifiziert, anhaltende strukturelle Ungleichheiten verstärkt und aufrechterhält, indem sie Machtbeziehungen, die Kolonialgeschichte und zeitgenössische extraktive politische Ökonomien ausblendet (Somparé und Somparé 2018; Richardson et al. 2019).

2. Konzeptioneller Hintergrund

Was ist Misstrauen?

Vertrauen und das Fehlen von Vertrauen sind in der Vergangenheit auf vielfältige Weise wissenschaftlich untersucht worden. Am prominentesten stellt der Soziologe Anthony Giddens (1990) in seinem bahnbrechenden Werk "Consequences of Modernity" fest, dass Vertrauen eine Voraussetzung für das Funktionieren moderner Gesellschaften ist. Für Niklas Luhmann (2014), den Spiritus Rector der Systemtheorie, ist Vertrauen eine von vielen Strategien zur Reduktion von Komplexität in der menschlichen Interaktion. In ähnlicher Weise ist Vertrauen für Diego Gambetta "ein Mittel, um mit der Freiheit der anderen zurechtzukommen" (Gambetta 2000). Basierend auf spieltheoretischen Konzepten wird Vertrauen "als Überzeugung verstanden, dass die andere Seite wahrscheinlich vertrauenswürdig ist und daher die Zusammenarbeit eher erwidern als ausnutzen wird" (Kydd 2000, S. 326). Andrea Schneiker (2020) untersucht zwei Arten von Vertrauen in beruflichen Beziehungen: Die eine Form beruht auf einer gemeinsamen Identität, die andere auf Erfahrung. Allerdings bedeutet eine gemeinsame Identität nicht unbedingt mehr Vertrauen. Ein hohes Maß an Vertrautheit ist nicht automatisch mit mehr Vertrauen gleichzusetzen. Vertrautheit in und mit Strukturen bedeutet, dass man verstrickt und verwoben ist, und das bedeutet, dass man anfällig für Parteilichkeit ist. Zumindest im humanitären Kontext wird dies als nachteilig angesehen.

Misstrauen ist durch Abwesenheit gekennzeichnet: das Fehlen von Zuverlässigkeit, Kontrolle, Glauben, Transparenz und Zutrauen. Korruption und Klientelismus verstärken das Gefühl des Misstrauens, zumindest in den Teilen der Gesellschaft, die nicht von diesen Systemen profitieren. Es gibt Debatten darüber, ob Misstrauen das Gegenteil von Vertrauen ist oder nicht. Mühlfried (2018) argumentiert, dass Misstrauen nicht die Negation von Vertrauen ist, sondern dass die beiden Qualitäten sich gegenseitig bedingen. Außerdem sind Vertrauen und Misstrauen keine absoluten Kategorien. Vertrauen ist relativ und nicht erschöpfend. Der Begriff, wie er üblicherweise verwendet wird, bezieht sich nicht auf einen 100%igen Vertrauensvorschuss, sondern auf eine subjektive und relationale Dimension der menschlichen Beziehung zu gesellschaftlichen Systemen und den sie repräsentierenden Individuen.

Die Vorstellungen von Vertrauen und Misstrauen hängen weitgehend vom Kontext ab.

Die Vorstellungen von Vertrauen und Misstrauen hängen weitgehend vom Kontext ab. Dies bezieht sich nicht nur auf unterschiedliche Vorstellungen zwischen dem "Westen und dem Rest" (Hall 1992). Auch die Beziehungen zwischen Staat und Gesellschaft sind in euro-amerikanischen Kontexten naturgemäß unterschiedlich. Betrachten wir zum Beispiel die USA und Deutschland: Während Deutschland in den vergangenen Jahrhunderten ein relativ robustes Wohl-

fahrtssystem aufgebaut hat, legen die USA mehr Wert auf individuelle Rechte und Freiheiten. Zwar lassen sich die Vorstellungen von einem schützenden deutschen Vater Staat und den insbesondere in den Verfassungszusatzrechten geprägten Abwehrrechten der US-amerikanischen Bürger gegenüber dem Staat nicht direkt gegenüberstellen, aber wenn man sich die Reaktionen der jeweiligen Bevölkerungen auf Covid-19-Maßnahmen vor Augen führt, so hängen diese Strukturen mit dem Grad und dem Ausmaß des Misstrauens gegenüber staatlichen Stellen zusammen und müssen berücksichtigt werden.

Der Anthropologe Florian Mühlfried (2019) konstatiert eine allgemeine Misstrauenskultur in den heutigen Gesellschaften. Seiner Ansicht nach hat Vertrauen normative Funktionen in der Gesellschaft und in den gesellschaftlichen Beziehungen: "Die normative Festlegung von Vertrauen – wenn nicht als Normalität, so doch als absolute Notwendigkeit für das Gemeinwesen – macht das Misstrauen zum Hauptproblem, das zum Verschwinden gebracht werden muss" (Mühlfried 2019, S. 4). Dementsprechend wird Misstrauen als Versagen aufgefasst.

Was ist Misstrauen bei humanitären Interventionen?

Grundsätzliche Fragen

Vertrauen ist zweifelsohne entscheidend für den Verlauf einer humanitären Intervention. Diejenigen, die humanitäre Hilfe erhalten, müssen denjenigen vertrauen, die sie leisten, und in gewisser Weise auch umgekehrt. Wenn man die humanitären Grundsätze ernst nimmt, müssen die Menschen, denen humanitäre Hilfe geleistet wird, darauf vertrauen, dass die humanitären Helfer*innen die Grundsätze einhalten, dass sie neutral, unabhängig und unparteiisch handeln und sich insgesamt von der gemeinsamen Menschlichkeit aller an der Begegnung Beteiligten leiten lassen. Die Konfliktparteien müssen darauf vertrauen, dass die humanitären Helfer*innen sich nicht auf die Seite einer Konfliktpartei stellen oder diese bevorzugen, nicht bestimmte politische Ziele verfolgen und ihr Handeln nur an der Notlage orientieren. Diejenigen, die Hilfe erhalten, müssen darauf vertrauen, dass die humanitären Helfer*innen qualitativ hochwertige Programme durchführen und dass die bereitgestellten Nahrungsmittel, Gesundheits- und anderen Güter nicht minderwertig sind. Ähnlich wie Ärzt*innen, die den hippokratischen Eid ablegen, verpflichten sich die humanitären Helfer*innen, "keinen Schaden anzurichten" (do no harm), während die Betroffenen sie nur selten zur Rechenschaft ziehen können, wenn sie dies nicht einhalten.

Humanitäre Helfer*innen verpflichten sich, "keinen Schaden anzurichten", aber Betroffenen können sie nur selten zur Rechenschaft ziehen, wenn sie dies nicht einhalten.

NGOs sind zwar nicht per se gewinnorientiert, leben aber in einer Welt der kapitalistischen Akkumulation, in der sie so handeln müssen, als ob sie gewinnorientiert wären (Smillie und Minear 2004). Die Warenförmigkeit der humanitären Hilfe, die die heutigen Interventionen kennzeichnet, bleibt von den Betroffenen nicht unbemerkt. Der einmal in Gang gesetzte Warenkreislauf setzt sich manchmal über die ursprüngliche Absicht der Intervention selbst hinweg. Nach dem Erdbeben in Haiti beispielsweise wurde die Einfuhr von Behelfsunterkünften (leichte Zeltkonstruktionen, die für eine längerfristige Unterbringung ungeeignet sind) bis weit in die Wiederaufbauphase 1,5 Jahre nach der Katastrophe hinein fortgesetzt, was den INGOs einfache Gewinne

Ein Teil der Ablehnung internationaler NGOs und UN-Akteure in Haiti ist auf deren wahrgenommene Ineffizienz zurückzuführen.

und eine gute Gelegenheit für Fotos verschaffte und die Auftragnehmer aus dem Norden, die die Unterkünfte verkauften, zufrieden stellte. Viele Haitianer*innen kritisierten diese Praxis öffentlich als offensichtlich eigennützig und mehr von kapitalistischen als von humanitären Motiven geleitet. In ähnlicher Weise war das "Ebola-Geschäft", d.h. die Tatsache, dass einige wenige von den bereitgestellten Finanzmitteln profitierten, eine Hauptquelle des Misstrauens in Westafrika und der Demokratischen Republik Kongo.

Hinzu kommt, dass die NROs zwar staatliche Aufgaben übernehmen, aber nicht in ähnlicher Weise demokratisch legitimiert sind wie gewählte Regierungen. Die Gemeinden und manchmal sogar die lokalen Behörden haben wenig bis gar keine Einflussmöglichkeiten und Kontrolle über die Präsenz und die Programme der Hilfsorganisationen. Transparenz und Handlungsfähigkeit sind jedoch von grundlegender Bedeutung für den Begriff des Vertrauens. Das Misstrauen gegenüber NROs als öffentlichen Einrichtungen beruht häufig auf angeblichen und manchmal auch nachgewiesenen Korruptions- und Betrugsfällen sowie auf einem allgemeinen Mangel an Rechenschaftspflicht. Ein weiterer entscheidender Faktor ist offensichtlich die Effizienz der öffentlichen Behörden: "Das Vertrauen der Menschen in die Polizei hängt mit der Legitimität des polizeilichen Handelns und letztlich mit der Effizienz der Polizei zusammen" (Osland 2019, S. 194). Insbesondere in Haiti, wo so viele Hilfsmaßnahmen gescheitert sind, ist ein Teil der Ablehnung internationaler NGOs und UN-Akteure auf deren wahrgenommene Ineffizienz zurückzuführen.

Multidirektionales Misstrauen

Darüber hinaus ist das Misstrauen, das bei humanitären Maßnahmen eine Rolle spielt, gegenseitig und nicht unidirektional (Slim 2019). "Was ist, wenn das Misstrauen unser eigenes ist?", fragt der humanitäre Fachberater DuBois (2019) rhetorisch. Nicht nur die Zielpersonen der Intervention misstrauen oft den humanitären Helfer*innen, sondern auch die humanitären Helfer*innen misstrauen den Empfänger*innen der Hilfe. Letztere müssen ihr Leid und ihre Not physisch durch humanitäre Techniken oder in Form von Erhebungen und Umfragen nachweisen, um für humanitäre Leistungen in Frage zu kommen – nicht zuletzt wegen der bürokratischen Verfahren und der Rechenschaftspflicht der Geber, aber auch als Zeichen des zwischenmenschlichen Vertrauens.

Das gegenseitige Misstrauen ist auch in den Beziehungen zwischen ausländischen und nationalen Mitarbeiter*innen internationaler Organisationen spürbar. Vertreter*innen von internationalen Organisationen zeigen ein hohes Maß an Misstrauen gegenüber ihren nationalen Kolleg*innen (Schuller 2016). In Mali z.B. vermitteln die ausländischen Mitarbeiter*innen der MINUSMA "ein gewisses Misstrauen gegenüber den Maliern, die für die Mission arbeiten, und gegenüber der Art und Weise, wie sie die Konfliktdynamik des Landes interpretieren". (Sandor 2020, S. 920). Darüber hinaus ist das Misstrauen im humanitären Sektor nicht auf die Beziehungen zwischen NGOs und Begünstigten beschränkt, sondern findet sich in einer Vielzahl von Beziehungen: zwischen NGOs und Gebern, zwischen INGOs und nationalen oder lokalen Organisationen, zwischen Regierungen und NGOs, dem Militär und NGOs, den Vereinten Nationen und NGOs, zwischen NGOs untereinander (Schneiker 2020).

Verankertes Misstrauen

Misstrauen im globalen Gesundheitskontext wird häufig durch die unterschiedlichen ontologischen Konzepte des Körpers in den verschiedenen Milieus bestimmt. Insbesondere die medizinische Anthropologie hat sich mit den unterschiedlichen Begrenzungen, Abgrenzungen und Verbindungen der Körper der Menschen zur Außenwelt befasst, die auch mit der Wahrnehmung von Reinheit zusammenhängen (Farmer 1988). Dies ist insofern von Bedeutung, als im globalen Gesundheitssektor Misstrauen weit verbreitet ist, vor allem, wenn es um Impfungen und Injektionen geht. Hier sollte sich die Informationskampagne nicht nur an die betroffenen Gemeinschaften, sondern auch an die beteiligten humanitären Organisationen richten.

Misstrauen im globalen Gesundheitskontext wird häufig durch die unterschiedlichen ontologischen Konzepte des Körpers bestimmt.

Eine Studie über den Einsatz von Injektionen in Uganda im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Epidemie hat beispielsweise gezeigt, dass ein großer Teil der Bevölkerung ein tiefes Misstrauen gegenüber der staatlichen Gesundheitsversorgung hegt (Birungi 1998). Infektionskrankheiten, insbesondere in Form einer unbekannteren oder neuartigen lebensbedrohlichen Epidemie wie Ebola oder Covid-19, rufen häufig Gefühle der Unsicherheit, Angst und Vernachlässigung hervor, nicht zuletzt aufgrund des fehlenden Ad-hoc-Expertenwissens über die Entstehung und Verbreitung dieser Krankheiten. Der Verlauf von Gesundheitsmaßnahmen ist daher anfällig für Fehlinformationen und Missverständnisse. Der Feind ist im wahrsten Sinne des Wortes unsichtbar, und das Vertrauen der Bevölkerung in die Maßnahmen der Gesundheitsbehörden ist unerlässlich, um ihn in die Schranken zu weisen.

Normative Kraft

Wenn es um humanitäre Maßnahmen geht, wird das Fehlen von Vertrauen oft in normativen Begriffen ausgedrückt. Misstrauen, insbesondere von Seiten der Empfänger von Hilfsleistungen, wird als Versagen dargestellt. In diesem Artikel argumentieren wir, dass die übliche Auffassung von Misstrauen nicht produktiv ist, weil es meist aus seinem politischen und historischen Kontext herausgelöst analysiert wird. Um Misstrauen, insbesondere in humanitären Beziehungen, wirklich zu verstehen, ist es von größter Bedeutung, die Historizität der Beziehung zu berücksichtigen. Bruce-Raeburn stellt fest, dass der weiße Exzeptionalismus auch dem Hilfssystem inhärent ist, weil die Vorstellung, dass arme Menschen aufgrund schlechter Entscheidungen oder ihres Lebensstils in Not sind, den Rassismus, den Kolonialismus und das Erbe der Sklaverei außer Acht lässt, die sie überhaupt erst in diese Lage gebracht haben (The New Humanitarian 2020a).

All dies deutet auf eine allgemeine Fehlinterpretation von Misstrauen hin, während es in Wirklichkeit um Macht und Souveränität geht. "Ein Mangel an öffentlicher Reflexion über Macht kann eine ernsthafte moralische Diskussion mit Angehörigen der Gesundheitsberufe als wichtige Teilnehmer an verschiedenen institutionellen Formen ihrer Beziehung zu anderen behindern" (Grimen 2009, S. 17). Grimen (2009) weist darauf hin, dass Macht als Konzept nur selten berücksichtigt wird, wenn es um Beziehungen in der Gesundheitsversorgung geht. Die Bewertung globaler Gesundheitsmaßnahmen, die durch tiefgreifende Ungleichheiten in Bezug auf Zugang, Ressourcen und Schutz gekennzeichnet sind, ist sicherlich ein gutes Beispiel für die Einbeziehung von Macht in die Gleichung. Diese asymmetrischen Machtverhältnisse sind tief in der Geschichte des Kolonialismus verwurzelt und in die DNA der

Um das Wesen globaler Gesundheitsinterventionen zu verstehen, muss man einen Blick zurück in die Kolonialgeschichte und ihre heutigen Kontinuitäten werfen.

humanitären Intervention eingeschrieben. Wie Agier (2010, S. 989) bemerkt, "haben die humanitären Helfer die Aufgaben der Kolonialverwaltungen übernommen [...], um die neue Form der weißen Präsenz und Vorherrschaft zu repräsentieren." Diese ungleichen Beziehungen sind der Hauptgrund dafür, dass der humanitäre Sektor sehr anfällig für Machtmissbrauch ist, sei es in Form von Korruption, sexualisierter Gewalt, Belästigung oder Betrug oder in subtileren Formen wie der Bevorzugung von technischem Fachwissen und der Abwertung lokaler Kapazitäten. Vertrauen zwischen Menschen setzt voraus, dass die Möglichkeit besteht, dass das Vertrauen gebrochen werden kann (van Praag 2019). Die ungleiche Machtdynamik in der humanitären Hilfe führt jedoch zu einer einseitigen Verwundbarkeit der Betroffenen, die ihre Unsicherheit und Ängste durch die Hoffnung kompensieren müssen, dass sie nicht enttäuscht werden (ebd.). "Machtasymmetrien schlagen sich implizit in Ebenen der Deutungshoheit nieder: Diejenigen, die pathologisches Misstrauen diagnostizieren, sind die (helfenden) Experten; die Diagnostizierten sind die (bedürftigen) Patienten" (Mühlfried 2019, S. 7).

