

## 2 Sozialwissenschaftlicher Forschungsstand

Dieses Kapitel fasst den sozialwissenschaftlichen Forschungsstand zu den Folgen von Epidemien und Pandemien zusammen. Der Fokus liegt dabei auf publizierten Forschungsarbeiten, deren Qualität im Rahmen von Peer-review-Prozessen überprüft wurde. Die Erkenntnisse beziehen sich auf die SARS-Pandemie zu Beginn der 2000er Jahre, die H1N1-Epidemie 2009 in China, den Ebola-Ausbruch 2014 in Sierra Leone und die Zika-Epidemie in Lateinamerika 2015/2016. Vereinzelt wurden auch bereits zugängliche, sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zur Corona-Pandemie 2020 berücksichtigt.

**Demokratische Regierungen und autoritäre Maßnahmen:** Die SARS-Pandemie 2002/2003 war in Südostasien von staatlichen Zwangsmaßnahmen begleitet. In demokratischen Gesellschaften wie Taiwan stießen diese auf Widerstand und waren schwerer umzusetzen als im benachbarten China. Ein Ländervergleich verweist jedoch auf Möglichkeiten für demokratische Staaten, diesen „autoritären Vorteil“ auszugleichen: Allen voran muss die Bevölkerung über die Vorteile eines zentralisierten Entscheidungsfindungsprozesses in Krisensituationen aufgeklärt werden. Das Vertrauen in die Regierung ist hierbei von zentraler Bedeutung, wobei dieses durch intensive und transparente Kommunikation mit der Bevölkerung gestärkt werden kann. Den Medien ist hierzu der Zugang zu Entscheidungsgremien zu erleichtern und die Regierungen selbst sollten aktive Anstrengungen unternehmen, um die Öffentlichkeit selbstständig zu erreichen (Schwartz 2012).

**Gesundheitssystem als wichtiger Kommunikator:** Die Kooperation der Bevölkerung ist ein zentraler Faktor bei der Bekämpfung von Epidemien und Pandemien. Wiederum erweist sich Vertrauen (*public trust*) als Schlüssel: Vertrauen die Menschen dem Gesundheitssystem, wirkt sich dies positiv auf ihre Bereitschaft aus, empfohlenes Verhalten umzusetzen. Zu beachten ist: (1) Der Vertrauensaufbau muss bereits in Zeiten ohne Ausnahmezustand erfolgen. *Public trust* beinhaltet dabei sowohl Vertrauen als auch Zuversicht: Vertrauen basiert auf gemeinsamen Werten, während Zuversicht auf positiven Erfahrungen gründet. Tritt nun eine Epidemie oder Pandemie auf, kann *public trust* aufrecht erhalten bzw. gestärkt werden durch (2) transparente Information, (3) Vorbildverhalten des medizinischen Personals, (4) Kommunikation durch unterschiedliche ExpertInnen aus dem Gesundheitssystem, (5) Kommunikation von moralisch relevanter Information, die Auskunft über Intentionen gibt (und Vertrauen stärkt) (6) Kommunikation von Information über die Performance des Systems, die Auskunft über seine Fähigkeit gibt (und Zuversicht stärkt) (Siegriest & Zinng, 2014).

### **Negativitäts-Bias, Verlustaversion und Optimismus-Bias**

Im Hinblick auf die Kooperation der Bevölkerung in Zeiten von Epidemien oder Pandemien sind drei Spezifika der menschlichen Wahrnehmung zu beachten: Zum einen schenken Menschen negativen Informationen mehr Aufmerksamkeit als positiven – negative Ereignisse haben daher auch einen deutlich stärkeren Einfluss auf das Vertrauen der Menschen als positive (Negativitäts-Bias). Zweitens werden Verluste – wie die Einschränkung der Freiheitsrechte – wesentlich höher gewertet als Zugewinne (Verlustaversion) (Poortinga & Pidgeon 2004, Rozin & Royzman 2001, Kahneman & Tversky 1984). Drittens ist die Risikowahrnehmung der Menschen von einem Optimismus-Bias bestimmt: Das Risiko, selbst zu erkranken, wird demnach wesentlich geringer eingeschätzt als das Erkrankungsrisiko anderer Menschen.

**Risikowahrnehmung und Verhaltensänderung:** Dieser Optimismus-Bias wurde u.a. während der H1N1-Epidemie im Jahr 2009 in Peking nachgewiesen. Er ist auch ein Grund dafür, dass Menschen vor allem jene Maßnahmen ergreifen, die wenig zusätzlichen Aufwand erfordern (z.B. regelmäßiges Lüften). Zwar stieg in Peking mit der Zeit sowohl die Risikowahrnehmung als auch die Bereitschaft, aufwendigere Maßnahmen zu ergreifen. Der Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und Verhalten blieb jedoch instabil. Das Verhalten der Menschen hing letztlich wesentlich stärker davon ab, ob die gesetzten Maßnahmen für sie nachvollziehbar waren (Xu et al., 2015).

