

Ambivalenzen der Sorge von *Global Health Security* und das Problem der *response-ability*

Ambivalences of *Global Health Security* and the Problem of *response-ability*

Carolin Mezes

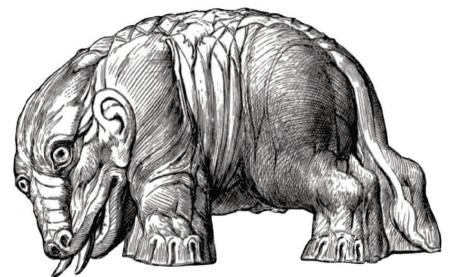
Abstract

Through qualitative analysis of materials from ethnographic observations and governance documents, and along an analytic framework of infrastructure, this paper examines the ambivalences of care in and of Global Health Security. Global Health Security's occupation with preparing health systems for an appropriate emergency *response* is accompanied by the problem of allocating *responsibility* for this preparedness capacity buildup. The paper argues that a universalist narrative of globally shared vulnerability to infectious disease threats drives Global Health Security as a global governance programme. It is shown how this narrative securitizes existing vulnerabilities in health infrastructures and how Global Health Security thereby functions as a reflexivization of former infrastructural adjustment programmes, which co-constituted these vulnerabilities in the first place. Against the backdrop of the problematic emergency response to the Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo, the concept of *response-ability* – developed in neo-materialist and posthumanist feminism – helps to contour the ambivalences of Global Health Security's care. While certain infrastructural vulnerabilities and provisional needs are being addressed, the caring security employed in Global Health fails to respond to other, obvious infrastructural vulnerabilities.

Keywords, dt.: Infrastruktur, Preparedness, Verletzbarkeit, Sicherheit, Sorgeethiken, Verantwortung, Reflexivierung

Keywords, engl.: Infrastructure, Preparedness, Vulnerability, Security, Care Ethics, Responsibility, Reflexivization

Carolin Mezes is a doctorate candidate at the Institute of Sociology and at the special research unit „Dynamics of Security“ at Philipps-University Marburg. She currently investigates knowledge practices and infrastructures in Global Health Security, her research interests include biopolitics, science and technology studies, sociology of medicine and the psy-disciplines, theory of the body and feminist theory. **E-Mail:** carolin.mezes@uni-marburg.de



Einleitung

Am 25. Juni 2020 verkündet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ende des Ebolafieber-Ausbruchs im Nordosten der Demokratischen Republik Kongo. Er hatte fast zwei Jahre andauert und gilt nach der Krise zwischen 2014-16 in Westafrika als der zweitschwerste Ausbruch des Ebolavirus. Gegenüber dieser international vielbeachteten Krise erfuhr die komplizierte Ausbruchslage in der Demokratischen Republik Kongo kaum internationale Aufmerksamkeit. Diese Tendenz verstärkte zuletzt die Coronavirus Pandemie, die sechste von der WHO deklarierte sogenannte gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite, die in der Aufmerksamkeitsökonomie des Feldes Globaler Gesundheit noch für eine Weile viele Gesundheitsereignisse überlagern wird, um die es sich zu sorgen gilt. Mehr noch als die jüngsten Ebolaausbrüche stellt die COVID-19 Pandemie den quasi paradigmatischen Krisenfall dar, zu dessen Bewältigung seit gut 20 Jahren im Schnittfeld von Globaler Gesundheit und klassischer Sicherheitsagenda eine vielgesichtige Assemblage etabliert worden ist, für die der Begriff *Global Health Security* steht.[1] Sich angesichts der Gefahr globaler Infektionsbedrohung auf einen potenziell katastrophalen und sich global ausbreitenden Krankheitsausbruch vorbereiten zu müssen, ist das Kernanliegen dieses Sicherheitsprojektes. Anhand empirischen Materials[2] aus Dokumentenanalysen, ethnografischen Beobachtungen und Expert*inneninterviews sollen im vorliegenden Artikel einige der Ambivalenzen der „sorgenden Sicherheit“ von *Global Health Security* beleuchtet werden (Folkers/Langenohl in diesem Heft).

Um auszuleuchten, wie sich dabei Sicherheit als sorgende Praxis artikuliert, sei Sorge hier mittels dreier Aspekte über das Problem der Verletzlichkeit gefasst (ähnlich Tronto 1993, 127): erstens als Thematisierung von Verletzlichkeit – ‚besorgt sein‘, ‚sich um etwas sorgen‘. Dies umfasst Sicherheitsrationalitäten und Wissenstechnologien, Bedrohungsszenarien und Krisendiagnosen, die spezifische Formen von Verletzlichkeit als Problem feststellen. Zweitens umfasst Sorge hier den Aspekt des Kümmerns – ‚für etwas Sorge tragen‘, ‚etwas versorgen‘. Damit sind alle Formen von Arbeit, alle Tätigkeiten und materiell zu verrichtenden Praktiken gemeint, die eingefordert, durchgeführt, koordiniert werden, um bestimmten Verletzlichkeiten zu begegnen, sie zu mildern oder abzuwenden. Drittens die normativen, ethischen, moralischen und politischen Aspekte, die mit Sorge einhergehen und hier über das Problem der Verantwortung verhandelt werden. Wie deutlich werden wird, geht es bei *Global Health Security* nicht um eine (intersubjektive) Sorgebeziehung am Krankenbett, sondern um Sorge durch und für (kritische) Infrastrukturen: *Global Health Security* operiert nach den Logiken einer Biopolitik vitaler Systeme, die sich auf die „Gewährleistung der technischen und ökologischen Bedingungen des Lebens“ konzentriert (Folkers 2017, 223; vgl. Collier/Lakoff 2015).

Über eine Analytik der Infrastruktur(-ierung) verläuft das Argument folgendermaßen: *Global Health Security* zielt auf die Verminderung einer spezifischen Verwundbarkeit, die angesichts der Bedrohung durch sich international ausbreitende Infektionskrankheiten wie SARS oder COVID-19 problematisch wird. Als ein Sicherheitsprojekt der Vorbereitung auf einen katastrophischen Gesundheitsnotfall bemüht sich *Global Health Security* um *Vorsorge* für insbesondere *versorgende* Strukturen, die eine angemessene

[1] *Global Health Security* ist der am weitesten verbreitete Begriff. Die deutsche Form „globale Gesundheitssicherheit“ ist selbst im deutschsprachigen Raum nicht sehr weit verbreitet und wird auch in diesem Beitrag neben dem eingedeutschten Anglizismus kaum genutzt.

[2] Die hier präsentierten Erkenntnisse basieren auf Datenmaterial, das im Rahmen einer mobilen Ethnographie („multisited ethnography“) in Form von ethnografischen Beobachtungen und Feldinterviews erhoben wurde; erstens im Rahmen der Teilnahme an zwei von der WHO durchgeführten Joint External Evaluations (eine in einem europäischen und eine in einem afrikanischen Land), zweitens in leitfadengestützten Interviews mit Expert*innen vom Robert-Koch-Institut, drittens in teilnehmenden Beobachtungen auf internationalen Fachkonferenzen. Ferner stützt sich die hier vorgelegte Forschung auf Dokumentenanalysen, vor allem der Internationalen Gesundheitsvorschriften (World Health Organization 2016) und des sogenannten Joint External Evaluation Tools (World Health Organization 2018).

ne Reaktion auf den Notfall gewährleisten können müssen. Zunehmend werden deswegen Gesundheitsinfrastrukturen im Sinne sogenannter „kritischer Infrastrukturen“ adressiert, also als unbedingt zu sichernde Versorgungsnetzwerke (Aradau 2010). Dieser spezifische Infrastrukturalismus von *Global Health Security* wird mit Blick auf die internationale Rechtsgrundlage und an sie anschließende Wissenstechnologien erörtert. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) als völkerrechtliche Übereinkunft zur internationalen Gesundheitskooperation materialisieren die Sicherheitsrationalität der Preparedness, also das Problem der Vorbereitung auf den Notfall, als ein Infrastrukturierungsproblem: Sie sollen unter anderem die Konfigurierung, den Ausbau und die Instandhaltung von nationalen Gesundheitsstrukturen einfordern und lenken. Das daran anschließende Verfahren der sogenannten *Joint External Evaluations* (JEEs) erstellt Daten über die Implementierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und leitet den Aufbau nationaler Gesundheitsinfrastrukturen weiter an. Innerhalb der Diagnose geteilter Verletzbarkeit und gegenseitiger Abhängigkeit geht mit dem zentralen Problem der globalen Vorbereitung für eine angemessene *emergency response* auch das Problem der Verteilung beziehungsweise Diffusion von „respons-ibility“ (Wenham 2016) für diese Vorsorge einher. Das Evaluierungsverfahren der JEEs dient dazu, die Schließung gefährlicher Preparednesslücken in der internationalen Gemeinschaft und unter heterogenen Akteuren zu koordinieren. Der erste Teil dieses Beitrags stellt heraus, dass das Infrastrukturprojekt der *Global Health Security* als eine Reflexivierung vorgehender, von internationalen beziehungsweise globalen Akteuren initiierten Strukturreformen aus den 1990er fungiert: Die mangelnde Versorgungsfähigkeit von Gesundheitsinfrastrukturen wird nun im Register der Sicherheit als Vorsorge- und Versorgungsproblem aktualisiert, für das die globale Gemeinschaft beziehungsweise einzelne Staaten verantwortlich gemacht werden sollen. Die dabei mobilisierte Diagnose global geteilter Verletzlichkeit beziehungsweise die daran anschließenden Moralismen unterschätzen die Situierung von Verletzlichkeit und die sich massiv unterscheidenden Verantwortungs- und Rechenschaftsbeziehungen von verschiedenen Akteur*innen.