Koloniale Wurzeln

Misstrauen/Vertrauen ist erfahrungsbasiert, wie Schneiker (2020) hervorhob. Dies ist der Schlüssel zum Verständnis des tiefgreifenden Mangels an Vertrauen der Gemeinschaften im globalen Süden gegenüber internationalen Interventionen. Um das Wesen globaler Gesundheitsinterventionen zu verstehen, muss man einen Blick zurück in die Kolonialgeschichte und ihre heutigen Kontinuitäten werfen.

Zunächst einmal haben die Kolonisatoren die Menschen absichtlich mit Krankheitserregern infiziert, um sie ihrer Territorien und Ressourcen zu berauben. Darüber hinaus dienten die Kolonien nicht nur als Laboratorien für verschiedene Arten wirtschaftlicher und militärischer Interventionen, sondern auch für medizinische Experimente. An den Kolonisierten wurden Medikamente und Impfstoffe getestet, die letztlich die Gesundheit der Kolonisatoren schützen sollten (Gathara 2020).

Diese Praktiken sind bei weitem kein Gespenst aus der fernen Vergangenheit, wie die Erprobung und Anwendung des Verhütungsmittels Depo Provera zeigt. Die USA hatten die Verhütungsspritze zunächst an haitianischen Frauen getestet, den Nachkommen der Opfer grausamster Formen kolonialer Verbrechen (Maternowska 2006). Später war der größte US-amerikanische Depo Provera-Versuch explizit auf US-Frauen of Color ausgerichtet, die von Sozialhilfe leben. Das Hauptziel des Einsatzes dieses speziellen Medikaments war die Kontrolle der Sexualität, der Fruchtbarkeit und nicht zuletzt der Fortpflanzungsfähigkeit armer Frauen of Color. In den 1990er Jahren schließlich wurde Depo-Provera zur vorübergehenden Sterilisation haitianischer Flüchtlingsfrauen eingesetzt, die in internationalen Gewässern abgefangen und illegal in Camp Bulkeley auf dem Marinestützpunkt Guantanamo Bay inhaftiert wurden, oft ohne ihr Wissen und ihre Zustimmung (Hannabach 2015)¹. Ähnliche Beispiele gibt es aus der Zeit der südafrikanischen Apartheid: "Seit 2003 ist beispielsweise in Nigeria, im

¹ Die Tuskegee-Syphilis-Studie, die zwischen 1932 und 1972 in den USA stattfand, ist ein weiterer Fall, in dem die Gesundheit von People of Color ernsthaft beeinträchtigt wurde.

Tschad und in Burkina Faso die Kinderlähmung auf dem Vormarsch, da viele Menschen die Impfungen meiden, weil sie glauben, dass die Impfstoffe mit HIV verseucht sind oder es sich in Wirklichkeit um getarnte Sterilisationsmittel handelt. Das würde unglaublich klingen, wenn nicht Wissenschaftler, die für Dr. Bassons Project Coast arbeiten, berichtet hätten, dass eines ihrer Hauptziele darin bestand, Wege zu finden, um Afrikaner selektiv und heimlich zu sterilisieren².

Dabei handelt es sich nicht um isolierte Einzelfälle, sondern sie müssen in ein breiteres Netz kolonialer und rassistischer Kontinuitäten eingebettet werden. Kürzlich haben zwei französische Ärzte öffentliche Empörung über Rassismus ausgelöst, als sie im Fernsehen vorschlugen, "den Impfstoff gegen das Corona-Virus in Afrika zu testen" (BBC News 2020). "Wie sollen Afrikaner nicht auf einen weiteren Versuch reagieren, sie als Versuchskaninchen für die Entwicklung von Medikamenten zu benutzen, die dem globalen Norden dienen, dessen gut finanzierte Gesundheitssysteme sich die teuren lebensrettenden Medikamente leisten können, ohne die die Menschen in Afrika selbst oft sterben?", fragt der humanitäre Helfer und Rechtsanwalt Karsten Noko³.

Es ist kein Zufall, dass die heutigen Hilfspraktiken, insbesondere in Form von Entwicklungsprojekten, parallel zum Niedergang der Kolonialstaaten entstanden sind. Globale Gesundheitsinstitutionen werden vielerorts als Fortführung kolonialer Verwaltungen und Sinnhaftigkeit wahrgenommen. Die spaltenden Auswirkungen der kolonialen indirekten Herrschaft sind in postkolonialen Kontexten immer noch in Form eines tiefen Misstrauens gegenüber gebildeten Eliten spürbar (Somparé und Somparé 2018, S. 138–139).

In diesem Sinne ist die Skepsis der Menschen gegenüber den Motiven ausländischer Interventionen keine uninformierte Ignoranz, sondern könnte ebenso gut Ausdruck einer sehr rationalen, evidenzbasierten Einschätzung sein. Das Misstrauen der Menschen gegenüber Gesundheitsinterventionen ist nicht auf einen Mangel an Informationen zurückzuführen, sondern auf das Gegenteil.

Die spaltenden Auswirkungen der kolonialen Herrschaft sind in postkolonialen Kontexten immer noch in Form eines tiefen Misstrauens gegenüber gebildeten Eliten spürbar.

3. Methoden

Die Forschung für diesen Artikel basiert auf einer Triangulation von Methoden, die von einer ausgedehnten ethnografischen Forschung in Haiti während der Cholera-Epidemie 2011 über eine Literaturrecherche mit Schwerpunkt auf akademischen und grauen Veröffentlichungen und Experteninterviews mit Gesundheitsfachkräften über die Ebola-Bekämpfung in Westafrika bis hin zur Bewertung der jüngsten Beobachtungen zu Vertrauensfragen im Zusammenhang mit der Covid-19-Bekämpfung reichen.

Während der Vorbereitung und des Schreibens dieses Artikels verbreitete sich ein hochinfektiöses Corona-Virus rund um den Globus. Am 11. März 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Ausbruch von

² <https://www.nytimes.com/2007/07/31/opinion/31washington.html>

³ <https://www.aljazeera.com/indepth/opinion/medical-colonialism-afri-ca-200406103819617.html>

Covid-19 zur Pandemie. In Deutschland und anderswo traten ähnliche Probleme auf wie die, mit denen wir uns damals beschäftigten. Die plötzliche Unsicherheit und Verwundbarkeit, die über Länder hereinbrach, die nicht an einen solchen Ausnahmezustand gewöhnt waren, bot die Gelegenheit, in Echtzeit zu beobachten, welche Auswirkungen komplexe Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf die Beziehungen zwischen Bürger*innen und Staat sowie zwischen den Betroffenen und denjenigen, die auf eine Gesundheitskrise reagieren, haben können. Während sich die Mehrheit den staatlich angeordneten Distanzierungsmaßnahmen fügte, reichten andere Reaktionen von Skepsis gegenüber der Strenge der Maßnahmen über Verschwörungstheorien zur Rolle der Gates-Stiftung in der Krise bis hin zu tätlichen Angriffen auf Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens. Wir waren in der Lage, unsere Forschung mit den jüngsten Beobachtungen und ersten Analysen zu einer globalen Krise der öffentlichen Gesundheit zu verknüpfen und die Punkte zwischen Fragen des Vertrauens und Gesundheitsinterventionen einerseits und Fragen der Kolonialisierung und Staatlichkeit andererseits zu verbinden⁴.

4. Fallstudien: Vertrauen und Misstrauen bei humanitären Gesundheitsinterventionen

4.1 Cholera in Haiti nach dem Erdbeben – koloniale Kontinuitäten, Leugnung und Widerstand

Im Oktober 2010 wurde das Cholera auslösende Bakterium *Vibrio cholerae* zum ersten Mal seit mehr als einem Jahrhundert in Haiti nachgewiesen. Nach dem schweren Erdbeben, das den Karibikstaat im Januar desselben Jahres erschütterte, war der Ausbruch der Cholera die zweite große Katastrophe, die die haitianische Bevölkerung 2010 traf. Der durch Wasser übertragbare Erreger wurde von Soldat*innen der Vereinten Nationen (VN) in einem nepalesischen Bataillon in der Nähe von Mirebalais im Zentrum des Landes nach Haiti eingeschleppt. Durch eine mangelhafte Abwasserentsorgung gelangten infizierte Fäkalien in den Fluss Artibonite, eine der wichtigsten Wasseradern des Landes. Die Bakterien brauchten knapp drei Wochen, um die Lager in Port-au-Prince zu erreichen, die nach dem Erdbeben zur Unterbringung der mehr als 2,3 Millionen Binnenvertriebenen eingerichtet wurden (Walton und Ivers 2011). Der Wirbelsturm Thomas, die dritte Katastrophe des Jahres, bot ideale Bedingungen für die Verbreitung der Bakterien. Die Epidemie war ein großer Rückschlag bei den Wiederaufbaumühungen nach dem Erdbeben. Überfüllte Lager mit kaum sanitären Einrichtungen boten einen fruchtbaren Boden für die Ausbreitung der Krankheit. Der medizinische Anthropologe Paul Farmer (2012) bezeichnete die Cholera als den schlimmsten Albtraum eines Arztes, der in einem Lager arbeitet.

Cholera ist eine Darminfektion, die akuten Durchfall hervorruft. Der Körper verliert so schnell Flüssigkeit und Elektrolyte, dass sie oft nicht ohne

⁴ Diese Veröffentlichung wurde im Juli 2019 verfasst und stellt eine erste Analyse der globalen Covid-19-Pandemie zu diesem Zeitpunkt dar.

wichtige medizinische Infusionen ersetzt werden können (Farmer 2012). Ein gesunder Erwachsener kann innerhalb weniger Stunden zugrunde gehen, bei besonders gefährdeten Personen wie Kindern, älteren Menschen, Schwangeren und Menschen mit einem durch Tuberkulose und HIV/Aids geschwächten Immunsystem geht es noch schneller (Farmer 2012). Obwohl die Cholera im Allgemeinen behandelbar ist, war sie im ländlichen Haiti mit seiner fehlenden medizinischen Infrastruktur in vielen Fällen das Todesurteil. Mangelndes Wissen über Cholera sowie traditionelle Bestattungsriten verstärkten die Ausbreitung der Bakterien in ländlichen Regionen.

Obwohl die Cholera im Allgemeinen behandelbar ist, war sie im ländlichen Haiti mit seiner fehlenden medizinischen Infrastruktur in vielen Fällen das Todesurteil.

Trotz aller Beweise – einschließlich unabhängiger epidemiologischer Untersuchungen sowie von der UN selbst in Auftrag gegebener Untersuchungen, die bewiesen, dass der haitianische Cholerastamm perfekt mit dem 2009 in Nepal gefundenen Stamm übereinstimmt (Piarroux et al. 2011) – haben die UN bis heute nicht die volle Verantwortung übernommen. Im Jahr 2013 reichten mehrere Institutionen und Einzelpersonen eine Klage gegen die UN ein, weil sie ihre nepalesischen Soldat*innen weder auf Cholera getestet noch behandelt und auch nicht für eine korrekte Abwasserentsorgung während des Einsatzes gesorgt hatten. Der Southern District of New York wies die Klage 2014 mit der Begründung ab, die UN könne aufgrund ihrer Immunität nicht verklagt werden. Im Jahr 2016, sechs Jahre nach dem Ausbruch der Cholera und fünf Jahre nach der Studie, räumte UN-Generalsekretär Ban Ki Moon ein, dass die Vereinten Nationen "im Hinblick auf den Ausbruch der Cholera und ihre Ausbreitung einfach nicht genug getan haben" (Vereinte Nationen 2016). Das war zu wenig – denn er übernahm nicht die Verantwortung für die Einschleppung der Krankheit, angeblich um Entschädigungsforderungen zu verhindern – und zu spät – denn der Schaden war angerichtet und das Vertrauen in die Organisation der Vereinten Nationen als Vertreterin des internationalen Systems in Haiti war verloren. Der letzte Fall von Cholera wurde im Januar 2019 gemeldet. Bis dahin hatte die Krankheit 9.792 Menschen getötet und mehr als 820.000 Menschen betroffen⁵, wobei die UN "das Leben der Haitianer durch genau die Leute zerstört hat, die sie schützen sollten" (Katz 2013, S. 225).

Genau wie das Erdbeben traf auch die Epidemie Haiti unvorbereitet. Es waren keine ausreichenden Mechanismen und Strukturen vorhanden, um auf eine Krankheit zu reagieren, deren strukturelles und physisches Immunsystem der haitianischen Bevölkerung unbekannt war. Auch die internationale Gemeinschaft war aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, schnell zu reagieren, von denen einige im Folgenden genannt werden.

Mangelndes Vertrauen

Infektionskrankheiten im Allgemeinen und die Cholera im Besonderen haben eine sozio-politische Dimension. Die Cholera trifft "bevorzugt arme Menschen" (Farmer 2012). Die Chancen, sich zu infizieren, Zugang zu einer Behandlung zu erhalten und schließlich von der schweren Darminfektion zu genesen, hängen weitgehend vom sozioökonomischen Status des Patienten ab. In Haiti waren vor allem Menschen auf dem Lande betroffen, die keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, sanitären Einrichtungen und Hygieneartikeln

⁵ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15684:haiti-reaches-one-year-free-of-cholera&Itemid=1926&lang=en

haben. Aufgrund des Mangels an Infrastruktur, Gesundheitsversorgung, Straßen und Transportmitteln konnten viele nicht rechtzeitig zur nächsten Behandlungseinrichtung gelangen (Koski-Karell et al. 2016). Die Fahrer*innen von Mototaxis, dem wichtigsten Transportmittel, weigerten sich oft, Kranke zu transportieren, weil sie Angst hatten, sich selbst anzustecken. Das Misstrauen der Haitianer*innen richtete sich nicht nur gegen Ausländer*innen, sondern auch gegen andere Haitianer*innen. Vor allem in den ersten Monaten nach dem Ausbruch wurden Vertreter*innen des Voodoo angegriffen, weil man ihnen unterstellte, sie hätten die Gemeinden mit poud kolera, Cholera-Pulver, vergiftet.⁶

Geldmangel war nicht das Problem bei der Einrichtung von mobilen Kliniken, Behandlungszentren und Gemeinschaftsprogrammen. Das Problem lag woanders: Die Menschen vertrauten den ausländischen NGOs nicht.

