

Der Ebola-Ausbruch im Vergleich: Liberia und Côte d'Ivoire

Heitz Tokpa, Katharina; Kaufmann, Andrea; Zanker, Franzisca

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GIGA German Institute of Global and Area Studies

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Heitz Tokpa, K., Kaufmann, A., & Zanker, F. (2014). *Der Ebola-Ausbruch im Vergleich: Liberia und Côte d'Ivoire*. (GIGA Focus Afrika, 9). Hamburg: GIGA German Institute of Global and Area Studies - Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien, Institut für Afrika-Studien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-406264>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Der Ebola-Ausbruch im Vergleich: Liberia und Côte d'Ivoire

Katharina Heitz Tokpa, Andrea Kaufmann und Franzisca Zanker

Laut aktuellen Angaben der WHO gibt es über 13.000 bestätigte Fälle von Ebola, hauptsächlich in Guinea, Liberia und Sierra Leone. Etwa die Hälfte der Todesfälle (2.413 von insgesamt 4.951) wird aus Liberia gemeldet (Stand: 31. Oktober 2014). Weshalb hat sich die Epidemie in Liberia so viel stärker verbreitet als in den Nachbarländern? Warum gibt es im Nachbarland Côte d'Ivoire bis Ende Oktober keinen offiziellen Fall, trotz gemeinsamer Landesgrenzen mit Liberia und Guinea sowie vieler sozialer, geographischer und kultureller Ähnlichkeiten?

Analyse

Dass Maßnahmen gegen die Verbreitung von Ebola in bestimmten Ländern nur schwer greifen, hat viele Gründe. Der wichtigste ist die Schwäche der staatlichen Einrichtungen. Ein weiterer Grund liegt im mangelnden Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Maßnahmen. In den Staaten, in denen sich Ebola rasant ausbreitet, ist die Infrastruktur weitaus schlechter ausgebaut als in Ländern, in denen die Krankheit eingedämmt werden konnte, wie Nigeria und Senegal, oder die sich trotz poröser Staatsgrenzen bis Ende Oktober vor Ebola schützen konnten, wie die Côte d'Ivoire.

- In Liberia sorgt eine hohe Anzahl internationaler Organisationen für oftmals unkoordinierte Wiederaufbauhilfe. Im Vordergrund stand bislang der Sicherheitssektor – zum Nachteil anderer Sektoren wie etwa des Gesundheitssystems.
- Langjährige negative Erfahrungen mit dem liberianischen Staat sowie zwei Bürgerkriege haben das Misstrauen zwischen Bürgern und Staatsangestellten vertieft.
- Die Côte d'Ivoire hat eine vergleichsweise solide Infrastruktur mit einer besser ausgestatteten Gesundheitsversorgung. Trotz des noch nicht lange zurückliegenden Gewaltkonflikts gibt es hier ein größeres Vertrauen in staatliche Einrichtungen und Akteure als in Liberia. Die Voraussetzungen, mit Ebola umzugehen, sind relativ gut.
- Nicht zuletzt schützt eine erprobte Kommunikationsstruktur in der Côte d'Ivoire, die während der Krisenjahre noch ausgebaut wurde, vor der Verbreitung von Ebola.

Schlagwörter: Westafrika, Côte d'Ivoire, Liberia, Ebola, soziale Infrastruktur, medizinische Versorgung, Verhältnis Bürger-Staat

Die komplexe Ausgangslage im Postkonfliktstaat Liberia

Noch Ende 2002 wurde Liberia im *Economist* als „schrecklichster Ort der Welt“ bezeichnet. Seit Anfang der 1990er Jahre war Liberia international bekannt für Kindersoldaten, zahlreiche Binnenflüchtlinge und die Verwicklung in den Kampf um „Blutdiamanten“ im Nachbarland Sierra Leone. Heute erinnern die Bilder aus dem von Ebola geprägten Liberia an kriegsähnliche Zustände: überfüllte Krankenhäuser, eine in Panik geratene Bevölkerung und geschlossene Schulen. Viele Arbeitgeber raten ihren Mitarbeitern, zu Hause zu bleiben, und internationale Organisationen und Unternehmen haben ihr Personal aus Liberia abgezogen; weil Betriebe und Organisationen nicht mehr arbeiten, entfällt oft die Entlohnung für die lokalen Angestellten.