An dieser Problematik setzt der zweite Teil des Beitrags ein. Die Problematisierung der Vorbereitung einer angemessenen *response* auf drohende Krankheitsausbrüche sowie die Bewerkstelligung der dafür nötigen „respons-ibility“ resoniert in vielen Aspekten mit der aktuellen Debatte um „response-ability“, die wir in und im Umfeld der feministischen Care-Ethiken von Donna Haraway, Isabelle Stengers, Maria Puig de la Bellacasa und daran anschließender Feminist Science and Technology Studies verfolgen können (Martin et al. 2015; Stengers 2015; Haraway 2016; Puig de la Bellacasa 2017). Deren Konzeption von *response-ability* für von verletzbaren menschlichen und nicht-menschlichen Wesen geteilte Welten schärft den Blick für die spezifische Politik des *Nicht-Hörens* und *Nicht-Antwortens*, des *Nicht-Versorgens* und *Nicht-Reagierens*, die die sorgende Sicherheit von *Global Health Security*, bei aller Orientierung an Vorsorge und Versorgung, auszeichnet. Mit Blick auf die Konflikte und Irritationen, die sich ab 2018 in der *emergency response* auf den Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo ergeben haben, soll hier deutlich werden, inwiefern der Ver-

antwortungsbegriff und die Sorge des Infrastrukturalismus von *Global Health Security* begrenzt und ambivalent sind.

Global Health Security

SARS in 2003. Influenza in 2009. Ebola in 2014. Zika in 2015.
In the fight against infectious diseases, no nation can stand alone. In today's interconnected world, a health threat anywhere is a threat everywhere: an outbreak in a remote village can spread to major cities on all six continents in less than 36 hours. (Center for Disease Control 2017)

Der allgegenwärtig genutzte Slogan „a health threat anywhere is a health threat everywhere“, hier zitiert in einer Fassung vom US-amerikanischen Center for Disease Control, bringt auf den Punkt, worum sich das seit gut 20 Jahren etablierte Projekt sogenannter *Global Health Security* sorgt: dass sich unter den Bedingungen des zeitgenössischen globalisierten Kapitalismus Gesundheitsgefahren wie insbesondere Infektionskrankheiten in nie dagewesener Geschwindigkeit global verbreiten können. Die Gefahrendiagnosen problematisieren einen Zustand global ver- und geteilter Verletzlichkeit, der sich aufgrund der hohen Interdependenzen vitaler Kapital-, Güter- und Personenströme zeitgenössischer Globalisierung ergibt, beispielsweise durch die schnelle Verbreitung von Infektionen über „travel and trade“ (WHO 2007; WHO 2016), denn ‚diseases don't respect borders‘ (vgl. Youde/Rushton 2014). Sowohl Kontrollmaßnahmen wie Quarantäne und Grenzschließungen als auch internationale rechtliche Übereinkünfte sollten schon früh maßbeglich vor Handelsausfällen durch sich grenzüberschreitend ausbreitende Infektionsausbrüche schützen (ebd.). *Global Health Security* als zeitgenössisches Sicherheitsgefüge steht hinsichtlich der ökonomischen Sicherheitsaspekte von historischen Formen des internationalen Handels und der ‚Globalisierung‘ in gewisser Kontinuität zu imperialen Technologien epidemischer Kontrolle sowie der Kolonialmedizin (King 2002; Bashford 2006; Nunes 2016). Das zeitgenössische Narrativ der Gesundheitssicherheit ist jedoch geprägt von Beschwörungen der neuen Herausforderungen der zeitgenössischen Globalisierung, vor allem durch hochfrequenten internationalen Flugverkehr und interdependente Handelsströme (vgl. Opitz 2015).

Der Schutz einer über Territorialgrenzen verorteten nationalen Bevölkerung als Kerngeschäft klassischer Sicherheitsagenden steht angesichts der problematisierten Interdependenzen der Globalisierung vor der Herausforderung, auch jenseits des eigenen Staatsgebietes aktiv werden zu müssen. Diese Verschiebung im Schnittpunkt von klassischer nationalstaatlicher Sicherheitsagenda und Gesundheitsbelangen wurde im Feld der *Critical Security Studies* in genealogischen Studien nachverfolgt. Unter anderem an den Debatten sogenannter *Biosecurity* lässt sich zeigen, wie nach den Anschlägen vom 11. September in den USA eine Verzahnung von nationalen Sicherheitsinteressen und transnationalen biologischen Bedrohungsszenarien einer *Global Health Security*-Agenda den Weg bereitete (Lakoff/Collier 2008; Elbe 2010; Brown 2011). Zentral war in diesem Zusammenhang das Gefahrenbild sogenannter *(Re)Emerging Infectious Diseases* wie AIDS, Ebola

oder MERS: Krankheiten, meist Zoonosen, die plötzlich auftreten, mutieren oder wieder auftreten und aufgrund ihrer Unberechenbarkeit als besonders gefährlich gelten (Davies 2008; Weir/Mykhalovskiy 2012; Sanford et al. 2016). Vor diesem Hintergrund und unter dem Eindruck der SARS Krise von 2002 und 2003 kam es schließlich zu einer weitreichenden Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (vgl. Fidler 2005; Davies et al. 2015). Die Weltgesundheitsorganisation definiert *Global Health Security* im vielbeachteten Jahresbericht „A safer Future“, veröffentlicht im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der neuen Gesundheitsvorschriften, als:

the activities required, both proactive and reactive, to minimize vulnerability to acute public health events that endanger the collective health of populations living across geographical regions and international boundaries. (World Health Organization 2007, ix)

Diese Definition ist deswegen interessant, weil hier die WHO *Global Health Security* im Sinne einer „(globalen) Assemblage“ darstellt (Ong/Collier 2005). Ong und Collier begreifen „global assemblages as sites of re-/formation/problematicization of anthropological problems“ (ebd., 4): als Konglomerationsfelder, in denen Formen und Werte individueller und kollektiver Existenz auf dem Spiel und zur sozio-technischen Verhandlung stehen, weil sie Gegenstand technologischer, politischer und ethischer Reflexion und Intervention (geworden) sind. Wie weiter unten ausgeführt wird, bestimmt insbesondere dieser dem Konzept der ‚global assemblage‘ innewohnende Aspekt des Reflexiven *Global Health Security* als ein Infrastrukturprojekt. Zunächst sei festgehalten, dass hier (wie oben zitiert) globale Gesundheitssicherheit über einen globalen Gefahren- beziehungsweise Schutzraum imaginiert wird, der mittels der Versammlung einer heterogenen Vielzahl von „activities“ (s.o.) umsorgt werden muss. Die internationale Gemeinschaft wird dabei als Gefahren- und Schutzgemeinschaft adressiert. *Global Health Security* kommt so die moralische Bedeutung eines quasi universellen ‚anthropologischen Problems‘ zu. Angela Merkel, die 2017 *Global Health Security* auf die Agenda der G20 setzte, formuliert dieses Problem folgendermaßen; sie mahnt, dass

das globale Zusammenrücken, das globale Zusammenwachsen uns alle abhängig macht davon, dass die Gesundheit des einen auch die Gesundheit des anderen ist. Das heißt die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems auf der Welt entscheidet über die Gesundheit anderer Länder, genauso wie über Sicherheit und Stabilität. Das heißt nationale Eigenverantwortung und globale Mitverantwortung sind zwei Seiten ein und derselben Medaille. (Chatham House 2016)[3]

Aus der Feststellung einer durch globalisierte Waren- und Personenströme geteilten Welt und potenzieller wechselseitiger Verletzlichkeit aufgrund systemischer Interdependenzen und Nebeneffekten wie neuer gefährlicher Infektionskrankheiten wird eine Ethik der gegenseitigen Verbundenheit und Abhängigkeit gefolgert, beziehungsweise ein Moralismus der (nationalen)

[3] Zitiert nach einer Rede Angela Merkels in Chatham House 2016, ab Minute 1:40.

Verantwortung gegenüber einem globalen Kollektiv. Die Leistungsfähigkeit eines jeden Gesundheitssystemen steht so für nicht weniger ein als Gesundheit, Sicherheit und Stabilität aller Länder der Welt. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften haben die Aufgabe, diese nationale Eigen- und globale Mitverantwortung, sich auf einen unvorhersehbaren und möglicherweise global ausbreitenden Notfall vorzubereiten, als normative Verpflichtung festzuschreiben (vgl. Wenham 2016; World Health Organization 2016).