Der Mechanismus zur NGO-Mittelbeschaffung begann rasch nach dem Ausbruch der Krankheit. Geldmangel war nicht das Problem bei der Einrichtung von mobilen Kliniken, Behandlungszentren und Gemeinschaftsprogrammen. Das Problem lag woanders: Die Menschen vertrauten ausländischen Nichtregierungsorganisationen nicht. CNN zitierte Stefano Zannini, den ehemaligen Leiter des Projektes von Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Haiti, mit den Worten: "Es kursieren viele falsche Vorstellungen und Gerüchte, was in der Bevölkerung Panik ausgelöst hat", so Zannini. "Einige Menschen halten sich von den Cholera-Behandlungszentren fern oder haben Angst, sie in ihrer Nachbarschaft zu haben, weil sie glauben, dass sie zur Verbreitung der Krankheit beitragen. Wir haben versucht zu erklären, dass das Gegenteil der Fall ist: Je näher ein Zentrum an der Bevölkerung liegt, desto besser."⁷ Aufgrund des Widerstands der Bevölkerung musste Ärzte ohne Grenzen ein neu eingerichtetes 400-Betten-Behandlungszentrum wieder aufgeben. Die Tatsache, dass es sich in der Nähe von zwei Schulen befand, löste Proteste von Eltern aus, die um das Leben ihrer Kinder fürchteten (Frerichs 2017). Vor allem in Anbetracht der Art und Weise, wie die Krankheit ins Land kam, können diese Bedenken nicht einfach abgetan werden. In Fokusgruppendifkussionen über die Vorstellungen der Bevölkerung in Bezug auf Cholera kamen Fragen und Skepsis gegenüber der Einrichtung von Cholera-Behandlungszentren (CTC) zum Vorschein. Die Menschen fragten nach der Desinfektion, der Abwasserentsorgung und dem Umgang mit Leichen in den Zentren (Grimaud und Legagneur 2011). In einem anderen Fall wurden Mitarbeiter *innen der Hilfsorganisationen "physisch daran gehindert, sich Kindern zu nähern oder eine Liste der Begünstigten des Ernährungsprogramms zu erstellen, weil einige Personen, deren Namen auf einer Liste eingetragen waren, an Cholera gestorben waren" (Grimaud und Legagneur 2011, S. 31).

Andere Gerüchte, dass die UN die Quelle der Epidemie sei, verbreiteten sich schnell, nachdem die ersten Fälle festgestellt worden waren. Überall in Haiti, insbesondere im Norden des Landes, kam es zu Protesten. Bei gewaltsamen Auseinandersetzungen wurden mehrere Demonstranten erschossen, mindestens einer durch UN-Soldaten, und ein halbes Dutzend Blauhelme verletzt.

6 <https://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/87087/Sensibiliser-pour-sauver-les-vodouisants>

7 <http://edition.cnn.com/2010/WORLD/americas/11/15/haiti.cholera/index.html>

Nachrichtenverbreitung – die Rolle von Gerüchten bei der Bekämpfung der Cholera

In der haitianischen Gesellschaft sind, wie in vielen anderen Ländern auch, Klatsch und Gerüchte ein weit verbreitetes Phänomen und dienen oft als inoffizieller Kommunikationskanal und als Mittel zur Sinnfindung. Nach dem Erdbeben von 2010 zum Beispiel, einer Katastrophe mit unvorstellbaren Auswirkungen, bei der rund 300.000 Menschen ums Leben kamen, kamen Theorien auf, dass die tektonischen Verschiebungen, die zu dem Beben führten, durch eine unterirdische Bombe verursacht wurden, die entweder von den USA oder von Venezuela gezündet wurde und versehentlich auf halbem Weg explodierte. Eine andere Theorie besagte, dass das Erdbeben auf die illegalen Goldabbauaktivitäten der USA in Haiti zurückzuführen ist. Angesichts des geopolitischen Revierkampfes um die Karibik sowie der Debatten um den Abbau von Bodenschätzen in Haiti zeigt sich, dass manche Teile der Gerüchte immer einen wahren Kern haben.

Jüngere Beispiele für Gerüchte, die nach dem Ausbruch der Cholera verbreitet wurden, beziehen sich auf die Beteiligung der UN. In einer Mitteilung wurde ein UN-Hubschrauber verdächtigt, schwarzes Pulver, *poud kolera*, in den Artibonite-Fluss geworfen zu haben, ein Hexengift, das Tod oder Zombifizierung verursacht (Katz 2013). Auch andere Gerüchte über die Verseuchung des Flusses durch UN-Soldat*innen kursierten. "Zuerst hieß es: 'Sie haben etwas in den Fluss getan'... Niemand wusste, wer 'sie' waren. Später wurde die MINUSTAH erwähnt", wurde ein Gemeindevertreter zitiert (Guillaume et al. 2019).

Gerüchte über Ausländer in Haiti sind nichts Neues. Vor der Cholera-Epidemie kursierten viele Geschichten über die Vereinten Nationen. Eine häufige falsche Bezeichnung, die man in den Straßen von Port-au-Prince hörte, war *vole kabrit*, Ziegenderbe, mit der UN-Soldaten beschuldigt wurden, Ziegen gestohlen und sodomisiert zu haben. Während der 13-jährigen Präsenz der Stabilisierungsmission der Vereinten Nationen in Haiti (MINUSTAH) war es gängige Praxis, sich über UN-Soldaten lustig zu machen, indem man sie als Ziegenderbe bezeichnete und "Ziegengeräusche" machte. In diesem Fall erfüllen Gerüchte soziale Funktionen und können auch als "Waffe der Schwachen" interpretiert werden (Scott 1985). Inmitten von Vorwürfen der Parteilichkeit der UN, von Menschenrechtsverletzungen, sexualisierter Gewalt oder schierer Ineffektivität der UN-Mission kann das Lächerlichmachen einer 10.000 Soldaten starken ausländischen Streitmacht als Akt des Widerstands interpretiert werden.

Gerüchte haben nicht nur mit postkolonialen Machtkonstellationen zu tun, sie werden auch durch die fehlende Transparenz in der Kommunikation beschleunigt. Die Gerüchte, dass die UN tatsächlich etwas in den Fluss "gekippt" hatten, wurden immer plausibler, als Untersuchungsteams feststellten, dass die Abwasserentsorgung auf dem nepalesischen Stützpunkt mangelhaft war, mit kaputten Rohren und Abwässern, die in unmittelbarer Nähe des Flusses verklappt wurden. Obwohl die Presseabteilung der MINUSTAH die Anschuldigungen, die Krankheit stamme von einem ihrer Stützpunkte, schnell zurückwies, war ihre offizielle Kommunikation nicht einwandfrei. Der Associated Press-Korrespondent Katz beschrieb, wie

Das Lächerlichmachen einer 10.000 Soldaten starken ausländischen Streitmacht kann als Akt des Widerstands interpretiert werden.

er den UN-Sprecher fragte, wie viele Soldat*innen getestet worden seien, nachdem ein CNN-Bericht behauptet hatte, nepalesische Soldat*innen seien auf Cholera getestet worden, woraufhin der Sprecher mit den Worten zitiert wurde: "CNN hat das nicht ganz richtig verstanden. Es ging nicht darum, dass die Soldaten negativ getestet wurden. Es geht darum, dass keiner von ihnen positiv getestet wurde. Denn sie sind nie getestet worden" (Katz 2013, S. 233). Als Katz auf eine braune, fäkalienähnliche Pfütze neben dem UN-Stützpunkt am Artibonite-Fluss hinwies, sagte der UN-Sprecher: "Das bedeutet nicht, dass es von der Basis kommt. Die Menschen hier schwimmen im Fluss. Sie baden darin. Sie wissen, wie sie sind" (Katz 2013, S. 234). Ironischerweise ist gerade der letzte Satz ein Argument für identitätsbasiertes Vertrauen, wie es Schneiker aufzeigt (2020). Der UN-Sprecher geht von einer gemeinsamen Identität mit dem Journalisten aus, da beide weiße Ausländer gegenüber der haitianischen Bevölkerung sind, und vertraut ihm, dem Journalisten, daher eine abfällige Bemerkung über seine Wahrnehmung der Haitianer und "wie sie sind" an.

Zweifellos hat das anfängliche Versäumnis der UN, die Quelle der Bakterien ausfindig zu machen, nicht nur das Vertrauen in internationale Institutionen ernsthaft gefährdet, sondern auch die Reaktion verlangsamt.

Zweifellos hat das anfängliche Versäumnis der UN, die Quelle der Bakterien ausfindig zu machen, nicht nur das Vertrauen in internationale Institutionen ernsthaft gefährdet, sondern auch die Reaktion verlangsamt. "Das klingt für mich nach Politik, nicht nach Wissenschaft. Zu wissen, wo die Ursache liegt – oder die Ursachen – scheint im Sinne der öffentlichen Gesundheit ein sinnvolles Ziel zu sein", wurde der medizinische Anthropologe und ehemalige UN-Sonderbeauftragte Paul Farmer im Oktober 2010 zitiert (Katz 2013, S. 237). Der von den Vereinten Nationen in Auftrag gegebene Bericht schloss mit den Worten: "Die Quelle der Cholera in Haiti ist für die Kontrolle des Ausbruchs nicht mehr relevant", obwohl er feststellte, dass der *Vibrio cholerae*-Stamm in Haiti perfekt mit dem des aktuellen Ausbruchs in Nepal übereinstimmte. Doch genau das war entscheidend, um das Vertrauen der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.

Misstrauen durch postkoloniale Wunden

Das verbreitete Sprichwort *mikwob pa touye ayisien* – Mikroben bringen Haitianer nicht um – bildet die Grundlage für ein allgemeines Misstrauen gegenüber der Existenz des Bakteriums *Vibrio cholerae* im Allgemeinen. Nachdem sie die brutalsten Formen der kolonialen Versklavung, einen Revolutionskrieg, eine Diktatur und eine ausländische Besatzung überlebt hatten und die Mehrheit der Bevölkerung in hygienisch unzureichenden Verhältnissen lebte, hielten sich die Menschen für widerstandsfähig und immun und glaubten nicht, dass sie von Mikroben getötet werden könnten. Der Grund, warum so viele Menschen starben, muss also ein Gift gewesen sein, gegen das Gesundheitserziehung und Cholera-Behandlungszentren kein Mittel sind.

Auch die zwischen November und Dezember 2010 durchgeführten Fokusgruppensitzungen brachten eine Reihe von Theorien über die Hintergründe der Krankheit zutage. Die Befragten waren der Meinung, dass die Cholera keinen natürlichen Ursprung haben könne, da sie bereits so viel Leid erfahren hätten und das Erdbeben das letzte Ereignis in einer langen Reihe von Schwierigkeiten sei. Außerdem vermuteten die Befragten, dass die *blan*, die Ausländer, an der Verbreitung der Bakterien beteiligt seien,

"um uns zu spalten" oder "um uns auszurotten und unser Land zu nehmen". Andere glaubten, dass sie von NGOs eingeschleppt wurde, "um mehr Geld zu bekommen" (Grimaud und Legagneur 2011, S. 27). Das Misstrauen gegenüber den NGOs geht sogar so weit, dass die Leute behaupteten, die NGOs hätten gewusst, dass die Krankheit kommen würde, da die Hygienekampagnen bereits vor der Einschleppung des Erregers organisiert wurden (Grimaud und Legagneur 2011). Durch die jahrzehntelange Einmischung aus dem Ausland wurden die Haitianer*innen sehr misstrauisch gegenüber den Motiven ausländischer Organisationen und Einzelpersonen in Haiti. Die Wunden, die durch die koloniale Unterdrückung entstanden sind, sitzen in Haiti tief und beeinflussen die innerhaitianischen Beziehungen sowie die Beziehungen zu anderen Nationen stark. "Die Menschen wollen eine Zukunft außerhalb dieser kolonialen Beziehungen", erklärte der NGO-Mitarbeiter und Anti-Bergbau-Aktivist Nixon Boumba kürzlich (Maurer und Pollmeier 2020, S. 1).

Jahrzehntelange Einmischung aus dem Ausland hat die Haitianer*innen sehr misstrauisch gegenüber den Motiven ausländischer Organisationen und Einzelpersonen in Haiti werden lassen.

Bei einer Fokusgruppendifkussion mit Cholera-Opfern im Juli 2016 äußerte die Mehrheit der Teilnehmer*innen Bedenken über die Art und Weise, wie die Epidemie gehandhabt wurde, und über die mangelnde Verantwortlichkeit der für die Situation Verantwortlichen. Die Kritik richtet sich im Wesentlichen gegen ungleiche Machtverhältnisse: "Wenn das Amerikanern passiert wäre, müssten die Leute dafür ins Gefängnis gehen. Aber Haitianer haben nicht den gleichen Wert wie andere Nationen"⁸, sagte ein Mann. Es gibt zwar Entschädigungsforderungen, die von einer Reihe von Menschenrechtsorganisationen und sogar einer Gruppe von UN-Sachverständigen unterstützt werden, darunter Philip Alston, Sonderberichterstatter für extreme Armut und Menschenrechte, der erklärte: "Entschädigung ist normalerweise ein zentraler Bestandteil des Rechts auf einen angemessenen Ausgleich, und Entwicklungsprojekte sind einfach kein Ersatz für Wiedergutmachung".⁹ Aber es geht um mehr als nur um finanzielle Wiedergutmachung. "Für mich geht es nicht in erster Linie um Geld und Entschädigung, sondern um eine ehrliche Entschuldigung und darum, mit Würde behandelt zu werden"¹⁰, so ein Opfer. In seiner Erklärung vom Dezember 2016 übernahm UN-Generalsekretär Ban Ki Moon teilweise die moralische Verantwortung dafür, "nicht genug getan zu haben"¹¹, doch die Vereinten Nationen übernahmen nie die rechtliche Verantwortung. Sein Nachfolger Antonio Guterres "hat es seit seinem Amtsantritt systematisch vermieden, dieses entscheidende Thema in irgendeiner Weise anzusprechen", so Alston.¹²

Kurz nach dem Ausbruch der Epidemie wurden die Demonstrant*innen in den Medien als Schuldige dargestellt, die einen Sündenbock für das suchen, was im Grunde genommen ihre eigene Schuld war, weil die sanitären Bedingungen und die kulturellen Überzeugungen schlecht waren

8 Interview mit einem Cholera-Opfer über die Rolle der UN, Haiti, Saut d'Eau, Juli 2016

9 <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25851&LangID=E>

10 Interview with cholera victim on the role of the UN, Haiti, Saut d'Eau, July 2016

11 <https://news.un.org/en/story/2016/12/546732-uns-ban-apologizes-people-haiti-outlines-new-plan-fight-cholera-epidemic-and>

12 <https://www.miamiherald.com/news/nation-world/world/americas/haiti/article242412291.html>

(Mallon Andrews 2015). Im Nachhinein betrachtet, war die Empörung angesichts des schlechten Umgangs mit dem Ausbruch der Krankheit und der intransparenten Kommunikation über das eigene Fehlverhalten eine wohlbegründete, evidenzbasierte und logische Reaktion. "Wir wissen, dass sie die Krankheit nicht absichtlich hierher gebracht haben", sagte ein Cholera-Opfer, "aber das bedeutet nicht, dass sie nicht die Verantwortung dafür übernehmen sollten"¹³.

Der Umgang der Vereinten Nationen mit der Epidemie hat das ohnehin schon schwierige Verhältnis zwischen den Haitianer*innen und den internationalen Organisationen weiter verschlechtert: "Ich vertraue der MINUSTAH nicht mehr. Ich werde keine der Medikamente einnehmen, die sie uns geben."¹⁴ Dies war auch mit dem Gefühl verbunden, nicht die richtige Behandlung zu erhalten: "Sie geben uns keine wirksamen Medikamente"¹⁵, was sich auf die Tatsache bezog, dass Antibiotika nur Menschen in schwerem Zustand verabreicht wurden (der Rest wurde intravenös mit Flüssigkeit und Elektrolyten behandelt), und zweitens auf den spärlichen Einsatz von Impfungen in den ersten Jahren der Epidemie.

Die Kritik an der Cholera-Behandlung entwickelte sich dann zu einer Bewertung der generellen Verdienste der internationalen Intervention in Haiti: "All ihre Bemühungen sind nicht wirksam, alles, was sie tun, hilft uns nicht wirklich. Diese Dinge nehmen kein Ende"¹⁶, erklärte ein Cholera-Opfer. Haiti ist nach über 70 Jahren Entwicklung, humanitärer Hilfe und friedenserhaltender Maßnahmen der "Patient Null der Entwicklung"¹⁷ und erfüllt immer noch die meisten Kriterien in Bezug auf Pro-Kopf-Einkommen, Ernährungsunsicherheit, Kindersterblichkeit usw. Die geäußerte Kritik zeigt, dass es nicht nur um mangelnde Wirksamkeit geht, sondern auch darum, mehr Schaden anzurichten als Gutes zu tun.