Die Maßnahmen zur Bekämpfung von Ebola erscheinen planlos. Wie ist diese Krise in Liberia, deren Ausmaß – gemessen an Ansteckung und Sterblichkeit – viel größer ist als in den umliegenden Ländern, zu erklären? Ein differenzierter Blick auf die Region Westafrika trägt zu einem besseren Verständnis der Verbreitung des Ebola-Virus bei (Moran und Hoffman 2014). Besonders ein Vergleich der Nachbarländer Liberia und Côte d’Ivoire ist aussagekräftig, denn in der Côte d’Ivoire wurde bis Ende Oktober 2014 noch kein einziger Krankheitsfall registriert. Auch bei einer Ausbreitung des Ebola-Virus in diesem Land, die sehr wahrscheinlich ist, wären die Voraussetzungen für eine Bewältigung relativ gut.

Für die Lage in Liberia sind viele, ineinander verzahnte Elemente verantwortlich. Liberias Geschichte ist geprägt von vielen Jahrzehnten extremer Ungleichheit zwischen einer bessergestellten Gesellschaftsschicht, die über Macht, Wirtschaftskraft und Beziehungen zum Ausland verfügt und ihre Interessen oftmals mit Gewalt durchgesetzt hat, und der marginalisierten Mehrheit der Bevölkerung. Seit Gründung Liberias durch ehemalige Sklaven aus den USA im Jahr 1847 gab es hier nie einen starken Staat; landesweit funktionierende staatliche Einrichtungen fehlten immer und die Infrastruktur war immer unzureichend. Die starke Zentralisierung aller staatlichen Funktionen führte dazu, dass öffentliche Güter wie Gesundheitsversorgung und Bildungseinrichtungen nur für Eliten und nur in den wichtigsten Städten – vor allem in Monrovia – zur Verfügung standen. Die Bürgerkriege der 1990er Jahre verschärften

diese Ungleichheit zusätzlich; die Infrastruktur in den Kriegszonen wurde praktisch zerstört. Mehr als 200.000 Menschen starben in diesen Kriegen.

Nach Beendigung der Bürgerkriege wurde im Jahr 2005 Ellen Johnson Sirleaf, eine Entwicklungsökonomin mit internationalen Verbindungen, zur Präsidentin gewählt. Die ersten Jahre ihrer Regierung verliefen positiv, strukturelle Reformen wurden auf allen Regierungsebenen geplant, die Hoffnung auf eine nachhaltige Änderung war groß. Doch die Umsetzung der Maßnahmen verlief nur schleppend, teilweise gelang sie gar nicht. Das Engagement verschiedener internationaler Organisationen, wie Weltbank und Internationaler Währungsfonds, und zahlreicher privater wie staatlicher Entwicklungsorganisationen führte zu einer oftmals unkoordinierten und unstrukturierten Aufbauarbeit. Diese ausländischen Organisationen beraten, kritisieren und tragen wesentlich zur Kapazitätenbildung in verschiedenen Ministerien bei. Dies hat allerdings zu verminderter Eigenverantwortung geführt und die nachhaltige Entwicklung der neuen Institutionen beeinträchtigt. Dazu kommen erhebliche Koordinationsmängel, was sich besonders im Gesundheitssystem bemerkbar macht.

In Liberia gab es nie ein ausgebautes Gesundheitssystem. Im Jahr 1985, also vor dem Krieg, hatten nur 35 Prozent der Bevölkerung Zugang zu medizinischer Versorgung; das ganze Land verfügte nur über ein einziges öffentliches Krankenhaus, und zwar in Monrovia. Die Strukturen zur Krankenversorgung waren schon damals auf die urbanen Regionen Liberias konzentriert; nur wenige Einrichtungen – oft privat (zum Beispiel von den Bomi-Hills-Minen) oder kirchlich geführte Kliniken – befanden sich im Hinterland. Im Jahr 2008 war Liberia das Schlusslicht internationaler Statistiken zum Verhältnis von Ärzten zu Einwohnern. Ärzte waren vor allem in den Krankenhäusern Monrovias sowie in einigen Krankenhäusern regionaler Hauptstädte tätig. Als vertrauenswürdig gelten im Land vor allem Kliniken, die von internationalen Organisationen geführt werden; das gilt für die Mehrheit der Kliniken. Dazu kommt, dass viele Hochschulabsolventen, darunter viele Ärzte, während des Krieges ausgewandert sind. Eine medizinische Grundversorgung auf niedrigem Niveau wurde nach dem Krieg durch internationale Organisationen sichergestellt (Mbembe 2014). Selbst heute noch sind die Warteräume in den Kliniken in der Regel überfüllt und das Personal ist überlastet. Im ganzen Land mit vier Milli-

onen Einwohnern gab es im Jahr 2008 weniger als 60 Ärzte (siehe Tabelle 1).