Internationale Gesundheitsvorschriften

Die Internationalen Gesundheitsvorschriften sind die rechtlich-administrative Grundlage (also: Infra-Struktur) des Governance-Projektes globaler Gesundheitssicherheit. Eine wichtige Neuerung der Neufassung war die Ausweitung des Fokus internationaler Ausbruchskontrolle von einer kleinen Liste an ausgewählten Krankheiten zu einem unspezifischen Krisenszenario. Das entsprechende Notfallkonstrukt, der *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC), schließt nun noch unbekannte, *Emerging Infectious Diseases* oder atomare und chemische Katastrophen ein, für die entlang des Sicherheitsrationalen der *Preparedness* Vorbereitungen getroffen werden sollen. Preparedness als zentrale Rationalität der zeitgenössischen Regierung von Infektionsausbrüchen ist eine Sicherheitslogik, die anders als die des Risikos, der Pre-emption oder der Precaution operiert und mit nicht-kalkulierbaren und nicht-vermeidbaren Gefahren rechnet beziehungsweise diese mittels imaginativer Wissenstechniken aktualisieren muss (Anderson 2010; McPhail 2010; Adey/Anderson 2012). Sicherheit materialisiert sich entsprechend durch einen Zustand des bestmöglichen Vorbereitetseins auf ein unspezifisches Bedrohungsszenario, von dem letztlich nur angenommen werden kann, dass es früher oder später eintreffen wird, nicht aber genauer wann oder in welcher Form. Preparedness ist Teil der Schutzlogik der Resilienz, die durch Vorbereitung Ereignisse so abfedern will, dass sie keine katastrophischen Folgen zeitigen und zumindest grundlegende Prozesse soziomaterieller Reproduktion aufrecht erhalten bleiben (Brasset/Vaughan-Williams 2015; Folkers 2017; Lakoff 2017).

Im Zentrum der IGV steht mit dem PHEIC eine spezifische Figur des Notfalls, die ein unspezifisches Gesundheitsereignis bezeichnet, das Ländergrenzen zu überschreiten, massiven wirtschaftlichen Ausfall zu produzieren droht und eine international koordinierte Response benötigt. Im Hinblick auf solch einen Notfall fordern die IGV von allen Mitgliedsstaaten der WHO eine Reihe sogenannter „core capacities“ ein, die jedes Land vor und während eine Gesundheitsnotfalls gewährleisten können muss, um eine angemessene Response bieten zu können. Diese von den IGV geforderten Kapazitäten sind definiert als „the capacity to detect, assess, notify and report events“ (WHO 2016, Artikel 5) und „the capacity to respond promptly and effectively to public health risks and public health emergencies of international concern“ (ebd., Artikel 13). Diese kritischen Kapazitäten erstrecken sich über ein breites Spektrum an Aktivitäten innerhalb eines nationalen Gesundheitssystems: beispielsweise das Bevorraten von Medikamenten, die Sicherung von Kühlketten für Impfungen, die Desinfektion von Fracht an Flug- und Seehäfen, das Testen von gefährlichen Virenproben in dafür vorgesehenen Laboren, die epidemiologische Erfassung von Ausbruchereignis-

sen sowie deren Kommunikation entlang bestimmter Routen von der regionalen Ebene bis ‚hinauf‘ zur WHO. Wie oben in der Formulierung der WHO zitiert, umfassen diese nötigen Kapazitäten „all activities required to minimize vulnerability“: die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, vorausschauend bestimmtes Personal, Wissen und Versorgungsmaterialien so zu versammeln, dass sie im Krisenfall schnell und routiniert verfügbar gemacht werden können. Als gewissermaßen globaler Preparedness-Plan formatieren die Internationalen Gesundheitsvorschriften dabei nationale Systeme im Hinblick auf einen spezifischen Notfall; sie dienen als ein Governance-Plug-In in bestehende Gesundheitssysteme. Dort sollen sie jenes Minimalprogramm sicherstellen, das einen Gesundheitsnotfall so einhegt, dass er Landesgrenzen möglichst nicht überschreiten beziehungsweise ‚traffic und trade‘ nicht beeinträchtigen wird. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften sind also nicht nur die rechtsförmige Grundlage von *Global Health Security* und insofern Infrastruktur für ein Global Governance Projekt. Sie funktionieren vielmehr auch über die Praxis des Infrastrukturierens von nationalen Systemen beziehungsweise dem Globalen (vgl. Opitz i.E.).

Die Reichweite dieses Infrastrukturalismus wurde jedoch spätestens 2014 mit der medial vielbeachteten Ebolakrise in Westafrika deutlich in Frage gestellt (Collier et al. 2015; Gostin et al. 2015; Gostin 2016; Kamradt-Scott 2016; Wenham 2016). Dieser Ausbruch war genau ein solcher Notfall, auf den die IGV vorbereiten sollten. Das Ausmaß der Krise beziehungsweise die schleppende Koordination einer humanitären Reaktion und die Überforderung der (damals schon unterfinanzierten) WHO sowie der lokalen Gesundheitssysteme warfen Fragen danach auf, ob die IGV ihren Zweck erfüllen. Außerdem wurde offensichtlich, dass viele Länder ihren Pflichten unter den Internationalen Gesundheitsvorschriften gar nicht gerecht werden, beziehungsweise gerecht werden können:

Under the IHR [Internationale Gesundheitsvorschriften, C.M.] states are required to strengthen their disease control capacities, including in the areas of policy, surveillance, response, preparedness, human resources and lab capacity. However, an analysis in 2013 showed that none of the E3 states [die von der Ebolakrise heftig betroffenen Staaten Sierra Leone, Liberia, Guinea, C.M.] had met their IHR requirements. Nor, in fact, had any African nation. Herein lies a key problem with the IHR as they stand. The IHR assume that states shall utilise their existing national structures and resources to meet their core capacity requirements. *However, such requirements implicitly assume that states already have a relatively well functioning public health infrastructure to which these additional requirements can be attached. The IHR, while offering best-practice disease control policies, include no financial allowance to help states attain the required infrastructure.* More notably there is little enforceability if states fail to meet the requirements. (Wenham 2016, 441; Hervorhebung C.M.)

Die Krise in Westafrika aktualisierte die entsprechende Kritik, die *Global Health Security* als Interessenprojekt des Globalen Nordens ausgewiesen haben, das Ländern des Globalen Südens aufgedrängt sei, deren Bedürfnissen und finanziellen Kapazitäten nicht gerecht werde und ferner strukturelle Probleme globaler Gesundheit außer Acht lasse (Brown et al. 2012; Nunes 2016). Auch die zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Artikels andauernde COVID-19 Pandemie zeigt die Folgen mangelnder *emergency preparedness*, weil sichtbar wird, wo grundlegende Kapazitäten des Ausbruchsmanagements nicht gesichert sind beziehungsweise nicht wie vorgesehen genutzt werden. Neben diesem Problem, das zur Überraschung vieler auch Länder des Globalen Nordens betrifft, verdeutlicht die COVID-19 Pandemie einmal mehr, dass Gesundheitssysteme international oft schon im Normalbetrieb ihre Kapazitätsgrenzen überschreiten und dass dieses Problem die Reichweite eines Sicherheitsprojekts der *emergency preparedness* selbst beschränkt (Mezes/Opitz 2020). Nach der Ebolakrise in Westafrika lautete eine der Antworten auf das Problem offensichtlicher Dysfunktionalität der bestehenden Strukturen, dass die Umsetzung der IGV engmaschiger betreut werden müsse. Im Sinne der vielbemühten Logik der ‚lessons learned‘ (vgl. ebd.), kam es deswegen nach der Krise zur Einrichtung eines von der Weltgesundheitsorganisation angebotenen Evaluierungsprogramms zur Überprüfung der nationalen Implementierung der IGV, den sogenannten Joint External Evaluations (JEE).

Joint External Evaluations

Das Evaluierungsprogramm der Joint External Evaluations dient als ein Sicherheitsscreening, das kritische Lücken in einer als notwendig erachteten globalen Preparednessstruktur ermitteln und kontinuierlich schließen soll. Es ist eine der drei Komponenten, die nach der Ebolakrise ab 2014 dem „IHR Monitoring and Evaluation Framework“ der WHO hinzugefügt worden waren (World Health Organization 2018, 7). Ziel der JEEs ist es, jedes Mitgliedsland der WHO hinsichtlich eines Sets von fast 50 Kompetenzen über fast 20 technische Themenfelder hinweg zu evaluieren. Mittels einer Vielzahl von Indikatoren (z.B. für die Kapazitäten des ‚Reporting‘ von Ausbruchsgeschehen, für die Eindämmung von antimikrobieller Resistenz, der Impfvorsorgung oder der nationalen Laborstruktur) wird Wissen über die Preparednesskapazitäten der evaluierten Länder produziert; dies geschieht mittels einer rot-gelb-grün kodierten Skala mit Scores von 1 bis 5, die sowohl Produktion als auch Präsentation der Daten bestimmt. Zusammen mit wörtlich ausformulierten Empfehlungen („Recommendations“) des externen Evaluierungsteams, welches das Land für eine Evaluierungswoche besucht, werden die erreichten Scores in einem Abschlussbericht gelistet und von der WHO veröffentlicht.[4]

Neben der Produktion dieser als objektiv wertgeschätzten Daten leistet das Verfahren mehr als nur eine Vermessung und numerische, beziehungsweise farbkodierte Repräsentation der Gesundheitssysteme: die Indikatoren „beschreiben“ die Welt nicht nur, sie „konstruieren“ sie vielmehr (Merry 2016, 33; Adams 2016). Im Verfahren der JEE operationalisieren die Indikatoren und das Ranking bereits die zukünftige Schließung der ermittelten Sicherheitslücken. Diese Operationalisierung übersetzt die vagen Prepared-