**Psychische Gesundheit:** Erste Erkenntnisse zur Corona-Pandemie 2020 verweisen darauf, dass Symptome, die auf eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit hinweisen, zunehmen. So ist beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes stark mit depressiven Symptomen verbunden (Nelson et al., 2020). Die psychische Gesundheit ist jedoch nicht nur akut gefährdet: In Sierra Leone waren Angst, Depression und posttraumatische Belastungsstörungen auch noch über ein Jahr nach Ausbruch der Ebola-Epidemie weit verbreitet. Demnach sollte nicht nur Krisenintervention, sondern auch Nachsorge wichtiger Bestandteil der langfristigen Auseinandersetzung mit den Folgen von Epidemien und Pandemien sein (Jalloh et al., 2015). Schätzungen in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gehen bereits jetzt von weltweit zusätzlich 50.000 Suizid-Toten infolge sozialer Isolation und gesteigener Arbeitslosigkeit aus (Weems et al., 2020).

**Geschlechterspezifische Erfahrungen und Gewalt:** Epidemien und Pandemien schaffen Rahmenbedingungen, die Gewalt gegen Frauen und Mädchen befördern. Hierzu zählen: (1) wirtschaftliche Unsicherheit und armutsbedingter Stress, (2) Quarantänen und soziale Isolation, (3) katastrophen- und konfliktbedingte Unruhen und Instabilität, (4) Abhängigkeitsverhältnisse und ausbeuterische Beziehungen aufgrund demographischer Verschiebungen infolge erhöhter Mortalität, (5) verminderte Erreichbarkeit von Gesundheits- und

Sozialdiensten sowie von ErsthelferInnen, (6) Gefährdung durch Gewalt und Zwang bei Eindämmungsmaßnahmen und (7) Gewalt gegen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Das Bewusstsein für diese Dynamiken ist die Grundlage für angemessene politische Reaktionen und Maßnahmen (Petermann, Potts, O'Donnell et. al, 2020). Sowohl die Ebola- als auch die Zika-Epidemien haben gezeigt, dass das Ausklammern geschlechterspezifische Ungleichheiten aus der Krisenreaktion diese Ungleichheiten noch weiter verstärkt (Davis & Bennett, 2016).

**Gerontologische Herausforderungen:** Während der SARS-Epidemie in Hongkong zu Beginn der 2000er-Jahre äußerten alte Menschen in stark betroffenen Stadtteilen ein besonders geringes Wohlbefinden. Als zentral für das subjektive Wohlbefinden dieser Gruppe erwies sich das Gemeinschaftsgefühl: enger Nachbarschaftskontakt und speziell auf alte Menschen zugeschnittene kommunale Informationskampagnen und Hilfsprojekte konnten ihr Wohlbefinden steigern (Lau et al., 2008).

**Rassistische Reaktionen:** Angst vor Krankheitsausbrüchen wird immer wieder mit der Suche nach Schuldigen kompensiert. Beispielsweise wurden beim Ausbruch von H1N1 in den USA im Jahr 2009 Menschen aus Mittel- und Südamerikanischen Staaten, allen voran MexikanerInnen, als ÜberträgerInnen des Virus stigmatisiert. Derartige Prozesse treten in Krisensituationen verstärkt hervor, sind in ihrem Kern jedoch tief in Gesellschaften und ihrer Geschichte verwurzelt. Die historischen Verbindungen zwischen ansteckenden Krankheiten und Mitgliedern marginalisierter Gruppen zu lösen ist eine langfristige Aufgabe. Bis diese gelöst ist, liegt es bei Ausbruch einer ansteckenden Krankheit an den entsprechenden AkteurInnen in Politik, Verwaltung und Medien, mögliche Sündenbock-Tendenzen so lange unter Kontrolle zu halten, bis WissenschaftlerInnen die Ätiologie der Krankheit näher bestimmen können (McCauley et al. 2020, Markel & Stern 2002). Eine Möglichkeit hierzu besteht darin, die ökonomischen Grundlagen dieser kulturellen Interpretationen hervor zu heben: Armut, Einsparungen bei Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, kaum Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, Überbelag oder unzureichende Sanitäreinrichtungen (Dry & Leach 2010, Shantz 2010).

**Ökonomische Ungleichheit:** Wird im Kontext von Epidemien oder Pandemien ökonomische Ungleichheit außer Acht gelassen, bleiben sämtliche Reaktionen unzureichend und die Situation der von Armut oder Armutsgefährdung betroffenen Bevölkerungsgruppen verschlechtert sich weiter. Dabei ist nicht nur ihr Erkrankungsrisiko und ihre Mortalitätsrate höher sowie ihr Zugang zu Gesundheitseinrichtungen schlechter. Die getroffenen Maßnahmen greifen in den Alltag armer bzw. armutsgefährdeter Menschen wesentlich stärker ein und berauben sie häufig der wenigen, ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen. Auch die dominierenden Erzählungen über die Epidemie /

Pandemie bzw. deren UrheberInnen reflektieren häufig Privileg und Macht. Grundsätzlichen Forderungen nach einer Begradigung der Wohlstandsgefälle folgen hier der unbedingt notwendige Berücksichtigung ökonomischer Ungleichheit bei sämtlichen Maßnahmen zur Bekämpfung von Epidemien / Pandemien und einer stärkeren Repräsentation der Erzählungen ärmerer Bevölkerungsgruppen (Bambra et al. 2020, Kapiriri & Ross 2018, Shantz 2010).