Für viele haben die Cholera-Einsätze der UNO etwas Zynisches: *rat mode w soufle* – die Ratte, die gebissen hat, pflegt nun die Wunde – so beschreibt ein gängiges Sprichwort die Situation. Die Cholera-Epidemie ist nur ein Beispiel dafür, dass der Sektor seinen eigenen Standards nicht gerecht wird, insbesondere seinem Leitprinzip "do no harm". Als 2018 der sogenannte Oxfam-Skandal über die Verwicklung ausländischer NGO-Mitarbeiter in mehrere Fälle von sexuellem Missbrauch und Ausbeutung bekannt wurde, waren die Anschuldigungen für jeden, der eine längere Zeit in Haiti verbracht hatte, keine Überraschung. Die geschilderten Vorfälle decken sich mit früheren Verfehlungen von Ausländer*innen in Haiti, wie der Veruntreuung von Geldern nach dem Erdbeben, den mehr als hundertfachen Fällen von sexuellem Missbrauch und Gewalt gegen Kinder durch UN-Friedenstruppen in den 2000er Jahren oder der hohen Zahl von zivilen Todesopfern bei Operationen zur Bekämpfung von Banden (Müller und Steinke 2020).

Die Cholera-Epidemie ist nur ein Beispiel dafür, dass der Sektor seinen eigenen Standards nicht gerecht wird, insbesondere seinem Leitprinzip "do no harm".

13 Interview mit einem Cholera-Opfer über die Rolle der UN, Haiti, Saut d'Eau, Juli 2016

14 Interview mit einem Cholera-Opfer über die Rolle der UN, Haiti, Saut d'Eau, Juli 2016

15 Interview mit einem Cholera-Opfer über die Rolle der UN, Haiti, Saut d'Eau, Juli 2016

16 Interview mit einem Cholera-Opfer über die Rolle der UN, Haiti, Saut d'Eau, Juli 2016

17 <https://geschichtedergegenwart.ch/the-afterlives-of-development-interventions-failure-as-an-opportunity/>

Gerüchte und insbesondere solche, die sich als wahr herausstellten, wirkten sich negativ auf andere internationale Organisationen aus, die in der Lage waren, bei der Bekämpfung der Cholera zu helfen. Daher reagierten viele NGOs mit der Entsendung von Gesundheitshelfer*innen, die Informations- und Aufklärungsarbeit leisteten. Das Haitianische Rote Kreuz zum Beispiel versuchte, den Glauben der Menschen so weit wie möglich zu respektieren. "Die 'subjektive Wahrheit', die Überzeugungen und Wahrnehmungen der Menschen mit der Begründung zu verwerfen, dass sie auf 'Gerüchten', 'Unwissenheit' oder 'mangelnder Bildung' beruhen, könnte im aktuellen haitianischen Kontext tatsächlich zu mehr Misstrauen und Widerstand führen und auch starke, sogar gewalttätige Reaktionen hervorrufen." (Grimaud und Legagneur 2011, S. 31)

Kurz gesagt, der Widerstand gegen die Cholera-Behandlungszentren und die Proteste gegen die Anwesenheit von UN-Friedenstruppen sind Ausdruck eines tiefgreifenden Mangels an Vertrauen der haitianischen Gemeinschaften in das internationale System selbst. Kurzfristige Korrekturen in der Politik und Anpassungen in den NGO-Programmen können nur Feigenblätter sein, wenn diese Maßnahmen nicht mit einer tieferen Auseinandersetzung mit den kolonialen Vorgängern und den Fehlern der Vergangenheit verbunden sind. Die Wunden müssen als solche anerkannt werden, damit sie heilen können und Raum für ein ehrlicheres Engagement der betroffenen Menschen geschaffen wird. Nur dann kann wirkliches Vertrauen aufgebaut werden. Bis dahin können die meisten Akte des Widerstands und des Misstrauens nur als angemessene, erfahrungsbasierte und rationale Reaktion auf frühere Gräueltaten verstanden werden.

4.2 Ebola in Westafrika und der Demokratischen Republik Kongo – Zum Vertrauen gehören immer zwei

Das Ebolafieber ist ein tödliches, infektiöses hämorrhagisches Fieber, das immer wieder in Äquatorialafrika auftritt. Der Ebola-Ausbruch in Westafrika 2014-2015 gilt als der bisher größte Ausbruch und löste eine humanitäre Gesundheitsintervention von globalem Ausmaß aus. Die Epidemie umfasste etwa 28.000 dokumentierte Fälle und führte zu 11.000 Todesfällen in Guinea, Liberia und Sierra Leone (Blair et al. 2017). Die nationalen Gesundheitssysteme der betroffenen Länder waren auf den raschen Ausbruch einer neuartigen Krankheit nicht vorbereitet. Die internationale Reaktion war ähnlich unvorbereitet und wird im Nachhinein als zu langsam und zu unkoordiniert kritisiert.

Drei Jahre später, im Jahr 2018, sah sich die Demokratische Republik Kongo (DRK) mit einem großflächigen Ebola-Ausbruch im östlichen Teil des Landes konfrontiert. Mit rund 3.400 Fällen und 2.240 Todesfällen (Stand: Juli 2020) handelt es sich um den zweittödlichsten Ebola-Ausbruch aller Zeiten (HPN 2020). Im Gegensatz zu Westafrika ist Ebola in der Demokratischen Republik Kongo keine neue Krankheit, und der Ausbruch von 2018 gilt als der zehnte seit den 1970er Jahren.

Öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung und Übertragung der Krankheit stießen auf Skepsis, Nichteinhaltung oder offenen Widerstand.

In beiden Kontexten – während des Ausbruchs in Westafrika und in der Demokratischen Republik Kongo – stießen die öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung und Übertragung der Krankheit auf Skepsis, Nichteinhaltung oder offenen Widerstand. Zu den Faktoren, die zu hohen Übertragungsraten beitragen, gehören Situationen mit aktiven oder gerade überstandenen Konflikten, Massenmigration und eine hohe Bevölkerungsdichte, aber auch sozialer Widerstand gegen Eindämmungs- und Gesundheitsmaßnahmen wurde als Grund genannt (Masumbuko Claude et al. 2019).

Mangelndes Vertrauen in die "Echtheit von Ebola" wurde während des Ebola-Ausbruchs in Westafrika schnell zu einer vorherrschenden Erklärung für den Widerstand gegen Gesundheitsvorschriften und wurde von vielen Zeitungen, Forschern und humanitären Akteur*innen aufrechterhalten. Sie begründete die hohen Übertragungsraten des Ebola-Virus mit dem Glauben der Menschen an Hexerei und Zauberei, dem niedrigen Bildungsniveau und dem Glauben an Fehlinformationen und Verschwörungstheorien, die als allgemeine "Rückständigkeit" oder "Ungebildetheit" dargestellt wurden. Das gleiche Narrativ des Misstrauens wurde auch schnell für die Situation in Kongo aufgegriffen, als es zu ähnlichem Widerstand oder Gewalt gegen Gesundheitsfachkräfte kam. Seit 2018 wurden elf Ebola-Mitarbeiter*innen bei mehr als 400 Angriffen in der Demokratischen Republik Kongo getötet (Freudenthal 2020).

Die Lösung für den Umgang mit Misstrauen bestand darin, überall dort, wo Widerstand gegen die Gesundheitsmaßnahmen gemeldet wurde, ein umfassendes Engagement der Gemeinschaft zu organisieren. Dies geschah durch die Entsendung eines Teams von geschulten Sozialanthropologen oder Gemeindemitarbeiter*innen als qualifizierte Gesprächspartner*innen, die den technokratischen Ansatz in die lokalen Sprachen übersetzen und Brücken zwischen den lokalen Sitten, Gebräuchen und Riten und den geballten Möglichkeiten der internationalen Gesundheitsmaßnahmen schlagen sollten. Ein entscheidendes Element war die Einführung sicherer und würdevoller Bestattungen, die den traditionellen Bestattungszereemonien Rechnung trugen und gleichzeitig die Trauernden nicht dem Risiko aussetzten, sich mit dem Virus zu infizieren, indem die Verstorbenen in Plastiksäcke mit einem durchsichtigen "Fenster" gelegt wurden (Bledau 2019). Der Bericht über die Anpassung an den lokalen Kontext und die umfassende Einbeziehung der Bevölkerung wurde von den humanitären Helfer*innen beim Ebola-Ausbruch in Westafrika als Erfolg gewertet, und in der Folge wurde der Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo angegangen, indem die "Lehren" aus der früheren Intervention einbezogen wurden.

Neokoloniale Praktiken und historische, wirtschaftliche und politische Determinanten in einem postkolonialen Kontext prägen die Faktoren von Vertrauen und Misstrauen erheblich.

Wir schlagen jedoch eine komplexere Lesart vor, nämlich dass die Menschen nicht notwendigerweise unkooperativ waren, weil sie "rückständig" oder "ungebildet" sind, wie es häufig von den Medien und anderen dargestellt wurde, sondern wir betonen die Notwendigkeit, Widerstand oder Nichteinhaltung auch mit einer Reihe anderer Faktoren wie sozialen, wirtschaftlichen, politischen und historischen Gründen in Kontext zu setzen. Neokoloniale Praktiken und historische, wirtschaftliche und politische Determinanten in einem postkolonialen Kontext prägen die Faktoren von Vertrauen und Misstrauen erheblich.

Strategien der öffentlichen Kommunikation zur Etablierung des Narrativs "Ebola ist real" zielten darauf ab, zu zeigen, dass Ebola durch ein Virus und nicht durch einen Fluch oder Hexerei verursacht wird und dass Medizin und Wissenschaft das einzige Heilmittel sind und nicht traditionelle Praktiken (Chandler et al. 2015). Doch laut Chandler et al. (2015) folgen solche Botschaften einem epidemiologischen Rahmen und schenken den historischen, politischen oder wirtschaftlichen Kontexten, in denen sie vermittelt werden, wenig Beachtung. So verstärken sie die Wahrnehmung von außen, dass lokale Überzeugungen und Praktiken Hindernisse sind, die durch Überzeugungsarbeit überwunden oder durch Anreize ausgeglichen werden müssen. Diese Vernachlässigung traditioneller Praktiken zeigt sich auch darin, dass traditionelle Heiler*innen und das Personal von Privatkliniken, die einen beträchtlichen Teil der Gesundheitsdienste erbringen und bei denen ein hohes Risiko besteht, dass sie sich mit dem Virus anstecken oder es an andere weitergeben, nicht in die Liste der Kriterien für die Inanspruchnahme des Impfstoffs in der Demokratischen Republik Kongo aufgenommen wurden (HPN 2020, S. 5–6).

Die Beibehaltung des Narrativs der "Rückständigkeit" als Grund für das Misstrauen spricht den Menschen die Rationalität ab und vernachlässigt die Tatsache, dass ihre Erfahrungen mit langjähriger Missherrschaft, politischen Unruhen und indirekter Herrschaft¹⁸ in der Tat eine vernünftige Erklärung für das Misstrauen gegenüber globalen humanitären Gesundheitsinterventionen liefern können. Die Rationalität des Misstrauens wird als Irrationalität dargestellt, wodurch das Misstrauen als gültige Kritik am kolonialen Erbe geleugnet und verschleiert wird, wie die Machtdynamik in aktuellen Notfällen im Gesundheitswesen zum Tragen kommt (Frankfurter et al. 2018; Somparé und Somparé 2018; Masumbuko Claude et al. 2019; Richardson et al. 2019; Richardson 2019).

Politische und historische Dimensionen

Der gesellschaftliche Widerstand gegen die Ebola-Bekämpfung lässt sich auch durch die Betrachtung politischer und historischer Determinanten erklären. Das Misstrauen gegenüber Behörden und formalen Machtstrukturen resultiert aus Bürgerkriegen, einer instabilen Sicherheitslage und insgesamt komplexen politischen Konfigurationen in den jeweiligen Ländern. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass das Misstrauen der Bevölkerung in den betroffenen Regionen in jahrzehntelangen Konflikten und der Vernachlässigung durch die Regierung verwurzelt ist (Frankfurter et al. 2018; Somparé und Somparé 2018; Bledau 2019). Dies hat zu einer Zerstörung des sozialen Gefüges geführt und eine Instrumentalisierung der politischen Kommunikation ermöglicht. In Sierra Leone und Guinea verbreiteten sich Gerüchte, dass Ebola eingeführt wurde, um eine politische Schuldzuweisung zu etablieren, die von der Opposition instrumentalisiert werden kann. Wie die Befragten berichteten, nährten diese Gerüchte vor dem Hintergrund einer starken Bipolarisierung des politischen Lebens, die ethnische Spaltungen widerspiegelt, alte ethnische Vorurteile und Stereotypen aus der Zeit des 14-jährigen Bürgerkriegs¹⁹. Ein anderes häufig verbreitetes Gerücht besagte, dass die gesamte Epidemie eine Verschwörung der Regierung sei, um sich

Das Misstrauen gegenüber Behörden und formalen Machtstrukturen resultiert aus Bürgerkriegen, einer instabilen Sicherheitslage und insgesamt komplexen politischen Konfigurationen.

18 Indirekte Herrschaft bezieht sich auf ein von Frederick Lugard entwickeltes Regierungssystem, bei dem die Kolonialisten die Kolonien regierten, indem sie sich bei der Ausführung ihrer Angelegenheiten auf die lokalen Herrscher verließen.

19 Telefoninterview mit einem Gesundheitsarbeiter in Sierra Leone, Juni 2020.

Finanzmittel aus dem Westen zu sichern, und dass der Ebola-Ausbruch daher nicht real sei (Bledau 2019, S. 68). Auch in der Demokratischen Republik Kongo war die Politisierung der Maßnahmen offensichtlich. Aufgrund des Ausbruchs wurden die Präsidentschaftswahlen 2018 in den östlichen Provinzen Kivu und Ituri verschoben. Die Aussetzung der Wahlen in den von Ebola betroffenen Gebieten und die anhaltende Gewalt trugen dazu bei, dass die Skepsis in der Bevölkerung zunahm und Gerüchte aufkamen, Ebola sei ein politisches Instrument, mit dem den Menschen das Wahlrecht verweigert werde (HPN 2020, S. 12), und der Eindruck von Gesetzlosigkeit und Straflosigkeit in den Ostprovinzen wurde verstärkt.

Ein geringes Vertrauen in öffentliche Institutionen kann auch auf Missmanagement während der kolonialen und postkolonialen Regierungsführung oder auf lange Perioden staatlicher Schwäche, Abwesenheit oder Raubbau zurückgeführt werden. Zum Beispiel zeigten Wilkinson und Fairhead (2017), dass Bürger*innen, die ihrer Regierung misstrauten, sich weniger an die Ebola-Schutzmaßnahmen hielten, aber nicht mehr oder weniger wahrscheinlich falsche Überzeugungen über die Übertragung von Ebola hatten. Dies zeigt, dass sich die Bürger nicht deshalb weigerten, die Maßnahmen einzuhalten, weil sie sie nicht verstanden, sondern weil sie kein Vertrauen in die Fähigkeit oder Integrität der staatlichen Institutionen hatten. Mehrere Studien unterstreichen sogar, dass die Vernachlässigung von Prioritäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit durch den Staat und internationale Organisationen als Grund für das Misstrauen genannt wurde, was letztlich zur Nichteinhaltung oder zum Widerstand führte (Frankfurter et al. 2018; Masumbuko Claude et al. 2019).

Auch das geringere Vertrauen in öffentliche Gesundheitsmaßnahmen und die Medizin von heute lässt sich auf frühere medizinische Experimente zurückführen. Lowes und Montero (2020) untersuchen die Auswirkungen historischer kolonialer medizinischer Kampagnen auf das heutige Vertrauen in die Medizin, die Impfungen von Kindern und den Erfolg von Gesundheitsprojekten der Weltbank. Ihre Ergebnisse zeigen, dass negative historische Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen das Gesundheitsverhalten nachfolgender Generationen beeinflussen können und dass diese Kampagnen keine Einzelfälle waren, sondern in vielen afrikanischen Ländern südlich der Sahara relevant waren, wo Millionen von Menschen zwangsweise gegen die Schlafkrankheit behandelt wurden. Zu den medizinischen Tests und Behandlungen gegen die Schlafkrankheit gehörte eine wirksame Arsenverbindung, die 20% der Patienten erblinden ließ (Lowes und Montero 2020). Vielleicht erklären diese historischen Faktoren, warum die Mitarbeiter*innen von Ärzte ohne Grenzen eine Isolierstation vorübergehend für infizierte Patient*innen schließen mussten, weil Gerüchte das internationale medizinische Personal beschuldigten, das Virus nach Guinea gebracht zu haben (WHO 2014).