[4] Aufzurufen auf: <https://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports/en/>.

nessverpflichtungen, die im Text der IGV gemacht werden, in konkrete technische Tasks. Wesentliches Instrument dieser Übersetzung ist das sogenannte „JEE tool“, das die Evaluierung mittels verschiedener Indikatoren anleitet (World Health Organization 2018). Diese geben genau an, wie die jeweiligen Scores von 1 bis 5 erreicht werden können und welche Kapazitäten für eine Einstufung vorliegen müssen. Im Sinne einer „infrastructure of evidence“ (Calkins/Rottenburg 2017) stellen die JEEs entlang eines geregelten Verfahrens Daten über bestimmte Kapazitäten eines Gesundheitssystems her. Dabei erfolgt während der Evaluierung eine Verhandlung über den zu vergebenden Score, also über die gleichermaßen verfahrenstechnisch objektive, wie auch normative *Bewertung* der Kapazitäten, meist über eine Prüfung von bestimmten Dokumenten und administrativen Medien. Für den Nachweis über vorhandene Kapazitäten, als (in manchen JEEs wörtlich so bezeichnete) „evidence“, wird also beispielsweise die Einrichtung eines *Standard Operating Procedures* für einen spezifischen *Reporting*-Ablauf gefordert, die Listung von spezifischen Krankheiten zur Priorisierung von Tests in Laboren, oder die Archivierung und das Anlegen von Logbüchern und Checklisten. Als wesentlich für die Infrastrukturalisierung von Gesundheitssystemen gelten also logistische beziehungsweise infrastrukturelle Medien (Latour 2006; Gitelman 2014; Peters 2015). Das Verfahren, nationale Verwaltungen dazu anzuleiten ihrer Verantwortung für den Ausbau infrastruktureller Kapazitäten nachzukommen und so Lücken im globalen Preparednessnetz zu schließen, gestaltet sich in erheblichem Maße als die Sorge um die Sicherung von medialen Anschlüssen und ununterbrochenen administrativen Handlungsketten.

Die mittels der Indikatoren objektivierten und messbar gemachten Bausteine einer notfallresilienten Gesundheitsinfrastruktur sind ferner wichtig, um die Priorisierung von *Health Security* Belangen innerhalb der Förderlandschaft von Global Health Governance zu operationalisieren. Die operative Kette aus der rechtlichen Übereinkunft der Internationalen Gesundheitsvorschriften, den sie implementierenden JEEs und weiteren an sie anschließenden Praktiken, fungiert für das Projekt *Global Health Security* als „Grenzinfrastuktur“ im Sinne von Susan Leigh Star und Geoffrey Bowker (2000). Sie bezeichnen mit dem Konzept eine Infrastruktur, die, vor allem mittels Klassifikationen und Standardisierung, Relationen zwischen Praxisgemeinschaften herstellt und es verschiedenen Akteursgruppen erlaubt, entlang ihrer je unterschiedlichen Handlungsprämissen gemeinsame Arbeiten zu verrichten. Die WHO selbst bezeichnet die JEE in diesem Sinne als eine

common platform for country information and data. This allows countries to identify the most urgent needs within their health security systems, to prioritize opportunities for enhanced preparedness, response and action, and to engage with current and prospective donors as well as partners to target resources effectively. Transparency is an important element for attracting and directing resources to where they are needed the most. In addition, JEE priorities and the development of multiyear national action plan can help ensure operational readiness in countries with urgent needs (such as highly

vulnerable, low resource settings). (World Health Organization 2018, 8)

Da die Ergebnisse der Evaluation in einem Bericht von der WHO veröffentlicht werden, sind sie für eine Vielzahl an Akteuren verfügbar. Die Daten, die im Verfahren der JEE erarbeitet werden, dienen nicht nur den jeweiligen nationalen Verwaltungen zur Operationalisierung des sukzessiven Aufbaus von Kapazitäten, sie sind vielmehr auch für die internationale Gemeinschaft von Belang. Die Akteursgemeinschaft des Feldes Global Health (internationale Organisationen wie WHO und Weltbank, verschiedene NGOs, große Charities wie die *Bill and Melinda Gates Foundation* oder bilaterale Projekte der Gesundheitszusammenarbeit) wird ausdrücklich dazu angehalten, das Wissen der JEEs zur Basis ihres Wirkens zu machen. Das Evaluierungsverfahren ermöglicht die gewissermaßen dezentrale Koordinierung von gesundheitsbezogenen Finanzierungs- und Entwicklungsvorhaben entlang eines ausgearbeiteten Protokolls, das den Kapazitätsausbau als ein zu lösendes (medien-)technisches Problem anzeigt.

Wie die Daten der JEE umgearbeitet und mobilisiert werden, zeigt sich zum Beispiel (im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit bei einer teilnehmenden Beobachtung) auf der internationalen Konferenz „Global Health Security“, die 2019 zum ersten Mal stattfand. Dort berichten Mitarbeiter*innen der deutschen KfW Förderbank, dass sie zur Vorbereitung auf ein Projekt im Ausland den entsprechenden JEE Bericht als Ausgangspunkt nehmen, um sich einen Überblick über den Zustand des nationalen Gesundheitssystems zu machen. An einem Messestand der NGO „Prevent Epidemics“ wenige Meter weiter summiert ausgelegtes Infomaterial die Ergebnisse der bis dahin 97 durchgeführten JEEs schlicht auf und konstatiert entlang der Logik eines global geteilten Gefahrenraumes, dass weltweit „mehr als 5000 Lücken identifiziert wurden, die geschlossen werden müssen“ (Flyer von *Prevent Epidemics*, Übersetzung C.M.). Mitarbeiter*innen der NGO berichten darüber, wie ihr Programm Daten der Evaluierungen in Weltkarten präsentiert, die einen vergleichenden Blick einladen und zukünftigen Strukturaufbau visualisieren sollen. Die entsprechende Karte zeigt vor allem Länder des Globalen Nordens in grün, den (sprichwörtlichen) Rest der Welt weitestgehend in den Signalfarben gelb und rot.[5]

Mit Blick auf die technischen Details sowohl der Internationalen Gesundheitsvorschriften als auch der an sie anschließenden JEEs wird deutlich, inwiefern *Global Health Security* mittels der Instandhaltung von Infrastrukturen Versorgungsleistungen sicherstellen möchte und so Sicherheit als Sorge um versorgende Infrastrukturen inaktiert. Gesundheitssicherheit wird hier über weite Strecken als technisches Problem soziomaterieller, medialer Anschlüsse und Übersetzungen formuliert. Als ‚Plattform‘ dienen die JEE Verfahren ferner dazu, verschiedene Akteure zusammenzubringen und dezentral entlang der Orientierungslinien des internationalen Rechts so zu koordinieren, dass in einem globalen Gefahrenraum Preparednesslücken geschlossen und drohende Gesundheitskatastrophen gedämpft beziehungsweise an der Ausbreitung gehindert werden können. IGV und JEE sind für das System aktueller *Global Health Governance* die Infrastruktur zur rechtlich-normativen Einforderung, Ermittlung und Vermittlung dessen, was

[5] Aufzurufen auf <https://preventepidemics.org/map/>. Auf die (affektive) Politik, die der Technologie des Farbcodings eingeschrieben ist, kann hier nur am Rande verwiesen werden; für eine Auseinandersetzung mit ähnlichen Sicherheitstechniken siehe Brian Massumi Analyse des Farbcodes des US-amerikanischen Homeland Security Advisory Systems (2005); zur inhärenten Politik der Praktik des Mapping siehe Kitchen/Dodge/Perkins 2011.

Angela Merkel als „nationale Eigenverantwortung und globale Mitverantwortung“ bezeichnet hat.

Infra-Strukturreform im Register der Sicherheit

Während Verantwortung für *Global Health Security* grundsätzlich als geteilt gilt, lässt sie sich jedoch nicht tatsächlich zurechnen. Die vielbeklagte Diagnose, dass Akteure, beispielsweise Länder des Globalen Nordens, für ausbleibendes Handeln oder fehlendes finanzielles Engagement nicht zur Verantwortung gezogen werden können, beschreibt Clare Wenham in einer Zusammenschau der misslichen *Response* auf den Ebolaausbruch in Westafrika als Problem der „ebola respons-ibility“ (Wenham 2016). Dabei weist sie aus, dass das Problem jedoch über eine Verantwortungsdiffusion noch hinausreicht: Die Trope der „global shared responsibility“ blendet strategisch aus, dass die Vielzahl adressierbarer Akteure – Internationale Organisationen, NGOs, Nationalstaaten, private Akteure wie Pharma – sowohl Gefahren als auch Verantwortung hinsichtlich Gesundheitssicherheit unterschiedlich bestimmen und so spezifische „accountability relationships“, Verantwortungs- beziehungsweise Verantwortlichkeitsbeziehungen bedienen müssen. Während Staaten ihre Bevölkerung vor pandemischen Infektionskrankheiten schützen und Konsequenzen wie wirtschaftliche Ausfälle abwenden wollen („the accountability that the Western community feels towards its business and economic interests“; ebd., 444), sehen sich „countries with urgent needs (such as highly vulnerable, low resource settings)“ (ebd.) zusätzlich vor dem Problem, maßgeblich auch den Interessen von Geldgebern nachkommen zu müssen (vgl. dazu Kentikelenis et al. 2015).