Im Februar 2014 streikte das Pflegepersonal in einigen öffentlichen Gesundheitsinstitutionen. Die Beschäftigten machten auf ihre prekäre Arbeitssituation und geringe Entlohnung aufmerksam und wehrten sich gegen Kürzungen der Lohnzuschüsse. Gesundheitsminister Walter Gwenigale drohte daraufhin mit der Streichung der Gehälter für Februar und mit Entlassungen. Dies führte zu harter Kritik durch die National Health Workers Association of Liberia (NAHWAL) und die Aufkündigung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsminister; die Streiks wurden im März 2014 fortgesetzt. Gleichzeitig zirkulierten Medienberichte über erste Ebolafälle, die zunächst bestä-

Tabelle 1: Gesundheitsversorgung in Liberia und der Côte d'Ivoire im Vergleich zu Deutschland

	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Krankenpflegekräfte pro 100.000 Einwohner
Liberia	1,4	27,4
Côte d'Ivoire	14,4	48,3
Deutschland	380,6	1.148,9

Quelle: WHO, *Global Health Observatory Data Repository*, online: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>> (14. Oktober 2014); die Zahlen zu Liberia und der Côte d'Ivoire sind von 2008, die zu Deutschland von 2011.

tigt, dann von der liberianischen Regierung jedoch dementiert wurden.

Eigentlich steckte das Gesundheitssystem Liberias also schon seit langer Zeit in einer tiefen Krise. Doch erst durch die Ebola-Epidemie wurde diese Krise auch international wahrgenommen. Andere Themen hatten Vorrang, vor allem der Aufbau des Sicherheitssektors. Mit anfangs 15.000 Blauhelmsoldaten (United Nations Mission in Liberia, UNMIL) spielten die Vereinten Nationen (VN) eine wichtige Rolle im Nachkriegsliberia. Der Fokus lag vorerst auf der Demobilisierung und Reintegration von Kämpfern. Danach hatte die Reform des Sicherheitssektors höchste Priorität, vor allem der Wiederaufbau der Polizei unter Verantwortung der VN sowie der liberianischen Armee durch eine private Sicherheitsfirma im Auftrag der USA. Die zugrundeliegende und durchaus nachvollziehbare Planung sah – wie in vielen Postkonfliktsituationen – zunächst einmal die Stabilisierung des Landes vor. Doch der Fokus auf Sicherheit lenkte von anderen Problembereichen ab – vor allem von den Unzuläng-

lichkeiten im Gesundheits- und Bildungssektor. Die strukturellen Probleme Liberias sind besonders augenfällig im Vergleich zum Nachbarland Côte d'Ivoire.

Infrastruktur und Gesundheitssystem in der Côte d'Ivoire

Die längste gemeinsame Grenze teilt Liberia mit seinem östlichen Nachbarn, der Côte d'Ivoire. Auch dieser westafrikanische Staat erholt sich eben erst von einem politischen Gewaltkonflikt (2002-2011). Fast zehn Jahre lang war die Nordhälfte des Landes von Rebellen besetzt. Zuvor galt der größte Kakao-Produzent der Welt als ein wirtschaftlich äußerst erfolgreicher und politisch stabiler Ausnahmefall in Westafrika. Doch mit den sinkenden Rohstoffpreisen und Staatseinnahmen in den 1980er Jahren wurden die Untiefen im politischen System des Staatspräsidenten Félix Houphouët-Boigny erkennbar. Der Kampf um seine Nachfolge mündete in einen Gewaltkonflikt, in dem in einer ersten Phase über 7.000 Menschen und im Jahr 2011 weitere 3.000 Menschen starben. Der Konflikt verlief allerdings insgesamt weit weniger zerstörerisch als der in Liberia.

Daher kann die Côte d'Ivoire auf einer vergleichsweise soliden Infrastruktur aus der Vorkriegszeit aufbauen.

Die hohen Rohstoffpreise der 1960er und 1970er Jahre hatten dem jungen Staat zwei goldene Dekaden beschert, die das kollektive Gedächtnis bis heute prägen. Der Export landwirtschaftlicher Güter trug damals durchschnittlich zu etwa einem Drittel zum öffentlichen Budget bei. Houphouët-Boigny verfolgte eine liberale, an Frankreich orientierte Politik und zog damit ausländisches Kapital ins Land. Anders als in Liberia entstand so eine kaufkräftige Mittelschicht. In dieser Zeit wirtschaftlichen Erfolgs und politischer Stabilität wurden große Infrastrukturprojekte, auch im Gesundheitswesen, realisiert. In die Armee investierte die Regierung eher wenig, denn Frankreichs Militärbasis in Abidjan galt – zumindest bis zum Putsch Ende des Jahres 1999 – als Schutzschild der Elite vor gewaltsamen Anfeindungen.