Das Misstrauen gegenüber medizinischen Experimenten zu Behandlungen oder Impfstoffen, die auch während des Ebola-Ausbruchs in Westafrika durchgeführt wurden, kann als rationale Reaktion interpretiert werden. Beispielsweise zögerten die Patienten, sich in die Ebola-Behandlungszentren (ETC) zu begeben, weil die Überlebensraten niedrig waren und die ETCs "unwirtlich und beängstigend" waren (HPN 2020, S. 7). Da jedoch nur wenige überlebten und die Toten in Plastiksäcke ohne Identifizierungsmöglichkeit

eingewickelt waren, vermutete man, dass die Körper der Verstorbenen für medizinische Experimente verwendet oder mit ihren Organen gehandelt wurden (Somparé und Somparé 2018, S. 138). Daher mieden kranke Patient*innen die ETCs, es sei denn, die Krankheit war bereits sehr weit fortgeschritten. Dies führte zu einem Teufelskreis, da die Überlebenschancen höher sind, wenn die Krankheit frühzeitig erkannt und behandelt wird.

Tatsächlich beschloss die WHO, von ihrer Standardpraxis abzuweichen, um angesichts der hohen Sterblichkeitsrate durch das Ebola-Virus einen "überwachten Notfalleinsatz" von experimentellen Maßnahmen einschließlich Medikamenten zu ermöglichen. In ähnlicher Weise beteiligte sich Ärzte ohne Grenzen an klinischen Versuchen. Forscher*innen, die das Engagement von Ärzten ohne Grenzen bei experimentellen Maßnahmen nachverfolgen, stellten fest, dass "Ärzte ohne Grenzen nicht nur bereit war, bei unerprobten Behandlungen größere Risiken einzugehen als bei früheren Untersuchungen, sondern sich sogar verpflichtet fühlte, den Zugang zu diesen Behandlungen zu maximieren". (Rid und Antierens 2017, S. 134). Auch während des Ausbruchs der Krankheit in der Demokratischen Republik Kongo befand sich ein Impfstoff noch im Versuchsstadium und war ein nicht zugelassenes Produkt. Während des zehnten Ebola-Ausbruchs wurden mehr als 300.000 Menschen geimpft, vor allem Kontaktpersonen von Ebola-Fällen, Kontaktpersonen von Kontaktpersonen und Mitarbeiter*innen, die an vorderster Front im Einsatz waren (ECHO 2020).

Wirtschaftliche Dimension und "Ebola-Geschäft"

Ein großer Faktor für das Misstrauen in die Ebola-Interventionen war der Profit. Was als "Ebola-Geschäft" bezeichnet wurde, beschreibt die vielfältigen Praktiken, derer Einzelpersonen, Eliten oder ausländische Organisationen verdächtigt wurden, um aus der Epidemie persönlichen Profit zu schlagen. In allen Ländern kursierten Gerüchte, Ebola sei absichtlich verbreitet worden, um Geld zu kassieren. Audits und operative Überprüfungen in der Demokratischen Republik Kongo deckten systematische Korruption auf, darunter Zahlungen an Sicherheitskräfte, Schmiergelder und die Anmietung von Fahrzeugen zu überhöhten Preisen (Kleinfeld 2020). Dies wurde inmitten eines massiven Skandals um die Abzweigung von Hilfsgeldern in der Demokratischen Republik Kongo aufgedeckt, bei dem es sich auf schätzungsweise sechs Millionen US-Dollar belief und der das Vertrauen in die internationalen Akteure massiv untergraben hat (Kleinfeld 2020; The New Humanitarian 2020b).

Was als "Ebola-Geschäft" bezeichnet wurde, beschreibt die vielfältigen Praktiken, derer Einzelpersonen, Eliten oder ausländische Organisationen verdächtigt wurden, um aus der Epidemie persönlichen Profit zu schlagen.

Das "Ebola-Geschäft" hat nicht nur die vertrauensvolle Beziehung zwischen der Bevölkerung und internationalen Akteur*innen untergraben, sondern auch das Vertrauen zwischen den einzelnen Menschen in der Bevölkerung und dem nationalen Gesundheitspersonal beeinträchtigt. Ebola-Helfer*innen wurden häufig als Opportunisten angesehen, weil ihr Einsatz eine enorme Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation mit sich brachte (Somparé und Somparé 2018). Man ging man davon aus, dass die nationalen Einsatzteams, die in der Demokratischen Republik Kongo als "Fremde in unserer Mitte" bezeichnet wurden, "gut bezahlt wurden, sichtbaren Wohlstand zeigten, minimale Risiken eingingen und selten kündigten" (Masumbuko Claude et al. 2019, S. 13). Millionen von Dollar wurden von der WHO als Tagegeld an

Sicherheitskräfte gezahlt, was zu Widerstand gegen das Gesundheitspersonal und das "Ebola-Geschäft" führte, von dem sie abhängig waren (Freudenthal 2020).

Ebenso schossen während des Ausbruchs in Westafrika "über Nacht alle möglichen Interessengruppen wie Pilze aus dem Boden, um Geld vom Gesundheitsministerium zu kassieren" (Masumbuko Claude et al. 2019), was das Gesundheitspersonal bis zum Beweis des Gegenteils unter den Generalverdacht des Opportunismus stellte. Die wenigen Profiteure kamen zu einem Zeitpunkt, als der wirtschaftliche Druck durch die Epidemie hoch war. Was oft als "Schattenepidemie" bezeichnet wird, bezieht sich auf die unbeabsichtigten Folgen von Eindämmungsmaßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen, Ausgangssperren und Schließungen von Fabriken oder Schulen. Der Anstieg von Lebensmittelpreisen, der Verlust informeller Arbeitsplätze und die Unterbrechung des Handels aufgrund geschlossener Grenzen wirkten sich negativ auf die Ernährungssicherheit und die Lebensgrundlagen der Menschen aus (Huber et al. 2018).

Die Forschung von Frankfurter et al. (2018) hat einen Zusammenhang zwischen dem Ebola-Ausbruch in Sierra Leone und der politischen Ökonomie des Diamantenabbaus nachgewiesen. Sie zeigt, wie die indirekte Herrschaft ausländischer Organisationen in Zusammenarbeit mit lokalen Stammesführern eine große Ähnlichkeit mit der ursprünglichen Praxis aus der Kolonialzeit hat, die darauf abzielte, die ländliche Bevölkerung politisch zu befrieden und die Macht zu erhalten. Dadurch, dass die Stammesführer zu zentralen Koordinatoren des Gesundheitswesens in Sierra Leone wurden, hatten sie Zugang zu enormen finanziellen Ressourcen, die über Klientensysteme verteilt wurden. Im Jahr 2015 zeigte eine Prüfung, dass ein Drittel der Ebola-Hilfsgelder nicht verbucht wurde (Frankfurter et al. 2018, S. 535). Die Öffentlichkeit ist der Meinung, dass beträchtliche Mittel abgezweigt wurden, indem Ebola-Risiken erfunden oder übertrieben wurden und über politische Klientensysteme verteilt wurden, wovon ausländische Organisationen indirekt profitierten. "Wenn ein politisches System, das 120 Jahre lang die Unterwerfung der Landbevölkerung Sierra Leones und die Abschöpfung wichtiger finanzieller Ressourcen ermöglicht hat, mit der Orchestrierung einer komplexen und bisweilen drakonischen Reaktion auf den Ausbruch der Krankheit beauftragt wird, ist es kein Wunder, dass die Patienten es vorziehen, in der Obhut ihrer Familien und Angehörigen zu bleiben, anstatt auf Anweisung des Stammesführers einen Krankenwagen zu rufen." (Frankfurter et al. 2018, S. 536)

Die politische Ökonomie im Zusammenhang mit den Ebola-Maßnahmen hat das Misstrauen gegenüber ihren Motiven geschürt. Die Ressourcen wurden für stark abgesicherte Maßnahmen abgezweigt, anstatt die Gesundheitssysteme insgesamt zu stärken.

Internationale humanitäre Gesundheitsmaßnahmen und neokoloniales Erbe

Rid und Antierens (2017) weisen darauf hin, dass die USA erst dann damit begonnen haben, medizinisches und militärisches Personal zu entsenden und finanzielle Mittel bereitzustellen, um die Gesundheitssysteme der betroffenen Länder zu unterstützen, nachdem ein Freiwilliger, der aus Liberia

in die USA zurückkehrte, erkrankt war und bei ihm Ebola diagnostiziert wurde. Als sich die Fälle in Westafrika im August 2014 häuften, erklärte die WHO den Ausbruch der Krankheit zu einem "internationalen Gesundheitsnotfall" (DuBois und Wake 2015). Während die Infektionsrate bereits im Mai 2014 außer Kontrolle geriet, dauerte es bis Mitte September, bis die internationale Gemeinschaft aktiv wurde, was von manchen als "kriminell spät" bezeichnet wurde (DuBois und Wake 2015, S. v).

Darüber hinaus wurde die Bezeichnung "von internationalem Interesse" nicht nur als humanitäre oder globale Gesundheitskrise, sondern auch als Bedrohung für die internationale Sicherheit und Stabilität formuliert (DuBois und Wake 2015). Mehrere Länder entsandten Truppen, zum Beispiel die USA nach Liberia und das Vereinigte Königreich nach Sierra Leone, weil sie dort früher koloniale Beziehungen unterhielten, aber auch China, Deutschland, Frankreich und Kanada schickten Militärpersonal (Benton 2017, S. 30). Die internationale Hilfe war jedoch "hauptsächlich [damit beschäftigt], sich selbst zu schützen; nach dem Prinzip "Null Risiko, null Opfer" (Benton 2017, S. 33). Die Absicherung der Maßnahmen wirft die Frage auf, wessen Sicherheit wichtig ist und wovor man sich eigentlich schützen wollte.

Ein Vergleich des Ebola-Ausbruchs mit dem Ausmaß anderer Krankheiten zeigt, dass die rasche Ausbreitung des Ebolafiebers und die hohe Sterblichkeitsrate zwar die internationale Aufmerksamkeit auf sich zogen, dass aber andere Krankheiten in Bezug auf die Gesamtzahl der Todesfälle wohl tödlicher sind. In der Demokratischen Republik Kongo starben 2019 beispielsweise 6.000 Menschen an Masern (WHO 2020a). "In den letzten vier Jahrzehnten hat Ebola insgesamt weniger als 3.000 Todesopfer gefordert. Im Gegensatz dazu starben in Afrika südlich der Sahara allein im Jahr 2010 547.322 Menschen an Durchfallerkrankungen und 222.767 an Pneumokokken-Lungenentzündung; viele dieser Todesfälle hätten durch den Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung, einschließlich billiger Impfstoffe, und eine verbesserte Abwasserentsorgung verhindert werden können (Rid und Emanuel 2014, S. 1896). Während die massiven internationalen Hilfsmaßnahmen die Ressourcen verschlangen, starben mehr Menschen an anderen Krankheiten, für die fast keine Mittel bereitgestellt werden (Arie 2019).

Für die Bevölkerung in diesen Ländern ist es schwer, Maßnahmen gegen eine einzelne Krankheit zu rechtfertigen, während gleichzeitig mehr Menschen an Masern, Meningitis, Polio oder Durchfallerkrankungen sterben. So berichteten die Befragten, dass ein schwerer Choleraausbruch in Sierra Leone im Jahr 2012 kaum internationale Aufmerksamkeit oder finanzielle Unterstützung fand²⁰. Als jedoch Reisende mit Ebolafieber infiziert wurden und damit das Risiko einer Ausbreitung von Ebola in westliche Länder stieg, wurde rasch eine Reaktion eingeleitet. Ursprünglich als tropische oder afrikanische Krankheit betrachtet, wurden die WHO und die Staaten des globalen Nordens aktiv, als Nicht-Afrikaner infiziert wurden und die Krankheit einen hohen wirtschaftlichen Schaden anrichtete.

Das Misstrauen gegenüber internationalen Helfer*innen, ihren Interventionen und ihrer Prioritätensetzung könnte auch als Kritik an der Frage verstanden werden, wessen Prioritäten und wessen Sicherheit am

Die Absicherung der Maßnahmen wirft die Frage auf, wessen Sicherheit wichtig ist und wovor man sich eigentlich schützen wollte.

Es ist schwer, Maßnahmen gegen eine einzelne Krankheit zu rechtfertigen, während gleichzeitig mehr Menschen an Masern, Meningitis, Polio oder Durchfallerkrankungen sterben.

²⁰ Telefoninterview mit einem Gesundheitsarbeiter in Sierra Leone, Juni 2020.

wichtigsten sind. Es kann so interpretiert werden, dass die Aufrichtigkeit der Hilfe in Frage gestellt wird, da die Gesundheitsmaßnahmen nicht nur als bedarfsorientiert wahrgenommen wurden, wie es der humanitäre Grundsatz der Unparteilichkeit vorschreiben würde. Vor allem in der Demokratischen Republik Kongo haben die Einheimischen "ein Leben lang erlebt, wie Außenstehende – aus der Hauptstadt, von den Vereinten Nationen, von internationalen Hilfsorganisationen – mit Geld und Versprechungen ankamen, die sie nicht halten konnten" (Brown 2020). Der gleiche Gedanke zeigt sich auch in dem, was Adia Benton die "Politik der Flucht und Rettung" genannt hat (Benton 2017, S. 27). Wer aus den betroffenen Gebieten ausgeflogen wird, richtet sich nach den Evakuierungsverfahren für Staatsangehörige, was bedeutet, dass frühere Entwicklungsprogramme, die von ausländischen NGOs finanziert und durchgeführt wurden, auf dem Höhepunkt der Krankheit eingestellt wurden, was die Arbeitslosigkeit verschärfte und zu Nahrungsmittelknappheit führte.

Schutzanzüge für biologische Gefahren und bewaffneter Schutz des Gesundheitspersonals förderten nicht das Vertrauen, sondern regten eher zu Verteidigungshandlungen an.

Hinzu kam, dass die Eindämmungsmaßnahmen sehr militarisiert waren, mit Strafmaßnahmen gegen unwillige Personen, die gegen die Beerdigungs- oder Lockdown-Vorschriften verstießen (DuBois und Wake 2015). Die sicherheitsorientierten Ansätze gegenüber Gemeinschaften in Not ähnelten kolonialen Ansätzen und förderten eher Widerstandshandlungen als eine Anerkennung der Ängste der Bevölkerung (Benton 2017). Starker Schutz durch Schutzanzüge für biologische Gefahren und bewaffneter Schutz des Gesundheitspersonals förderten nicht das Vertrauen, sondern regten eher zu weiteren Verteidigungshandlungen an. Durch den Einsatz von "Feldteams", die die Maßnahmen in der Landessprache erläuterten und sich mit den betroffenen Menschen zusammensetzten, wurde versucht, diesen Kreislauf durch den Aufbau von Vertrauen zu durchbrechen.

Von mehreren Forscher*innen wurde die mangelnde Kommunikation und Anpassung der Informationen an die lokalen Sprachen als eine Quelle der Feindseligkeit hervorgehoben. Durch die Verwendung von Sprache und Konzepten, die den Menschen nicht ganz klar waren, wurden Angst und Misstrauen geschürt. Die Menschen befürchteten, dass Ebola eine Waffe sei, die sie töten könnte, oder dass Missverständnisse zu einer Fehldiagnose führen könnten, da die Informationen oft in den offiziellen Sprachen bereitgestellt wurden, bei denen es sich in den meisten Fällen um Kolonialsprachen handelt. Nach Ansicht von Somparé und Somparé (2018, S. 139) löste die Verwendung von Kolonialsprachen Vorstellungen von Elitismus, Paternalismus und Kolonialität aus und weckte "ein latentes Misstrauen gegenüber gebildeten Menschen, das in vielen afrikanischen Ländern seit der Kolonisierung vorhanden ist". "Ebola-Leute" wurden verdächtigt, ihr kulturelles Kapital zu nutzen, um die Situation auszunutzen und Analphabeten Maßnahmen aufzuerlegen, die nur sie verstehen konnten (ebd.). In einem Szenario, in dem sich Patient*in und medizinisches Personal nicht verstehen, ist es jedoch sehr schwierig, sich eine vertrauensvolle Beziehung vorzustellen.