Global Health Security erscheint nicht nur als Reflexivierung der zeitgenössischen Globalisierung und eines spätkapitalistischen Naturverhältnisses. Solche im Feld selbst wirksamen Annahmen stellen beispielsweise Zusammenhänge zwischen ‚unserer‘ Lebensweise (z.B. Verdrängung und Veränderung der Lebensräume von nicht-menschlichem Leben, zunehmender globaler Flugverkehr) und neuen mikrobiellen Gefahren her (z.B. die schnelle Ausbreitung von unbekanntem *Emerging Infectious Diseases* oder die schleichende Gefahr antimikrobieller Resistenzen) und überführen damit die in vielen gesellschaftlichen Bereichen geführten Debatten um das Anthropozän und den Klimawandel in die Rationalität von Global Health Governance. Der Blick auf die Infrastrukturorientierung von Global Health Security macht darüber hinaus einen anderen Zusammenhang beziehungsweise eine andere Reflexivierung sichtbar, die mit diesen Global Governance Praktiken selbst zu tun hat. Wie seit Jahren kritisch herausgestellt wurde, haben die Strukturanpassungsprogramme der Weltbank und des Internationalen Währungsfonds seit den 1990er Jahren maßgeblich dazu beigetragen, dass vor allem in Ländern des Globalen Südens Gesundheitssysteme systematisch abgebaut und fragmentiert wurden (zuletzt Thomson et al. 2017; Forster et al. 2019). Nun scheint man sich im Register der Sicherheit um die ‚nicht intendierten Nebenfolgen‘ ebendieser ‚gesellschaftlichen Rationalisierungsprozesse‘ zu sorgen (vgl. Beck 1999). Aktuell wird offensichtlich eine strukturelle Schwäche von Gesundheitssystemen adressiert, die über die Bedrohung nicht eingeregelter und eventuell transnationaler Infektionsausbrüche global – also auch für den Globalen Norden, Nachbarländer, entfernte

Regionen – kritisch werden kann. In Sinne einer globalen Assemblage als Schauplatz der Re-Artikulation ‚anthropologischer Problematiken‘ *versichert* heute *Global Health Security* die Risiken der mangelnden Resilienz von Gesundheitssystemen, die nicht unabhängig von vorhergehenden gesellschaftlichen Rationalisierungsprozessen, globalen Ungleichheitsverhältnissen und den Zugzwängen von Global Governance zu begreifen sind. Es gilt kaum als strittig, dass die *Global Health Security* Agenda ihren Anfang in Ländern des Globalen Nordens genommen hat und ferner, dass sie Ländern des Globalen Südens entlang eines „kooperativen Imperativs“ innerhalb der Zugzwänge internationaler Gesundheitskooperation durchaus auch aufoktroiert ist (Ziai 2006). Während die Internationalen Gesundheitsvorschriften von *Public Health* Expert*innen als diplomatisches Kunststück geschätzt werden, ist auch herausgearbeitet worden, dass bei ihrer Abfassung Interessenskonflikte zwischen Nord und Süd eingeebnet werden mussten (Weir 2015). Dass mit dem spezifischen Sicherheitsinteresse von *Global Health Security* vor allem Sorgen des Globalen Nordens begegnet wird und nicht per se die selbst eruierten Bedarfe von lokalen Gesundheitsverwaltungen bedient werden, wird auf internationalen Konferenzen zum Thema folglich als ‚elephant in the room‘ bezeichnet. Im Universalismus der Annahme geteilter Verletzlichkeiten werden faktische Machtgefälle und Ungleichheiten zwischen Regionen und Staaten und entsprechend die Multiplizität situierter Verletzlichkeit (strategisch) unterschätzt.

Ambivalenzen und Grenzen der Sorge von Global Health Security

Interessanterweise schafft das Infrastrukturprojekt der Global Health Security damit etwas, was in Kritiken an Global Health Governance, insbesondere an sogenannten vertikalen Programmen und *technological fixes*, lange schon gefordert wird: eine Problematisierung der Leistungsfähigkeit lokaler Gesundheitssysteme statt nur kurzfristig angelegtem ‚parachuting‘ von Hilfsleistungen oder spezialisierten Programmen, die strukturelle Defizite unangetastet lassen und Gesundheitssysteme weiter fragmentieren (Beisel 2014). Der nun im Sinne von *Global Health Security* erfolgende Ausbau von Kapazitäten von Gesundheitssystemen soll ausdrücklich Effekte auf administrative Abläufe und Kapazitäten zeitigen, die weit vor jenem Notfall relevant werden, der als Fluchtpunkt am Horizont der globalen Sicherheitsarchitektur fungiert: beispielsweise in der Bearbeitung eines lokalen Choleraausbruches, der sich in keinem Fall zu einem *Public Health Emergency of International Concern* entwickeln würde und also nicht global, sondern vor allem lokal kritisch ist. In Feldbeobachtungen im Zusammenhang mit den JEEs berichten Mitarbeiter*innen nationaler Public Health Behörden, dass ihnen die Evaluierungen (der öffentliche Druck, die vorweisbaren objektiven Daten) dabei helfen, von ihnen lange schon als nötig erachtete Maßnahmen durchzusetzen, die bisher von der eigenen Regierung nicht finanziert wurden, obwohl sie die lokale Gesundheitsversorgung verbessern würden.

Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass die IGV jenseits des Szenarios des *Public Health Emergency of International Concern* und den ihm vorgelagerten Gesundheitsgeschehen nicht darauf abzielen, andere Kapazitäten von

Gesundheitssystemen auszubauen oder andere strukturelle Schwächen abzubauen als jene, die in den IGV oder JEEs als ein Problem globaler Gesundheitssicherheit operationalisiert werden. Trotz der Infrastrukturorientierung operiert *Global Health Security* gewissermaßen selbst als ‚vertikales Programm‘. Bei einem ‚field visit‘ während einer der beobachteten JEEs zeigt sich dieses Problem in folgender Szene: Ein Teil des internationalen Expert*innenteams, welches die Evaluierung durchführt, besucht ein regionales Krankenhaus, um sich bezüglich einiger der evaluierten Kapazitäten ‚im Feld‘ und ‚vor Ort‘ einen besseren Bild machen zu können. Eine Oberschwester wird dabei, nach ausführlicher Befragung zu Meldeverfahren und Routinen des Qualitätsmanagements, ganz im Sinne der Kategorie ‚Sonstiges‘, um eigene Anmerkungen und Anregungen für den Abschlussbericht der Evaluierung gebeten. Ihre Antwort, dass das Krankenhaus dringend auf allen Stationen Waschbecken, Toiletten und ein funktionierendes Abwassersystem benötige, sprengt freilich nicht nur den rhetorischen Charakter der Frage, sondern auch den spezifischen Infrastrukturalismus, den *Global Health Security* als ein Projekt der Sicherung von Notfallroutinen vorsieht. Der durch die Internationalen Gesundheitsvorschriften informierte Apparat globaler Gesundheitssicherheit ist trotz des Ausbaus von strukturellen Kapazitäten als eine Architektur minimaler globaler Gesundheitsvorsorge zu bezeichnen (Collier et al. 2015), die keineswegs sicherstellt, dass Gesundheitssysteme über Infrastrukturen wie funktionale Wassersysteme verfügen, über Treibstoff für den Transport von Laborsamples, über Fachpersonal, Schutzmaterial, etc. Der Schutz kritischer Infrastrukturen steht entsprechend weniger für die Sicherung des Normalbetriebes oder eine „Biopolitik des guten Lebens“ als vielmehr für eine „Biopolitik des Überlebens“ (Folkers 2017, 259). Zur Reichweite von *Global Health Security* lässt sich also festhalten, dass es nicht darum geht, die Versorgung von jenen Gesundheitsproblemen und infrastrukturellen Lücken anzugehen, die weite Teile der Weltbevölkerung auch jenseits von grenzüberschreitenden Krankheitsausbrüchen bedrohen. Dies wiederum zeitigt Konsequenzen, die für das Projekt globaler Gesundheitssicherheit selbst als Bedrohung diskutiert werden.