Beispiele und Erfahrungen aus den beiden größten humanitären Gesundheitseinsätzen zur Bekämpfung von Ebola zeigen, dass der Widerstand gegen die Maßnahmen wohl eine rationale Reaktion bzw. eine berechtigte Kritik an der Machtdynamik in Notfällen im Gesundheitswesen ist. Die anhal-

tende Ebola-Epidemie im Osten der Demokratischen Republik Kongo findet inmitten von Konflikten und politischen Unruhen statt. Die Bevölkerung hat die Geduld mit externen Akteuren verloren, die seit Jahrzehnten in der Region präsent sind, ohne dass sich die Lebensbedingungen wesentlich verbessert hätten, und mit ihren Regierungen, die nicht in der Lage sind, den Konflikt in der Region einzudämmen, und denen regelmäßig Korruption vorgeworfen wird, was die Wirksamkeit von Interventionen insgesamt in Frage stellt.

Eine Möglichkeit, das Vertrauen zu fördern, ist die Stärkung der allgemeinen Gesundheitsfürsorgesysteme. Viele lokale Gemeinden stellten die Aufrichtigkeit der Einsatzteams in Frage, die versicherten, dass sie für ihre Gesundheit da seien, ihnen aber nur bei Ebola halfen, nicht aber bei anderen Krankheiten wie Malaria, Masern oder Lungenentzündung, an denen sie eher leiden würden. Während der Apparat für die humanitäre Ebola-Behandlung sich zurückzieht und die Mittel weniger werden, sind die öffentlichen Gesundheitssysteme so schwach wie zuvor, so dass sich die Menschen fragen, wo "all das Geld für Ebola geblieben ist".

Eine Möglichkeit, das Vertrauen zu fördern, ist die Stärkung der allgemeinen Gesundheitsfürsorgesysteme.

4.3 Covid-19: In globalen humanitären Gesundheitsnotfällen den Spieß umdrehen

Die weltweite Ausbreitung von Covid-19, einer Coronavirus-Krankheit, hat zu einer beispiellosen Reaktion der Medizin und der öffentlichen Gesundheit geführt. Covid-19 ist eine Infektionskrankheit, die eine leichte bis mittelschwere Erkrankung der oberen Atemwege auslöst. Nach der ersten Entdeckung in Wuhan, China, breitete sich das Virus schnell innerhalb des Landes und über seine Grenzen hinaus aus. Häufige Flugreisen in einer globalisierten Welt führten ab Februar/März 2020 zu einer raschen Übertragung rund um den Globus. Die WHO erklärte die Ausbreitung von Covid-19 am 11. März 2020 zu einer Pandemie. Während sich Europa, insbesondere Frankreich, Spanien und Italien, im März zum Hotspot der Krankheit entwickelte, befinden sich derzeit die meisten registrierten Infektionen in den USA, Indien und Brasilien. Bis zum 11. September 2020 haben sich 28.202.363 Menschen infiziert, 910.140 sind an dem Virus gestorben.

Um die Übertragungsraten zu verlangsamen und die Belastung der nationalen Gesundheitssysteme zu verringern, wurden überall auf der Welt Schutzmaßnahmen und Maßnahmen zur Reduzierung der sozialen Kontakte empfohlen, verhängt und umgesetzt. Reisebeschränkungen, Grenzschließungen und Lockdowns ganzer Länder haben das öffentliche und private Leben sowie die Volkswirtschaften stark beeinträchtigt. Um effizient zu sein, bedarf die Einhaltung der Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Eindämmungspolitik jedoch einer breiten Unterstützung durch die Bevölkerung. Obwohl wir uns noch mitten in einer sich ständig weiterentwickelnden Krise befinden, stellen wir erste Überlegungen zu der Krankheit und ihrer Beziehung zum Misstrauen an, das sowohl aus früheren Epidemien wie Cholera und Ebola als auch aus der eigenen Wahrnehmung des Umgangs mit der Covid-19-Pandemie resultiert, während diese sich weiter entfaltet. Wir werden einige aktuelle Beobachtungen herausgreifen²¹.

21 Diese Veröffentlichung wurde im Juli 2020 verfasst und stellt eine erste Analyse der globalen Covid-19-Pandemie zu diesem Zeitpunkt dar.

Das Vertrauen in Mitbürger*innen, in Gesundheits- oder Sozialsysteme oder Regierungen stellte sich als entscheidender Faktor dafür heraus, wie die Menschen auf die Pandemie reagieren.

Vertrauen in mehrere Richtungen und auf mehreren Ebenen

Das Vertrauen in die Regierungen ist ein wichtiger Faktor dafür, dass die Bürger*innen die Empfehlungen der öffentlichen Gesundheitspolitik befolgen, insbesondere in Krisenzeiten. Betrachtet man die sich abzeichnende Praxis im Umgang mit der Pandemie, so scheint es, dass die Länder, die ein starkes öffentliches Vertrauen in die Regierung und die öffentlichen Institutionen haben, besser für den Umgang mit der Covid-19-Pandemie gerüstet sind als andere Länder. In den meisten Ländern wurden besondere rechtliche und gerichtliche Befugnisse aus einem offenbar humanitären Grund erlassen, um die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern. Die Ausübung staatlicher Befugnisse über das Leben und den Körper der Bürger*innen wirft ethische und menschenrechtliche Fragen auf. Wenn die Bürger*innen den Behörden nicht trauen, dass sie in ihrem Interesse handeln, können diese Maßnahmen zu Nichteinhaltung oder Widerstand führen. In Deutschland organisierten beispielsweise Impfgegner*innen mehrere "Anti-Corona"-Proteste, um ihrer Befürchtung Ausdruck zu verleihen, dass ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit in bestimmten Zusammenhängen durch eine Impfpflicht und die Verpflichtung zum Tragen einer Gesichtsmaske verletzt würde.

Das Vertrauen – oder der Mangel an Vertrauen – in die Mitbürger*innen, in Gesundheits- oder Sozialsysteme oder ihre Regierungen stellte sich als entscheidender Faktor dafür heraus, wie die Menschen auf die Pandemie reagieren. Erste Umfragedaten zeigen, dass die deutschen Bürger*innen Vertrauen in ihre Nachbarn, Institutionen und Behörden haben (Schulze et al. 2020). Von den Befragten gaben 79% an, dass sie Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem haben, und 91% erklärten, dass sie Ärzt*innen und medizinischem Personal vertrauen (Schulze et al. 2020, S. 58). Der deutsche Virologe Hans-Georg Kräusslich stellt fest, dass das große Vertrauen der Bevölkerung in die Regierung und die Behörden ein Grund dafür ist, dass die Sterblichkeitsrate bei Covid-19-Fällen in Deutschland relativ niedrig ist: "Vielleicht ist unsere größte Stärke in Deutschland die rationale Entscheidungsfindung auf höchster Regierungsebene in Verbindung mit dem Vertrauen, das die Regierung in der Bevölkerung genießt" (Bennhold 2020). Die deutsche Bundeskanzlerin Angela Merkel, eine studierte Physikerin, hat "während der gesamten Krise klar, ruhig und regelmäßig kommuniziert, während sie dem Land immer strengere Maßnahmen zur Begrenzung der sozialen Kontakte auferlegte. Die Restriktionen, die entscheidend zur Verlangsamung der Ausbreitung der Pandemie beigetragen haben, stießen auf wenig politischen Widerstand und werden weitgehend befolgt (Bennhold 2020). Während das Vertrauen in die Gesundheitsbehörden in Ländern mit zuverlässigen Gesundheitssystemen stärker ist (Birungi 1998) sind Deutschland und seine Bürger*innen berüchtigt für ihren Gehorsam gegenüber und ihr Vertrauen in Behörden und 'Vater Staat' im Allgemeinen, wie bereits dargestellt wurde.

Bei einer Pandemie von globalem Ausmaß spielt jedoch nicht nur das nationale, sondern auch internationales und multilaterales Vertrauen eine wichtige Rolle (Ng 2020). Die internationale Zusammenarbeit erfordert Vertrauen zwischen den Ländern, aber auch in internationale Organisationen. Als sich die Pandemie in der Europäischen Union (EU) ausbreitete, beschäftigten sich viele Länder eher mit innenpolitischen Angelegenheiten als mit internationalen oder multilateralen Ansätzen. Umfrageergebnisse zeigten, dass nur

die Hälfte (52%) der Befragten ihren in Europa lebenden Mitbürger*innen zutraute, die Situation zu bewältigen (Schulze et al. 2020, S. 58).

Am 31. Januar 2020 erklärte die WHO Covid-19 zu einem "gesundheitlichen Notfall von internationalem Interesse" (WHO 2020b). Dies war der sechste Notfall²², der seit der Gründung der WHO zu diesem Thema ausgerufen wurde. Obwohl der erste Fall in Europa sechs Tage zuvor (25. Januar 2020) in Frankreich festgestellt worden war, blieb die Warnung der WHO in vielen Ländern außerhalb Asiens unbeachtet, und es wurden keine Präventivmaßnahmen ergriffen, um die grenzüberschreitende Ausbreitung zu verlangsamen oder zu stoppen. Da die meisten westlichen Länder von den vorangegangenen fünf Notstandserklärungen nicht wirklich betroffen gewesen waren, nahmen sie die Bedrohung nicht ernst. Die Behörden konnten sich offensichtlich nicht vorstellen, dass die Pandemie ihre Systeme in ähnlicher Weise beeinträchtigen würde wie in China. Möglicherweise war auch das mangelnde Vertrauen in die WHO ein Grund dafür, dass die Warnung nicht ernst genommen wurde.

Gerüchte und Verschwörungstheorien

Wie bei Cholera und Ebola wurden wirksame Maßnahmen durch Gerüchte und Verschwörungstheorien rund um die Covid-19-Pandemie beeinträchtigt. Die Fehlinformationen reichen von der Behauptung, dass Bill Gates in einem gemeinsam mit der WHO entwickelten Plan die Weltbevölkerung mit Impfungen und eingesetzten digitalen Mikrochips kontrollieren will bis hin zur Beschuldigung, dass 5G-Netzwerke für die globale Ausbreitung des Virus verantwortlich seien (Lynas 2020). Ebenso gibt es eine ganze Reihe von Gerüchten darüber, wie man sich vor einer Ansteckung schützen oder die Krankheit heilen kann. Dazu gehören zum Beispiel das Trinken von Kuhurin oder der Verzehr von Knoblauch (ebd.). Die sozialen Medien und die sensationslüsterne Berichterstattung über den Ausbruch der Krankheit haben in der Öffentlichkeit Panik und Misstrauen ausgelöst. Die WHO hat deshalb eine ganze Webseite eingerichtet, um Gerüchte und Verschwörungstheorien über Covid-19 zu entkräften (WHO 2020c) und arbeitet mit Social-Media-Anbietern zusammen, um solche Fehlinformationen herauszufiltern (Smith et al. 2020).

Auch wenn diese Beispiele leicht als Fehlinformationen zu erkennen sind, ist das Vertrauen in offizielle Mitteilungen und wissenschaftliche Erkenntnisse für die Einhaltung von Gesundheitsmaßnahmen von entscheidender Bedeutung. Die Verwendung des Malaria-Mittels Hydroxychloroquin als Prophylaxe gegen Covid-19 ist nicht durch klinische Studien belegt, wurde aber von staatlichen Regierungen und Gesundheitsbehörden wie dem brasilianischen Präsidenten Jair Bolsonaro, dem US-Präsidenten Donald Trump oder dem indischen Gesundheitsministerium empfohlen, während die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) die Notfallverwendung des Prophylaktikums widerrufen hat, weil neue Forschungsergebnisse zeigen, dass es mehr Schaden als Nutzen könnte (The Guardian 2020). Trump schlug sogar vor, dass die Einnahme von Haushaltsbleichmittel gegen das Virus helfen könnte. Dieser Fehlinformation wurde von Expert*innen vehement widersprochen,

22 Die letzten fünf waren eine H1N1-Grippe-Pandemie im Jahr 2009, ein Ebola-Ausbruch in Westafrika im Jahr 2014, ein Polio-Ausbruch im Jahr 2014, das Zika-Virus im Jahr 2016 und der aktuelle Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo.

doch der Schaden war angerichtet, und Menschen starben durch den Konsum von Chloroquin (Krause et al. 2020).

Es wird immer schwieriger, zwischen Fake News und Tatsachen, zwischen gezielter Fehlinformation und politisch instrumentalisiertem Wissen zu unterscheiden.

Vor allem in den ersten Wochen war es schwierig, bei der Medienberichterstattung über Covid-19 zu wissen, was man glauben sollte, denn die Pandemie entwickelte sich rasant und es gab nur wenige wissenschaftlich fundierte Informationen, auf die man sich stützen konnte, so dass viel Raum für Spekulationen blieb. Auch wenn jetzt erste Forschungsergebnisse und Beweise auftauchen, wird es immer schwieriger, zwischen Fake News und Tatsachen, zwischen gezielter Fehlinformation und politisch instrumentalisiertem Wissen zu unterscheiden. Die "Fehlinfodemie" (Krause et al. 2020) breitet sich zunehmend entlang parteipolitischer Strukturen aus und erschwert das Vertrauen in den Kommunikationsverantwortlichen. Die Politisierung von Gesundheitsthemen trägt somit zu einer fortschreitenden Erosion des Vertrauens in Gesundheitsinstitutionen, Medienberichterstattung und Regierungsbehörden bei und fördert die Verbreitung von Ängsten, Gerüchten und Spekulationen.

Prioritätensetzung und rhetorische Ablenkungsmanöver

In Kongo wurde die Bevorzugung der Ebola-Bekämpfung gegenüber anderen Krankheiten wie dem endemischen Masernausbruch als Quelle des Misstrauens erkannt. In ähnlicher Weise verglichen manche zu Beginn der Covid-19-Pandemie die Tödlichkeit mit der saisonalen Grippe und behaupteten, dass diese in der Vergangenheit mehr Menschen getötet habe und die Eindämmungsmaßnahmen daher übertrieben seien. Die von der Pandemie überforderten europäischen Gesundheitssysteme räumten der Covid-19-Behandlung in der Tat oft Vorrang vor anderen wichtigen medizinischen Behandlungen, wie z.B. Chemotherapie, ein. Diese Form der unidirektionalen Reaktion wurde schon früh während der Pandemie problematisiert.

Die Pandemie spiegelt die tiefgreifenden Ungleichheiten in der deutschen Gesellschaft wider und zeigt, dass bestimmte Leben weniger geschützt werden als andere.

Die aktuelle Pandemie setzt nicht nur verschiedene gesundheitliche Notlagen in Konkurrenz, wobei der Fokus auf der gestörten Konsumwirtschaft und durchkreuzten Sommerurlaubsplänen liegt, sondern sie zeigt auch, wie sehr diese Pandemie eine Krise des neoliberalen Paradigmas ist. Dadurch, dass wirtschaftliche Interessen der Gesundheit vorgezogen wurde, mussten ethisch schwierige und kontroverse Entscheidungen getroffen werden. Der jüngste Massenausbruch des Virus in der deutschen Fleischverpackungsindustrie unter Wanderarbeitern, die unter entsetzlich unmenschlichen und unhygienischen Bedingungen arbeiten und leben, ist nur ein Beispiel für diese fehlerhafte Dynamik. Es unterstreicht auch, dass die Behauptung, Deutschland tue alles, um die Menschen zu schützen, nur teilweise stimmt. Die Pandemie spiegelt die tiefgreifenden Ungleichheiten in der deutschen Gesellschaft wider und zeigt, dass bestimmte Leben weniger geschützt werden als andere.