In beiden großen Ebolaausbrüchen der letzten Jahre, insbesondere aber in der Demokratischen Republik Kongo, kam es zu teilweise gewalttätiger Ablehnung der humanitären Einsätze: Medizinisches Personal wurde angegriffen und die internationale *Response* auf den Ausbruch wurde von der lokalen Bevölkerung oftmals abgelehnt oder sabotiert. Beispielsweise kam bei einem Angriff auf einen Konvoi in der Demokratischen Republik Kongo Personal der WHO ums Leben (World Health Organization 2019). Die Nichtregierungsorganisation *Ärzte ohne Grenzen* stellte 2019 nach der Zerstörung ihrer Behandlungszentren die Arbeit in Teilen des Landes vorläufig ein (*Ärzte ohne Grenzen* 2019). Das in solchen Angriffen ausagierte Misstrauen gegen die internationale *Response* ist zum einen ein offensichtliches Sicherheitsproblem für die Einsatzkräfte vor Ort und wird entsprechend diskutiert. Wenn aber Menschen sich nicht wie vorgesehen in *isolation units* internieren lassen wollen, an traditionellen Beerdigungsritualen festhalten, oder befürchten, dass Ebola durch Impfungen nicht verhindert, sondern erst verbreitet wird, dann steht durch solche Formen von Widerständigkeit und Misstrauen die Eindämmung des Ausbruchs auf dem Spiel – ein Sicherheitsproblem im eigentlichen Sinne von *Global Health Security*. [6]

[6] Bezüglich der COVID-19 Pandemie werden in Deutschland Formen von Misstrauen, Verschwörungserzählungen und Widerstand spätestens seit den bundesweit vielbesuchten „Hygienedemos“ als Problem wahrgenommen. Anne Menzel stellt in diesem Zusammenhang heraus, dass Widerstand gegen epidemiologische Maßnahmen der Ausbruchsbewältigung dabei in der öffentlichen Wahrnehmung und der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung bezüglich COVID-19 in Deutschland anders erklärt wird, als bezüglich Ebola in Westafrika. Sie fordert für eine differenziertere Auseinandersetzung mit als „irrational“ empfundenem Widerstand gegen biomedizinische Expertise dazu auf, implizite Annahmen und Vorurteile zu überdenken, die der selektiven Nutzung von sozialpsychologischen vs. kulturanthropologischen Erklärungsangeboten innezuwohnen scheinen (vgl. Menzel 2020).

Die Ablehnung der internationalen *Response* lässt sich (zumindest aus der Ferne und vom Schreibtisch aus) leicht als eine Form der Kritik im Sinne eines ‚nicht dermaßen versorgt werden Wollens‘ lesen (nach: Foucault 1992, 12). Das ist auch die Lesart, die im Feld *Global Health* selbst vorgelegt wird und beispielsweise auf großen internationalen Konferenzen auf Panels so inszeniert wird (es folgen ins Deutsche übersetzte Zitate aus Feldnotizen zu solchen Panels). So bringen etwa Diskutierende auf einer Podiumsdiskussion der 2019 abgehaltenen Konferenz „Global Health Security“ auf, dass es grundsätzlich problematisch und unlogisch sei, „wenn man als Sicherheitsproblem gilt, solange man an Krankheit X zu sterben droht, nicht aber, wenn man an Krankheit Y zu sterben droht“ – also Krankenversorgung letztlich an ein Sicherheitsproblem geknüpft wird. Damit ist adressiert, dass in Ausbruchsettings Gesundheitssysteme oft so überfordert sind, und internationale Hilfseinsätze so stark auf den Ausbruch spezialisiert, dass Patient*innen mit anderen Gesundheitsproblemen oft nicht mehr versorgt werden können. Im Modus selbstkritischen Irritierens wird auf solchen Panels ferner darauf hingewiesen, dass eine drohende Ebolainfektion viele Menschen kaum mehr abschrecke, „wenn schon weite Teile der Familie an Malaria gestorben sind“ – also an einer Krankheit, die tausende Menschen jährlich das Leben kostet, aber nicht droht, sich binnen Stunden über den Globus auszubreiten. Über paraphrasierte Klagen von Betroffenen aus einem Ebolaausbruchgebiet wird eine ähnliche Problemdiagnose wie die oben genannte Anekdote zur Wasserversorgung transportiert: „Seit Jahren kommt ihr [internationale Akteure] hierher, und wir sagen euch, wir brauchen ein Wassersystem – und ihr bringt uns Impfungen“.

Obwohl oder *weil* es darum geht, eine *Response*, eine Antwort und Reaktion zu organisieren, und obwohl ausgefeilte Technologien der Ermittlung individuellen Preparedness-Bedarfs von Nationalstaaten in Stellung gebracht wurden, hat *Global Health Security* offensichtlich nur begrenzte Kapazitäten, um auf unterschiedlichen Sorgebedarf und situierte Verletzlichkeit „zu antworten“. Was in den hier angeführten Paraphrasen und dem stellvertretenden Sprechen für eine unbestimmte und nicht anwesende „local community“ moniert wird, ist das permanente Nicht-Hören von, Nicht-Anerkennen von, und Nicht-Vertrauen in die lokale Bevölkerung und deren selbst eruierte Bedürfnisse. Selbstverständlich wird in einem Setting wie einer Podiumsdiskussion dann auch dieses Problem als Sicherheitsproblem reflexiv gewendet: Diskutiert wird dann, inwiefern die *Global Health Security* Agenda sich gewissermaßen selbst bedroht, wenn „communities“ sich „nicht gehört fühlen“ und die Eindämmung eines Ausbruchs sabotieren.

***Global Health Security* und die Politik der Nicht-Antwort**

Um diesem selbstreferenziellen Zirkelschluss der Sicherheitslogik zu entgehen, soll hier abschließend der Problematik der *emergency response* und der Verteilung von *response-ibility* das Konzept der *response-ability* an die Seite gestellt werden. Es wird im Zusammenhang mit feministischen, neo-materialistischen und posthumanistischen Ethiken für das Anthropozän beziehungsweise Kapitalozän (Haraway 2016) vorgeschlagen und soll neues Denken über Verletzlichkeit, Abhängigkeit und Unverfügbarkeit in von menschlichen und nicht-menschlichen Wesen geteilten Welten anstoßen. Im

Angesicht von Ereignissen wie dem Klimawandel, der Abhängigkeit von un-
verfügbaren ‚Anderen‘, vor allem nicht-menschlichen Akteur*innen wie Bak-
terien und Viren, soll eine Gestaltbarkeit der Welt nicht nur trotz, sondern
mit Unberechenbarkeit, Unverfügbarkeit und Endlichkeit der materiellen
Welt denkbar werden. Verantwortung für Verletzbarkeit wird dabei als „po-
litische Gestaltungsaufgabe“ aufgefasst, die innerhalb komplexer soziomate-
rieller Machtgefüge „Interventionen ohne Zentrum“ nötig macht (Bath et al.
2017, 11). Wesentlich für die Rekonzeptualisierung von Verantwortung ist
nun eine Öffnungsbewegung, die der starken protokollarischen Schließung
entgegensteht, die hier im technischen Detail der JEE-Verfahren erörtert
wurde.

Response-ability is that cultivation through which we render
each other capable, that cultivation of the capacity to respond.
Response-ability is not something you have toward some kind
of demand made on you by the world or by an ethical system
or by a political commitment. Response-ability is not some-
thing that you just respond to, as if it's there already. Rather,
it's the cultivation of the capacity of response in the context of
living and dying in worlds for which one is for, with others. So
I think of response-ability as irreducibly collective and to-be-
made. (Haraway 2015, 230f.)

„Cultivating the capacity to respond“ – das ist nun genau das, worum sich
die Internationalen Gesundheitsvorschriften und Verfahren wie die JEEs
bemühen, wenn sie die Einrichtung von ‚core capacities‘ für resiliente Ge-
undheitssysteme anleiten. Der universalisierte Moralismus des geteilten
globalen Gefahrenraumes, in dem, wie Angela Merkel es formulierte, die
Leistungsfähigkeit eines nationalen Gesundheitssystems über die Sicherheit
anderer Länder entscheidet, baut auf der gewissermaßen ethischen Diagnose
irreduzibel kollektiv geteilter Verletzlichkeit auf – und überführt sie über ein
klassisches Verantwortungskonzept in technokratische Handlungsprogram-
me, die Institutionen wie Nationalstaaten als adressierbare Instanzen bezie-
hungsweise Rechtssubjekte zur Verantwortung ziehen sollen. Angesichts der
Tatsache, dass die US-Regierung unter Trump Mitte 2020 beschlossen hat,
alle Zahlungen der USA an die WHO einzustellen – also aktuell basale
Formen der internationalen solidarischen Zusammenarbeit massiv in Frage
gestellt werden –, kann es hier keineswegs darum gehen, das Konzept der
response-ability anzuführen, um diese Form der Verantwortlichkeit für ob-
solet zu erklären. Das Konzept hilft vielmehr dabei, die Ambivalenzen der
sorgenden Sicherheit von *Global Health Security* differenzierter auszuleuch-
ten.

Global Health Security gibt eine spezifische Antwort auf die Frage nach
angemessener Sorge für Verletzlichkeit. Dabei kommen zwar auch ethische
Diagnosen über geteilte Verletzlichkeit zum Tragen. Eine „ethische Haltung,
die mit ‚dem Anderen‘ als Anderem rechnet und Ereignisse als Aufruf zur Po-
litik des Komponierens versteht, keinesfalls aber ein Programm vorschreibt,
wie diese Politik umzusetzen ist“ – eine solche Haltung realisiert sich jedoch
nicht (Hoppe 2017, 24). Die Maxime der Preparedness selbst ist einer sol-
chen „Politik des Komponierens“ (ebd.) nämlich entzogen – es geht, um die

Metapher weiterzuführen, darum, ein bereits komponiertes Chorstück auf feststehende Singstimmen zu verteilen und einzuüben. Es geht nicht darum, unterschiedliche Stimmen an der Aushandlung über das komponierte Stück selbst zu beteiligen und dabei Fragen darüber zu ver-antworten, inwiefern sowohl die jeweiligen Stimmen als auch der Chor als gemeinsam Werdendes zu begreifen wäre. Demgegenüber ist der Maxime der Preparedness als spezifischer Art von Sorge und Schutz im Sinne einer völkerrechtlichen Verpflichtung nachzukommen und Verfahren wie die JEEs haben die Funktion, nationale Administrationen beziehungsweise Verwaltungspersonal auf diese normative Verpflichtung hin zu subjektivieren. Rechtsinstrumente wie die IGV und anschließende Verfahren wie die JEEs stellen unter der Prämisse von *Health Security* nach einem festgelegten Schema den individuellen Handlungsbedarf von nationalen Systemen als verfahrenstechnisch objektiviertes Faktum fest. Die „cultivation of the capacity to respond“ ist in den JEEs als die Planung von Prozessabläufen gestaltet, die vorweg schon konfiguriert sind; diese Protokollierung der *Response* in technokratischen Verfahren, die Objektivierung des Versorgungsbedarfs in numerischen Scores, entrückt die Frage nach „good care“ weitestgehend aus dem Bereich des Verhandelbaren und des Politischen. Was verhandelt werden kann, zum Beispiel während eines JEE-Verfahrens, ist lediglich die individuelle Umsetzung von Maßgaben aus den Internationalen Gesundheitsvorschriften. Ein „Tinkering“ als Praxis des „Carings“ für und mit lokalen Bedingungen und Bedürfnissen (Mol et al. 2010; Mol 2011) findet vor allem im Sinne der spezifischen Einpassung globaler Standards in ein bestehendes Gesundheitssystem statt. Obwohl es in der Evaluierung um die Einschätzung lokaler Bedarfe geht, sind die zugrundeliegenden Sorgelogiken selbst nicht Gegenstand einer nationalen, regionalen, lokalen – kurz: situierten – Verhandlung und Priorisierung von Verletzlichkeiten. Der globale Standard geht der lokalen Erueirung von Verletzlichkeit und Versorgungsbedarf immer schon voraus.

Wenn, wie oben dargestellt, die Unbedingtheit der Operationalisierung den ‚local communities‘ keinen Raum für Verhandlung gegenüber westlichem biomedizinischem Krisenmanagement lässt, Konflikte zwischen diesem und traditionellen Behandlungs- und Bestattungspraktiken eingeebnet werden, oder offensichtliche Versorgungsmissstände innerhalb der Zuständigkeiten von *Global Health Governance* anderen Ressorts zugeschoben werden,[7] dann muss die Sorge von *Global Health Security* durchaus als eine Sorge der *Nicht-Antwort* bezeichnet werden. Die Frage nach angemessener Sorge, oder die Frage, was ‚Gesundheitssicherheit‘ heißen könnte, ist im Rahmen von *Global Health Security* einer gemeinsamen Aushandlung unter ungleichen Beteiligten entzogen – und das nicht nur im akuten, dringenden Notfall, sondern auch in der Vorbereitung auf den Notfall, in der Bestimmung von Verletzbarkeit und Sorgebedarf selbst. Die Prämisse von *Global Health Security*, dass es der Vorbereitung auf einen kommenden potenziell international ausgedehnten Notfall bedarf, ist innerhalb der aktuellen Landschaft von *Global Health* nicht grundsätzlich so provinzialisierbar, wie es offensichtlich der Bedarf für fließendes Wasser in einem afrikanischen Krankenhaus ist.

Die Universalisierung und Setzung dessen, was ‚Verletzlichkeit‘ und ‚angemessene Sorge‘ meint, bleibt aber, wie oben aufgezeigt, keineswegs ungebrochen. An Beispielen wie den Angriffen in der DR Kongo wird deutlich, wie

[7] Beispielsweise den Projekten der „Universal Health Coverage“ oder des „Health System Strengthening“, wie innerhalb der „Sustainable Development Goals“.

Widerstand als Ereignis in die Sicherheitsprotokolle des Gesundheitsschutzes hereinzubrechen und ihnen als „das Andere“ gegenüberzustehen scheint (vgl. Stengers 2015); was dabei offensichtlich zum Problem wird, ist das *Nicht-Antworten* von *Global Health Security*. Die gewalttätige Ablehnung der *Response*, die Hartnäckigkeit der lokalen Gerüchte, beziehungsweise das rhetorisch bemühte Einfangen dieser Irritation des Ausbruchsmanagements in der internationalen Nachbereitung des Ebolaausbruchs, bringen unweigerlich die Frage auf, wer und was an einem Ereignis unverständlich, hinderlich, oder ‚anders‘ wird; wer dann beispielsweise mittels der Hilfe von Sozialwissenschaftler*innen und Anthropolog*innen in die von internationalen Akteuren organisierte *Response* erst ‚integriert‘ werden muss. Im Sinn eines kritischen Interesses an sorgender Sicherheit, soll hier also eine letzte Bindestrichvariation bemüht werden: Es geht entlang feministischer Ethiken der *response-ability* mit der Frage der Ver-antwortung auch um die Frage der Ver-sorgung: also wessen und welche Sorgen den Status von *Kritikalität* überhaupt erfahren können und wie darüber unter heterogenen Akteuren eine Auseinandersetzung geführt werden kann (vgl. auch Raghuram 2016).

Fazit

Einem scheinbar normativ überlegenen Bezug auf ‚care‘, als eigentlicher Form der Sorge, kann hier zusammenfassend nicht schlicht die Unangemessenheit jener Sicherheits-Orientierung gegenüber gestellt werden, die *Global Health Security* auszeichnet (anders als bspw. Brown/Stoeva 2014). Mit Blick auf die Ambivalenzen sorgender Sicherheit ist entgegen solcher Gegenüberstellungen die Feststellung möglich, dass die Biopolitik vitaler Systeme als ein Infrastrukturprojekt Versorgungsdefizite, Vorsorgebedarf und Verletzlichkeit ernst nimmt und ihnen zu begegnen versucht – allerdings nur bestimmte Verletzlichkeiten und nur in bestimmter Hinsicht. Die sorgenden Sicherheitsprogramme von *Global Health Security* mögen innerhalb der Bedingungen von postkolonialen Machtbeziehungen, internationalen ‚Entwicklungslogiken‘ und situierter finanzieller Prekarität auch für Gesundheitsverwaltungen aus Teilen des Globalen Südens strategisch nutzbar sein, beispielsweise, wenn sie ihre infrastrukturellen Verletzbarkeiten bei Geldgeber*innen als Problem der Globalen Gesundheitssicherheit plausibel machen können. Die sorgende Sicherheit von *Global Health Security* ist jedoch ein Effekt dieser komplizierten Machtbeziehungen und verbleibt selbstverständlich in deren Zugzwängen. Diese müssen wohl selbst noch stärker Teil der Auseinandersetzung werden, damit es möglich wird, ungleich geteilte Verletzlichkeit anders zu *ver-antworten*.

Danksagung

Für die Formulierung zum Problem der „Nicht-Antwort“ danke ich Katrin Meyer. Ferner sei neben den anonymen Gutachter*innen auch Andreas Folkers, Sven Opitz und Leon Wolff gedankt, die mit ihren Kommentaren den vorliegenden Artikel genauso bereichert haben wie die kontinuierlich intensiven Diskussionstreffen mit Constanze Erhard, Franziska von Verschuer und Leon Wolff.

Literatur

- Adams, V. (2016) Metrics of the global Sovereign. In: Adams, V. (ed.) *Metrics. What counts in global health*. Durham; London: Duke University Press.
- Adey, P.; Anderson, B. (2012) Anticipating emergencies: Technologies of preparedness and the matter of security. In: *Security Dialogue* 43(2): 99-117.
- Anderson, B. (2010) Preemption, precaution, preparedness: Anticipatory action and future geographies. In: *Progress in Human Geography* 34(6): 777-798.
- Aradau, C. (2010) Security that Matters. Critical Infrastructure and Objects of Protection. In: *Security Dialogue* 41(5): 491-514.
- Ärzte ohne Grenzen (2019) *DR Kongo: Ärzte ohne Grenzen muss Ebola-Hilfe im Epizentrum der Epidemie einstellen*. <https://www.msf.ch/de/neueste-beitraege/pressemitteilung/dr-kongo-aerzte-ohne-grenzen-muss-ebola-hilfe-im-epizentrum-der> (10/08/2020)
- Bashford, A. (2006) Global biopolitics and the history of world health. In: *History of the Human Sciences* 19(1): 67-88.
- Bath, C.; Meissner, H.; Trinkaus, S.; Völker, S. (2017) (eds.) *Verantwortung und Un/Verfügbarkeit. Impulse und Zugänge eines (neo)materialistischen Feminismus*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Beck, U. (1999) Weltrisikogesellschaft, ökologische Krise und Technologiepolitik. In: Beck, U.; Hajer, M.; Kesselring, S. (eds.) *Der unscharfe Ort der Politik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beisel, U. (2014) *On gloves, rubber and the spatio-temporal logics of global health*. <http://somatosphere.net/2014/10/rubber-gloves-global-health.html> (10/08/2020)
- Bowker, G.; Star, S. (2000) *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge; London: The MIT Press.
- Brassett, J; Vaughan-Williams, N. (2015) Security and the Performative Politics of Resilience. Critical Infrastructure Protection and Humanitarian Emergency Preparedness. In: *Security Dialogue* 46(1): 32-50.
- Brown, T. (2011) 'Vulnerability is universal': considering the place of 'security' and 'vulnerability' within contemporary global health discourse. In: *Social science & medicine* 72(3): 319-326.
- Brown, G.; Stoeva, P. (2014) Security from a cosmopolitan perspective. In: Rushton, S.; Youde, J. (eds.) *Routledge Handbook of Global Health Security*. London: Routledge.
- Brown, T.; Craddock, S.; Ingram, A. (2012) Critical Interventions in Global Health: Governmentality, Risk, and Assemblage. In: *Annals of the Association of American Geographers* 102(5): 1182-1189.
- Calkins, S.; Rottenburg, R. (2017) Evidence, Infrastructure and Worth. In: Harvey, P.; Jensen, C.; Morita, A. (eds.) *Infrastructures and social complexity. A companion*. Abingdon; New York: Routledge.
- Center for Disease Control (2017) *Sustaining Global Health Security is Critical to Protecting America's National Security*. <https://www.cdc.gov/media/dpk/cdc-24-7/global-health-security-eid-supplement/index.html> (12/03/2020)
- Chatham House (2016) *Global Health and Security: Combating Infectious Diseases*. www.youtube.com/watch?v=V5oUOapFGfY (12/08/2020)
- Collier, S.; Lakoff, A. (2015) Vital Systems Security: Reflexive Biopolitics and the Government of Emergency. In: *Theory, Culture & Society* 32(2): 19-51.
- Collier, S.; Kelty, C.; Lakoff, A. (2015) (eds.) *Ebola's ecologies*. Creative Commons.