Politisierung und Geopolitik

Die Covid-19-Pandemie entwickelt sich vor dem Hintergrund von wachsendem Nationalismus, Populismus und Anti-Multilateralismus (Krisch 2020). Wie sehr internationale Institutionen und multilaterales Vertrauen unter Druck stehen, zeigt das jüngste Beispiel des Rückzugs der USA aus der WHO. Präsident Trump kündigte seine Entscheidung an, die Finanzierung

der WHO einzustellen und die Zusammenarbeit mit ihr zu beenden, weil er der Organisation vorwarf, "während der Pandemie eine Marionette Chinas zu sein" (Cohen 2020).

Auch innerhalb der EU wurde wenig Vertrauen in eine multilaterale Reaktion auf die Krise gesetzt. Stattdessen hat sich jedes Land zuerst um die eigenen Interessen gekümmert. So bat Italien beispielsweise Deutschland wiederholt um Unterstützung, als sein Gesundheitssystem überlastet war. Diese Bitte erwies sich als vergeblich, letztlich stellte China und nicht Deutschland die dringend benötigte persönliche Schutzausrüstung (PSA) bereit. Wie Mohamedou (2020) argumentiert: "Italien [sah sich] in ähnlicher Weise der kodierten Kritik als 'kulturelle Schwachstelle' ausgesetzt, die das Land für seine schwache Reaktion und sein unterdurchschnittliches Gesundheitssystem verantwortlich machte."

Sowohl das Ebola- als auch das Corona-Virus sind Zoonosen, d.h. der Erreger stammt von Wildtieren und wurde vermutlich durch den Verzehr von deren Fleisch auf den Menschen übertragen. In der westlichen Vorstellung wurde Ebola als tropische oder afrikanische Krankheit dargestellt, und der Verzehr von so genanntem Buschfleisch als Ursprung der Krankheit zeugte von der angeblichen "Rückständigkeit" der Landbevölkerung. Mit dem Verweis auf die hygienischen Bedingungen und die kulturellen Traditionen wurde die Verantwortung der Länder für die Krise beschworen.

Mit Covid-19 wurde dieses Phänomen noch verstärkt: Das weit verbreitete Gefühl, dass die Bedrohung durch das Virus aus dem Ausland kam – eine Bedrohung aus der Ferne – und dass der Westen es mit etwas zu tun hatte, das von anderen geschaffen wurde (Mohamedou 2020) schürte den Anti-Internationalismus und das Misstrauen gegenüber Ausländern. Zu Beginn der Ausbreitung von Covid-19 wurden Menschen, die verdächtigt wurden, Asiaten zu sein, mit einem erhöhten Maß an rassistischer Aggression konfrontiert. Ebenso wurde Chinas internationale Hilfe in Form von medizinischer Ausrüstung wie PSA als Versuch diskreditiert, von der Tatsache abzulenken, dass es "die Krise verursacht" habe. Kann der Junge vom Land aus Guinea, der als "Patient Null" gilt, für die Verursachung der Ebola-Krise in Westafrika verantwortlich gemacht werden? In gesundheitlichen Notfällen scheinen Schuldzuweisungen und Vorwürfe hinsichtlich der Krankheitsurheber als politisches Instrument und nicht als epidemiologische Strategie zur Beantwortung der Frage ein immer wiederkehrender Faktor zu sein.

In gesundheitlichen Notfällen scheinen Schuldzuweisungen und Vorwürfe hinsichtlich der Krankheitsurheber als politisches Instrument ein immer wiederkehrender Faktor zu sein.

Zweifel am westlichen Sonderstatus und Aufreißen kolonialer Wunden

Es waren in der Regel Länder des globalen Nordens, die während des Ebola-Ausbruchs, des Ausbruchs der Cholera und vieler anderer humanitärer Gesundheitsnotfälle Fachwissen, Ressourcen oder Finanzmittel zur Verfügung stellten. Covid-19 hat diese traditionelle Rollenverteilung zu Beginn der Pandemie etwas in Frage gestellt. Aufgrund der häufigen Reisen waren nordeuropäische Staaten früher und stärker von der Pandemie betroffen als beispielsweise afrikanische Staaten. Diese umgekehrte Rollenverteilung, bei der die Europäer bei afrikanische Expert*innen Rat zur Bewältigung von Notfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und gleichzeitigen Bewältigung mehrerer Krisen einholen, wozu auch entscheidendes Wissen

über die Einrichtung von Notfall- und Dekontaminationssystemen gehört, löste Witze und Häme aus. Während die meisten Europäer das Ausmaß der Krankheit und ihrer Ausbreitung immer noch leugneten, hatten viele Länder in Afrika bereits Notfallverfahren an Flughäfen, Krankenhäusern und öffentlichen Einrichtungen eingerichtet. Westliche Medien schienen fassungslos darüber zu sein, dass afrikanische Länder nicht stärker betroffen waren, und westliche humanitäre NGOs bereiteten sich auf das Schlimmste vor, während sie gleichzeitig die Gelegenheit nutzten, Finanzmittel zu beschaffen, um die potenziell verheerenden Auswirkungen von Covid-19 auf Flüchtlingslager, dicht besiedelte Gebiete und bereits überlastete Gesundheitssysteme, die mit der Bewältigung mehrerer gesundheitlicher Notfälle überfordert waren, zu mildern. Die Erfolge von Ländern wie Ghana und Senegal bei der frühzeitigen Umsetzung von Eindämmungsmaßnahmen wurden jedoch ignoriert, während Schwedens risikoreicherer Ansatz im Bereich der öffentlichen Gesundheit – das auf das vernünftige Verhalten seiner Bürger setzt, anstatt strenge Maßnahmen zu verhängen – als "außergewöhnlich und mutig" kommentiert wurde (Mohamedou 2020).

Der Vergleich der Covid-19-Maßnahmen in Europa und Afrika hat auch zu Witzen und schwarzem Humor geführt (Tadesse Shiferaw und Mucchi 2020). Vor allem die allgemeine Haltung zur Begrenzung und Beherrschung der Mobilität von Afrika nach Europa hat sich im Hinblick auf die Veränderung der Frage, wer für wen eine Bedrohung darstellt, vorübergehend umgekehrt. Viele Flughäfen wurden für europäische Reisende geschlossen, die normalerweise einfach mit einem "Visum bei Ankunft" reisen. Es gab Anekdoten über Italiener*innen, die zurückgeschickt wurden, weil sie sich weigerten, in Tunesien in Quarantäne zu bleiben, und andere, die ihr Visum in Äthiopien überzogen haben (Tadesse Shiferaw und Mucchi 2020).

Während schwarzer Humor, Sündenbockdenken und Schadenfreude darüber, dass Covid-19 eine "Krankheit der Weißen und Reichen" ist (Büchel 2020), zwar oft zutreffende Darstellungen der Infektionswege sind, verweisen sie gleichzeitig auf postkoloniale Kontinuitäten. Für viele ehemals kolonialisierte Staaten ist die Einschleppung von Infektionskrankheiten durch Ausländer eine Erinnerung an ein historisches Trauma – eine koloniale Wunde, die erneut aufgerissen wurde (Irons 2020; Böhm 2020). Dementsprechend wird beispielsweise in der Demokratischen Republik Kongo gemunkelt, dass Covid-19 ein weiterer Trick sei, um einen globalen humanitären Appell zu unterstützen, um Geld zu sammeln, das bei den Menschen in Not nicht ankommt, oder im Rahmen einer Neokolonialisierungsstrategie verbreitet wurde, bei der westliche oder chinesische Unternehmen Land oder Ressourcen erwerben (Büchel 2020).

Auch die strengen Eindämmungsmaßnahmen lösten schmerzhaft kollektive Erinnerungen aus. So berief sich die indische Regierung bei der Verhängung des strengen Lockdowns wegen Covid-19 auf eben das Seuchengesetz von 1897, das ursprünglich von der britischen Regierung bei Pestausbrüchen verabschiedet worden war. Es handelte sich dabei um ein einzigartiges Gesetz, das speziell für die Kontrolle eines Seuchenausbruchs konzipiert war und dem Staat besondere Befugnisse einräumte, was zum Teil der Grund dafür ist, dass es für Covid-19 passend angesehen wurde (Chakrabarti 2020).

Gathara (2020) kritisiert, dass der kenianische Präsident Kenyatta einfach die Ratschläge der WHO zu den Covid-19-Maßnahmen kopiert und damit das Diktat globaler Eliten wiederholt hat, die einen westlichen Lebensstil zu Grunde legen, anstatt sich mit den Bürger*innen darüber zu beraten, wie Eindämmungsmaßnahmen in dicht besiedelten Gebieten gewährleistet werden können, in denen sozialer Rückzug, Selbstquarantäne und andere Hygienemaßnahmen so gut wie unmöglich sind. Er argumentiert, dass die Tendenz, Richtlinien zu erlassen, anstatt die Bürger*innen zu befragen, von der derzeitigen Regierung von den Kolonialbehörden geerbt wurde und damit Eindämmungsmaßnahmen des 20. Jahrhunderts für eine Pestepidemie nachahmt. Wie bei Pest- und Grippepandemien sind es die wenigen Privilegierten, die die Krankheit einschleppen und mit besseren Mitteln zum Überleben ausgestattet sind, während die Armen den Tribut zahlen müssen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Covid-19 Verwerfungen und Ungleichheiten in der Welt aufzeigt. In einer Zeit, in der der Westen in eine Krise gerät, geblendet von historischen Gefühlen westlicher Überlegenheit und Exzeptionalismus und zutiefst unfähig, von anderen zu lernen, könnte Covid-19 auch ein Moment der Reflexion sein. Flugzeuge ohne Starterlaubnis und die Evakuierung westlicher Helfer*innen werfen ein neues Licht auf die Lokalisierung bei humanitären Gesundheitsnotfällen. Durch das Ansprechen von strukturellen Ungleichheiten und das Anerkennen von Rassismus, Kolonialismus und neokolonialen Kontinuitäten entsteht ein Impuls für die Wiederherstellung von Vertrauen durch wahrheitsgemäße Kommunikation und ehrliche Motive. Ein Weg, das Vertrauen der Bevölkerung wiederherzustellen, ist die Stärkung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und die Förderung des gleichberechtigten Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung.

Flugzeuge ohne Starterlaubnis und die Evakuierung westlicher Helfer*innen werfen ein neues Licht auf die Lokalisierung bei humanitären Gesundheitsnotfällen.

5. Fazit

Bei Misstrauen ist Vertrauen nicht das Allheilmittel

Beispiele aus der Ebola-Epidemie in Westafrika, der Cholera-Epidemie in Haiti und die Schlaglichter der aktuellen Covid-19-Pandemie haben gezeigt, dass Gerüchte und Widerstand gegen globale Gesundheitsmaßnahmen Ausdruck eines tiefgreifenden Misstrauens sind. Misstrauen korreliert auch mit geschwächten staatlichen Institutionen der Gesundheitsversorgung (Birungi 1998), was mit Sicherheit auf Haiti und die Demokratische Republik Kongo zutrifft.

Power is the key to deciphering the question of mistrust that many humanitarians face, especially in global health contexts.

Vertrauensbildende Maßnahmen in Form von gemeinschaftlichem Engagement und bis zu einem gewissen Grad auch die Kodifizierung humanitärer Grundsätze und die Standardisierung humanitärer Maßnahmen zielen darauf ab, die Beziehungen innerhalb der humanitären Gemeinschaft und zu ihren Akteuren (wieder-)herzustellen, um humanitäre Hilfsmaßnahmen letztlich effizienter zu gestalten. Es wurden Vorschriften eingeführt, die zwar notwendig sind, aber nicht in ausreichendem Maße Bedeutung und Rechenschaftspflicht schaffen, um als Pfeiler des Vertrauens gegenüber den Menschen zu fungieren, denen die Intervention dient. Vertrauen in humanitäre Hilfe ist wichtig. Es ist entscheidend für die Beziehungen zwischen Menschen und Institutionen. Doch oberflächliche vertrauensbildende Maßnahmen allein werden nicht

Macht ist der Schlüssel
für die Klärung der
Misstrauensfrage,
mit der sich viele
humanitäre Helfer*innen
konfrontiert sehen.

das Allheilmittel sein, um ein institutionalisiertes System zu reformieren, das auf ungleichen Machtverhältnissen beruht. Koloniale Kontinuitäten und zeitgenössische Gräueltaten werden selten durch neue Standardisierungs- und Compliance-Systeme überwunden, wie sie in Leitartikeln und Strategiepapieren ständig propagiert werden. Um wirklich eine Wende herbeizuführen, muss die humanitäre Gemeinschaft tief in den Spiegel ihrer Geschichte und der sich daraus ergebenden Kontinuitäten blicken und darf nicht vor dem zurückschrecken, was sie dort sieht. Macht ist der Schlüssel für die Klärung der Misstrauensfrage, mit der sich viele humanitäre Helfer*innen konfrontiert sehen, vor allem im Kontext der globalen Gesundheitsversorgung.

Bei Nichteinhaltung der Vorschriften sollten die Mitarbeiter*innen der humanitären Hilfe nicht den Bürger*innen die Schuld geben, indem sie davon ausgehen, dass diese die Gesundheitsinformationen nicht verstehen, sondern vielmehr anerkennen, dass es möglicherweise einflussreichere Faktoren gibt, denen diese sich unterordnen. Vertrauen in humanitäre Gesundheitsmaßnahmen bedeutet, dass die Betroffenen darauf vertrauen müssen, dass die Mitarbeiter*innen des humanitären Gesundheitswesens in ihrem besten Interesse handeln. Diese Beziehung ist nicht unbelastet, sondern wird durch komplexe historische, politische und wirtschaftliche Faktoren beeinflusst. Vertrauensbildende Maßnahmen sind keine Einbahnstraße. Humanitäre Helfer*innen müssen zuhören und reflektieren, müssen selbst an Aufklärungskampagnen teilnehmen, um Hürden für die globale Gesundheit zu überwinden.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das Misstrauen bei Begegnungen im Bereich der globalen Gesundheit nicht das Ergebnis eines individuellen Fehlers ist, weder bei den humanitären Helfer*innen noch bei denjenigen, denen sie helfen. Misstrauen ist vielleicht doch nicht das Hauptproblem. Wenn Misstrauen in humanitären Begegnungen normativ als Hindernis für den Erfolg der Intervention dargestellt wird, werden wichtigere und dringlichere Fragen im Zusammenhang mit Machtungleichgewichten verdrängt und nicht in den Vordergrund gerückt: Schutz, Rechenschaftspflicht und nicht zuletzt struktureller Rassismus und rassistische Diskriminierung.

Die koloniale Wunde ist eine offene Wunde, und sie wird im wahrsten Sinne des Wortes durch aktuelle Ausbrüche von Cholera und Ebola oder durch neue Krankheiten wie Covid-19 und die darauf folgenden internationalen Maßnahmen wieder aufgerissen. Die Forderung nach finanzieller Entschädigung, die von haitianischen Cholera-Opfern vorgebracht und sogar von Vertreter*innen des UN-Systems selbst unterstützt wird, ist nur ein Beispiel für einen möglichen Weg, diese Wunde zu heilen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die globale Gesundheitshilfe in Haiti und in der Demokratischen Republik Kongo, wie sie derzeit zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie durchgeführt wird, von der Bevölkerung abgelehnt wird. Die Auseinandersetzung mit diesen strukturellen Bedingungen, den "ursprünglichen Objekten des Misstrauens" (Mühlfried 2019, S. 7) wird dazu beitragen, die Reaktion des Sektors auf globale Gesundheitskrisen und -maßnahmen zu verbessern.

6. Literatur

- Agier M (2010) Un dimanche à Kissidougou. L'humanitaire et l'Afrique du postcolonial au global. Cah D'études Afr 50:981–1001. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.16441>
- Arie S (2019) Congo sees rise in deaths from malaria, measles, and cholera as Ebola outbreak swallows up resources. (Steigende Todeszahlen in Kongo durch Malaria, Masern und Cholera, da Ebola die Ressourcen aufbraucht) BMJ l4522. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4522>
- BBC News (2020) Kommentare zu Frankreichs Rassismustreit wegen Afrika-Test. BBC News
- Bennhold K (2020) A German Exception? Why the Country's Coronavirus Death Rate Is Low. N. Y. Times
- Benton A (2017) Whose Security? In: Hofman M, Au S (Hrsg.) The Politics of Fear. Oxford University Press, S. 25–50
- Birungi H (1998) Injections and self-help: risk and trust in Ugandan health care. Soc Sci Med 47:1455–1462. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00194-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00194-4)
- Blair RA, Morse BS, Tsai LL (2017) Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. Soc Sci Med 172:89–97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.016>
- Bledau L (2019) Ebola: It's not only about the disease – challenges for adapting humanitarian assistance to its context. Friedens-Warte 92:59. <https://doi.org/10.35998/fw-2019-0004>
- Böhm A (2020) Humanitäre Hilfe: Die westlichen Afrika-Retter sind nicht unschuldig. Die Zeit, 16. Juli 2020, Hamburg. <https://www.zeit.de/politik/ausland/2020-07/humanitaere-hilfe-coronavirus-lockdown-ngo-entwicklungshilfe-rassismus>
- Brown RL (2020) Congo Ebola crisis: To fight disease, an anthropologist heals distrust. Christian Science Monitor, 3. Januar 2020. https://www.csmonitor.com/World/Africa/2020/0103/Congo-Ebola-crisis-To-fight-disease-an-anthropologist-heals-distrust?fbclid=IwAR2Tjt_wOq9brKtK-krhs1pgjGIU9JIHnTB_OGTc-cfxG8OdOE0HSJqX9_4
- Büchel R (2020) „Eine Krankheit der Weißen und Reichen“. Welt-Sichten <https://www.welt-sichten.org/artikel/37619/covid-19-eine-krankheit-der-weissen-undreichen>
- Chakrabarti P (2020) TIF - Covid-19 and the Spectres of Colonialism. 6

- Chandler C, Fairhead J, Kelly A, et al. (2015) Ebola: limitations of correcting misinformation. *The Lancet* 385:1275–1277 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62382-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62382-5)
- Cohen Z (2020) Trump administration begins formal withdrawal from World Health Organization. CNN
- Dhillon RS, Kelly JD (2015) Community Trust and the Ebola Endgame. *N Engl J Med* 373:787–789. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1508413>
- DuBois M (2019) The other side of trust. In: *Humanit. Law Policy Blog*. <https://blogs.icrc.org/law-and-policy/2019/11/26/other-side-trust/>. Zugriff am 28. Nov. 2019
- DuBois M, Wake C (2015) The Ebola response in West Africa. Exposing the politics and culture of international aid. HPG (ODI), London
- ECHO (2020) ECHO Daily Flash, 25. Juni 2020. <https://erccportal.jrc.ec.europa.eu/ECHO-Flash/ECHO-Flash-List/yy/2020/mm/6>. Zugriff am 17. Juli 2020
- Farmer P (2012) Haiti after the earthquake. PublicAffairs, New York
- Frankfurter R, Kardas-Nelson M, Benton A, et al (2018) Indirect rule redux: the political economy of diamond mining and its relation to the Ebola outbreak in Kono District, Sierra Leone. *Rev Afr Polit Econ* 45:522–540. <https://doi.org/10.1080/03056244.2018.1547188>
- Frerichs RR (2017) *Deadly River: Cholera and Cover-Up in Post-Earthquake Haiti*. Cornell University Press, Ithaca
- Freudenthal E (2020) How ‘Ebola business’ threatens aid operations in Congo. *The New Humanitarian*, 18. Juni 2020. <https://www.thenewhumanitarian.org/investigation/2020/06/18/Ebolacorruption-aid-sector>
- Gambetta D (2000) Can We Trust Trust? In: Gambetta D (Hrsg.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. University of Oxford, S. 213–237
- Gathara P (2020) Why Colonial-Era Edicts Will Not Defeat the Coronavirus in Kenya. In: *The Elephant*. <https://www.theelephant.info/features/2020/03/23/why-colonial-era-edicts-will-not-defeat-the-coronavirus-in-kenya/>. Zugriff am 19. Juli 2020
- Giddens A (1990) *The Consequences of Modernity*. Stanford University Press, Stanford
- Grimaud J, Legagneur F (2011) Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti: *Intervention* 9:26–34. <https://doi.org/10.1097/WTF.0b013e3283453ef2>
- Grimen H (2009) Power, Trust, and Risk: *Med Anthropol Q* 23:16–33. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2009.01035.x>

- Guillaume Y, Jerome GJ, Ternier R, et al (2019) 'It was a ravage!': lived experiences of epidemic cholera in rural Haiti. *BMJ Glob Health* 4:e001834. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001834>
- Hall S (1992) The West and the Rest: Discourse and Power. In: Hall S, Gieben B (Hrsg.) *Formations of Modernity*. Polity Press, Cambridge, S. 275–331
- Hannabach C (2015) *Blood cultures: medicine, media, and militarisms*, First edition. Palgrave Pivot, Houndmills
- HPN (2020) Special feature Responding to Ebola in the Democratic Republic of Congo. HPN, London
- Huber C, Finelli L, Stevens W (2018) The Economic and Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. *J Infect Dis* 218:S698–S704. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy213>
- Irons R (2020) Colonial Wound, (Re)Infected: Pandemic in the Andes. In: *Somatosphere*. <http://somatosphere.net/forumpost/colonial-covid19-pandemic-andes/>. Zugriff am 26. Mai 2020
- Katz JM (2013) *The big truck that went by: how the world came to save Haiti and left behind a disaster*. Palgrave Macmillan, New York
- Kleinfeld P (2020) Congo aid scam triggers sector-wide alarm. *The New Humanitarian*, 11. Juni 2020. <https://www.thenewhumanitarian.org/investigation/2020/06/11/Congo-aid-fraud-corruption-Mercy-Corps>
- Koski-Karell V, Farmer PE, Isaac B, et al (2016) Haiti's progress in achieving its 10-year plan to eliminate cholera: hidden sickness cannot be cured. *Risk Manag Healthc Policy* 87. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S75919>
- Krause NM, Freiling I, Beets B, Brossard D (2020) Fact-checking as risk communication: the multi-layered risk of misinformation in times of COVID-19. *J Risk Res* 0:1–8. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1756385>
- Krisch N (2020) *Institutions under Stress: Covid-19, Anti-Internationalism and the Futures of Global Governance*. The Graduate Institute, Geneva
- Kydd A (2000) Trust, Reassurance, and Cooperation. *Int Organ* 54:325–357. <https://doi.org/10.1162/002081800551190>
- Lowes S, Montero E (2020) The Legacy of Colonial Medicine in Central Africa: *CATO Inst* 209:3
- Luhmann N (2014) *Vertrauen: ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, 5. Auflage. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz
- Lynas M (2020) COVID: Top 10 current conspiracy theories. In: *Alliance Sci*. <https://allianceforscience.cornell.edu/blog/2020/04/covid-top-10-current-conspiracy-theories/>. Zugriff am 18. Juli 2020

- Mallon Andrews K (2015) Protest in the time of cholera: disease and the metaphors of health and politics. *Can J Lat Am Caribb Stud Rev Can Études Lat-Américaines Caraïbes* 40:63–80. <https://doi.org/10.1080/08263663.2015.1031493>
- Masumbuko Claude K, Underschultz J, Hawkes MT (2019) Social resistance drives persistent transmission of Ebola virus disease in Eastern Democratic Republic of Congo: A mixed-methods study. *PLOS ONE* 14:e0223104. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223104>
- Maternowska C (2006) *Reproducing Inequities: Poverty and the Politics of Population in Haiti*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ
- Maurer K, Pollmeier A (2020) *Haitianische Renaissance: der lange Kampf um postkoloniale Emanzipation*, 1. Auflage. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M
- Mohamedou M-MO (2020) The Western Flu: The Coronavirus Pandemic as a Eurocentric Crisis. In: *Glob. Chall.* https://globalchallenges.ch/issue/special_1/the-western-flu-the-coronavirus-pandemic-as-a-eurocentric-crisis/. Zugriff am 20. Juli 2020
- Mühlfried F (2019) *Mistrust: A Global Perspective*. Springer International Publishing, Cham
- Mühlfried F (Hrsg.) (2018) *Mistrust: ethnographic approximations*. Transcript, Bielefeld
- Müller M-M, Steinke A (2020) The geopolitics of Brazilian peacekeeping and the United Nations' turn towards stabilisation in Haiti. *Peacebuilding* 8:54–77. <https://doi.org/10.1080/21647259.2018.1491277>
- Ng J (2020) Trust During the Time of Covid-19. *RSIS Comment 4* <https://www.rsis.edu.sg/rsispublication/cms/global-health-security-trust-during-the-time-ofcovid-19/>
- Nuriddin A, Jalloh MF, Meyer E, et al (2018) Trust, fear, stigma and disruptions: community perceptions and experiences during periods of low but ongoing transmission of Ebola virus disease in Sierra Leone, 2015. *BMJ Glob Health* 3:e000410. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000410>
- Osland KM (2019) UN Policing: The Security–Trust Challenge. In: de Coning C, Peter M (eds) *United Nations Peace Operations in a Changing Global Order*. Springer International Publishing, Cham, S. 191–209
- Piarroux R, Barrais R, Faucher B, et al (2011) Understanding the Cholera Epidemic, Haiti. *Emerg Infect Dis* 17:1161–1168. <https://doi.org/10.3201/eid1707.110059>
- Richardson ET (2019) On the coloniality of global public health. *Med Anthropol Theory Open-Access J Anthropol Health Illn Med* 6:101–118. <https://doi.org/10.17157/mat.6.4.761>

- Richardson ET, McGinnis T, Frankfurter R (2019) Ebola and the narrative of mistrust. *BMJ Glob Health* 4:e001932. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001932>
- Rid A, Antierens A (2017) How did Médecins Sans Frontières Negotiate Clinical Trials of Unproven Treatments During the 2014-2015 Ebola Epidemic. In: Hofman M, Au S (Hrsg.) *The Politics of Fear*. Oxford University Press, NY
- Rid A, Emanuel EJ (2014) Ethical considerations of experimental interventions in the Ebola outbreak. *The Lancet* 384:1896–1899. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61315-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61315-5)
- Sandor A (2020) The power of rumour(s) in international interventions: MI-NUSMA's management of Mali's rumour mill. *Int Aff* 96:913–934. <https://doi.org/10.1093/ia/iiaa092>
- Schneiker A (2020) Why trust you? Security cooperation within humanitarian NGO networks. *Disasters* 44:25–43. <https://doi.org/10.1111/disa.12363>
- Schuller M (2016) *Humanitarian aftershocks in Haiti*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ
- Schulze K, Merkes ST, Kleinebrahn A, et al (2020) Veränderte Wahrnehmungen der COVID-19-Lage von März bis April 2020: Ergebnisse einer deutschlandweiten Panelbefragung. <https://doi.org/10.17169/REFUBI-UM-27376>
- Slim H (2019) Trust Me - I'm a Humanitarian. In: *Humanit. Law Policy Blog*. <https://blogs.icrc.org/law-and-policy/2019/10/24/trust-humanitarian/>. Zugriff am 11 Dez. 2019
- Smillie I, Minear L (2004) *The charity of nations: humanitarian action in a calculating world*. Kumarian Press, Inc, Bloomfield
- Smith GD, Ng F, Ho Cheung Li W (2020) COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs* 29:1425–1428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
- Somparé AW, Somparé EB (2018) Mistrust During the Ebola Epidemic in Guinea. In: Mühlfried F (ed) *Mistrust*. transcript Verlag, Bielefeld, S. 129–146
- Tadesse Shiferaw L, Mucchi V (2020) Turning the tables: African and European narratives in the time of Corona. In: *ECDPM*. <https://ecdpm.org/talking-points/turning-tables-african-european-narratives-time-corona/>. Zugriff am 10. Juli 2020
- The Guardian (2020) Hydroxychloroquine: US revokes emergency approval of malaria drug for Covid-19. *The Guardian*

- The New Humanitarian (2020a) The West's humanitarian reckoning. In: New Humanit. <https://www.thenewhumanitarian.org/opinion/2020/07/01/black-lives-matter-aid-power-rethinking-humanitarianism-takeaways>. Zugriff am 2. Juli 2020
- The New Humanitarian (2020b) UN vows to 'maintain trust' in Congo aid effort after damning review leaked. The New Humanitarian, 12. Juni 2020. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/06/12/UN-Congo-aid-fraud-review-leaked>
- United Nations (2016) Remarks to the General Assembly on a New Approach to Address Cholera in Haiti. In: U. N. Secr.-Gen. <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2016-12-01>. Zugriff am 31. August 2020
- van Praag N (2019) Building and busting trust in humanitarian action. In: Ground Truth Solut. <https://groundtruthsolutions.org/2019/12/09/trust-in-humanitarian-action/>. Zugriff am 17. Juli 2020
- Vinck P, Pham PN, Bindu KK, et al (2019) Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey. Lancet Infect Dis 19:529–536. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30063-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30063-5)
- Walton DA, Ivers LC (2011) Responding to Cholera in Post-Earthquake Haiti. N Engl J Med 364:3–5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1012997>
- WHO (2014) Busting the myths about Ebola is crucial to stop the transmission of the disease in Guinea. In: WHO. <https://www.who.int/features/2014/ebola-myths/en/>. Zugriff am 17. Juli 2020
- WHO (2020a) Deaths from Democratic Republic of the Congo measles outbreak top 6000. In: WHO Reg. Off. Afr. <https://www.afro.who.int/news/deaths-democratic-republic-congo-measles-outbreak-top-6000>. Zugriff am 17. Juli 2020
- WHO (2020b) Erklärung zur zweiten Sitzung des Notfallausschusses der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) zum Ausbruch des neuartigen Coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Zugriff am 18. Juli 2020
- WHO (2020c) COVID-19 Mythbusters. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>. Zugriff am 18. Juli 2020
- Wilkinson A, Fairhead J (2017) Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. Crit Public Health 27:14–27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>

ENDNOTEN

Dieser Artikel erschien zuerst in:

Steinke, Andrea, and Sonja Hövelmann. 2021. "Whose Health Matters: Trust and Mistrust in Humanitarian Crisis and Global Health Interventions." In *Handbook of Global Health*, edited by Robin Haring, Ilona Kickbusch, Detlev Ganten, and Matshidiso Moeti, 1-31. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05325-3_101-1.

IMPRESSUM

© Centre for Humanitarian Action, Oktober 2021/ dt.Fassung August 2022

Dr Andrea Steinke ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centre for Humanitarian Action (CHA), Berlin. andrea.steinke@chaberlin.org

Sonja Hövelmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centre for Humanitarian Action, Berlin. sonja.hoevelmann@chaberlin.org

VORGESCHLAGENE ZITIERWEISE

Steinke, Andrea, und Sonja Hövelmann. 2021. "Wessen Gesundheit zählt? Vertrauen und Misstrauen bei humanitären Kriseneinsätzen und globalen Gesundheitsmaßnahmen" Berlin: Centre for Humanitarian Action.

WEITERE CHA PUBLIKATIONEN

Faltas, Charlotte 2021. Humanitarian topics explained. Counterterrorism impact on humanitarian action to go. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

Hövelmann, Sonja. 2021. Humanitäre Themen erklärt. Das internationale humanitäre System. Eine Einführung. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

Schellhammer, Lena 2021. Breaking the silence – Lessons from humanitarian access negotiations under counter-terrorism legislation in north-western Syria. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

Steinke, Andrea. 2021. The Triple Nexus in Mali: Coordination, Securitisation and Blurred Lines. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

Steinke, Andrea. 2020. Haiti Ten Years After Douz Janvyé. Humanitarian perspectives and lessons learnt from the 2010 earthquake in Haiti. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

Südhoff, Ralf, Sonja Hövelmann, and Andrea Steinke. 2020. The Triple Nexus in Practice: Challenges and Options for Multi-Mandated Organisations. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

Südhoff, Ralf, und Goda Milasiute. 2021. Time for a Reset? The World Humanitarian Summit and the Grand Bargain, 5 Years on. Berlin: Centre for Humanitarian Action.

CHA - Centre for Humanitarian Action e.V.

Wallstrasse 15a

10179 Berlin

+49 (0)30 2864 5701

info@chaberlin.org

Oktober 2021/August 2022