- Davies, S.(2008) Securitizing Infectious Disease. In: *International Affairs* 84(2): 295-313.
- Davies, S., Kamrad-Scott, A.; Rushton, S. (2015) *Disease diplomacy - international norms and global health security*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Elbe, S. (2010) *Security and global health. Toward the medicalization of insecurity*. Cambridge: Polity.
- Fidler, D. (2005) From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. In: *Chinese Journal of International Law* 4(2): 325-392.
- Folkers, A. (2017) *Das Sicherheitsdispositiv der Resilienz*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Folkers, A.; Langenohl, A. (2020) Was ist sorgende Sicherheit? In: *Behemoth. A Journal on Civilization* 20(2).
- Forster, T.; Kentikelenis, A.; Stubbs, T.; King, L. (2019) Globalization and health equity: The impact of structural adjustment programs on developing countries. In: *Social science & medicine (1982)*: 112496.
- Foucault, M. (1992) *Was ist Kritik?* Berlin: Merve.
- Gitelman, L. (2014) *Paper knowledge. Toward a media history of documents*. Durham; London: Duke University Press.
- Gostin, L. (2016) Global Health Security After Ebola: Four Global Commissions. In: *The Milbank quarterly* 94(1): 34-38.
- Gostin, L.; DeBartolo, M.; Friedman, E. (2015) The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security. In: *The Lancet* 386(10009): 2222-2226.
- Haraway, D. (2015) Anthropocene, Capitalocene, Chthulucene. Donna Haraway in conversation with Martha Kenney. In: David, H.; Turpin, E. (eds.) *Art in the Anthropocene: Encounters among aesthetics, politics, environments and epistemologies*: 255-269.
- Haraway, D. (2016) *Staying with the trouble. Making kin in the Chthulucene*. Durham; London: Duke University Press.
- Hoppe, K. (2017) Politik der Antwort: zum Verhältnis von Politik und Ethik in Neuen Materialismen. In: *Behemoth. A Journal on Civilization* 10(1): 10-28.
- Kamradt-Scott, A. (2016) WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa. In: *Third World Quarterly* 37(3): 401-418.
- Kentikelenis, A.; King, L.; McKee, M.; Stuckler, D. (2015) The International Monetary Fund and the Ebola outbreak. In: *The Lancet Global Health* 3(2): e69-e70.
- King, N. (2002) Security, Disease, Commerce. Ideologies of Postcolonial Global Health. In: *Social Studies of Science* 32(5-6): 763-789.
- Kitchin, R.; Dodge, M.; Perkins, C. (2011) Power and Politics of Mapping. In: *The Map Reader: Theories of Mapping Practice and Cartographic Representation*. Chichester: Wiley: 387-394.
- Lakoff, A. (2017) *Unprepared. Global health in a time of emergency*. Oakland: University of California Press.
- Lakoff, A.; Collier, S. (2008) (eds.) *Biosecurity Interventions*. New York: Columbia University Press.
- Lakoff, A.; Collier, S. (2010) Infrastructure and Event. The Political Technology of Preparedness. In: Braun, B.; Whatmore, S. (eds.) *Political matter. Technoscience, democracy, and public life*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Latour, B. (2006) Drawing Things Together: Die Macht der unveränderlich mobilen Elemente. In: Belliger, A.; Krieger, D. (eds.) *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Bielefeld: transcript.
- Martin, A.; Myers, N.; Viseu, A. (2015) The politics of care in technoscience. In: *Social Studies of Science* 45(5): 625-641.
- Massumi, B. (2005) Fear (The Spectrum Said). In: *positions* 13(1): 31-48.
- McPhail, T. (2010) A Predictable Unpredictability. The 2009 H1N1 pandemic and the concept of "Strategic uncertainty" within global public health. In: *Behemoth. A Journal on Civilization* (3): 57-77.
- Menzel, A. (2020) *Widerstand und Verschwörungstheorien in der Gesundheitskrise*. <https://soziopolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/widerstand-und-verschwörungstheorien-in-der-gesundheitskrise/> (15/09/2020)
- Merry, S. (2016) *The seductions of quantification. Measuring human rights, gender violence, and sex trafficking*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Mezes, C.; Opitz, S. (2020, im Erscheinen) Die (un)vorbereitete Pandemie und die Grenzen der Preparedness – zur Biopolitik um COVID-19. In: *LEVIATHAN. Berliner Zeitschrift für Sozialwissenschaft*.
- Mol, A. (2011) *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Mol, A., Moser, I.; Pols, J. (2010) (eds.) *Care in Practice. On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: transcript.
- Nunes, J. (2016) Ebola and the production of neglect in global health. In: *Third World Quarterly* 37(3): 542-556.
- Ong, A.; Collier, S. (2005) (eds.) *Global assemblages. Technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Malden: Blackwell Publishing.
- Opitz, S. (im Erscheinen) *Protocols of Pandemic Preparedness: Soft Emergency Law in the Administration of Global Health Security*. Manuskript.
- Opitz, S. (2016) Regulating Epidemic Space. The Nomos of Global Circulation. In: *Journal of International Relations and Development* 19(2): 263-284.
- Peters, J.D. (2015) *The Marvellous Clouds. Toward a Philosophy of Elemental Media*. Chicago; London: University of Chicago Press.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017) *Matters of care. Speculative ethics in more than human worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Raghuram, P. (2016) Locating Care Ethics Beyond the Global North. In: *ACME: An International Journal for Critical Geographies* 15(3): 511-533.
- Rottenburg, R. (2002) *Weit hergeholte Fakten. Eine Parabel der Entwicklungshilfe*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Sanford, S.; Polzer, J.; McDonough, P. (2016) Preparedness as a Technology of (In)Security. Pandemic Influenza Planning and the Global Biopolitics of Emerging Infectious Disease. In: *Social Theory & Health* 14(1): 18-43.
- Stengers, I. (2015) *In catastrophic times. Resisting the coming barbarism*. Open Humanities Press.
- Thomson, M.; Kentikelenis, A.; Stubbs, T. (2017) Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations: a systematic-narrative review of their effect on child and maternal health. In: *Public health reviews* 38(13).
- Tronto, J. (1993) *Moral Boudaries. A Political Argument for an Ethic Care*. New York: Routledge.
- Weir, L. (2015) Inventing Global Health Security, 1994-2005. In: Rushton, S., Youde, J. (eds.) *Routledge Handbook of Global Health Security*. London: Routledge.

- Weir, L.; Mykhalovskiy, E. (2010) *Global Public Health Vigilance*. London: Routledge.
- Weir, L.; Mykhalovskiy, E. (2012) *Global Public Health Vigilance. Creating a World on Alert*. London: Routledge.
- Wenham, C. (2016) Ebola respons-ibility: moving from shared to multiple responsibilities. In: *Third World Quarterly* 37(3): 436-451.
- World Health Organization (2007) *Global Public Health Security in the 21st Century. Global Public Health Security*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2016) *International Health Regulations (2005)*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *Joint External Evaluation Tool 2nd Edition*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2019) *WHO Ebola responder killed in attack on the Butembo hospital*. <https://www.who.int/news-room/detail/19-04-2019-who-ebola-responder-killed-in-attack-on-the-butembo-hospital> (10/08/2020)
- Youde, J.; Rushton, S. (2014) Introduction. In: Rushton, S., Youde, J. (eds.) *Routledge Handbook of Global Health Security*. London: Routledge.
- Ziai, A. (2006) *Zwischen Global Governance und Post-Development. Entwicklungspolitik aus diskursanalytischer Perspektive*. Münster: Westfälisches Dampfboot.