Das staatliche Gesundheitssystem, mit Wurzeln in der Kolonialzeit, privilegierte lange den plantagenreichen Süden. Gleichzeitig wurde der

Norden strukturell benachteiligt. Die ivorische Elite förderte lieber städtische Zentren im Süden als die landesweite Gesundheitsversorgung. Statt in zwölf Regionalkrankenhäuser investierte die Regierung Houphouët in ein modernes Universitätskrankenhaus in einem der besten Wohnviertel Abidjans. Damit teilt das Land die strukturellen Probleme anderer Länder in der Region (Graber und Patel 2013). Die krisenhaften 1990er Jahre und erst recht der gewaltsame Konflikt haben der Infrastruktur des Landes stark zugesetzt. Dennoch steht die Côte d'Ivoire im regionalen Vergleich relativ gut da. Auch wohlhabendere Bevölkerungsschichten lassen sich mehrheitlich in öffentlichen und nicht in privaten Gesundheitszentren behandeln. Dies spricht für ein gewisses Vertrauen in das ivorische Gesundheitssystem. Diese deutlich besseren Startbedingungen für den Umgang mit dem Ebola-Ausbruch spiegeln sich in der Reaktion der Bevölkerung wider.

Misstrauen und Armut: Zündstoff in Liberia

Der zögerliche Wiederaufbau der letzten zehn Jahre in Liberia ist angesichts des historischen Kontextes nicht allzu überraschend. Seit 2012 gibt es eine Kommission für Verfassungsänderungsvorschläge, die umfangreiche Konsultationen mit Vertretern verschiedener Interessengruppen durchführte. Die Ergebnisse dieser Konsultationen werden – wie auch andere Reformprozesse – derzeit wegen des Ausnahmezustands im Land nicht weiter aufgearbeitet. Auch die für Oktober 2014 geplanten Senatswahlen wurden angesichts der Ebola-Epidemie verschoben.

Bislang sind die Vertreter des Staates den Bedürfnissen und Wünschen der Bürger nach Arbeitsplätzen sowie einem guten Gesundheits-, Bildungs- und Transportsystem kaum nachgekommen. Das erklärt, weshalb viele Menschen dem Staat nicht vertrauen. Vertrauen basiert auf Vertrauenswürdigkeit und gerade daran mangelt es (Hardin 2002). Wie Informationen aufgenommen werden, ist auch davon abhängig, wie glaubhaft oder vertrauenswürdig die Quelle eingestuft wird. Wenn tiefes Misstrauen verbreitet ist, setzen entweder Zweifel ein oder die Informationen werden von vornherein für falsch oder irrelevant erklärt. Fokusgruppendifkussionen von Anfang 2014 mit liberianischen Marktfrauen, Lehrern und Jugendlichen deuteten auf großes Misstrauen gegenüber den mangelhaft funktionierenden öffent-

lichen Institutionen und staatlichen Akteuren hin. Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob die lokalen Regierungsbeamten ihre Aufgaben erfüllen. Aus Sicht der Befragten erfüllten nur knapp 40 Prozent der ihnen bekannten Regierungsbeamten ihre Funktionen. Bei den Fokusgruppen mit Jugendlichen war die Einschätzung noch negativer: Danach machten nur 21 Prozent der Beamten das, was sie eigentlich machen sollten.¹ Ergänzend zu den Antworten wurde erläutert, dass für jegliche Dienstleistung bezahlt werden müsse und dass nur die Eliten profitierten. Der Mangel an öffentlich zugänglichen staatlichen Dienstleistungen führt – kombiniert mit den immer noch vorhandenen Ängsten in einer Postkonfliktgesellschaft – zu Misstrauen und fördert die Verbreitung von Gerüchten.

Daher vertrauen viele Liberianer lieber persönlichen Kontakten als Institutionen, nicht zuletzt im medizinischen Bereich. Auch dies wird mit Erfahrungen begründet, dass Patienten in staatlichen Krankenhäusern und Kliniken falsch behandelt wurden oder Personal bestochen werden musste. Seit Kriegsende kursieren zudem vielerlei Gerüchte um Missbräuche in Krankenhäusern, etwa dass man Kriegsversehrten die Hilfe verweigert habe oder dass medizinische Versuche an Menschen durchgeführt worden seien. Diese Gerüchte entspringen oft Unkenntnis und mangelnder Information und werden dadurch verstärkt, dass schwer erträgliche Erfahrungen gemacht wurden. Abgesehen von den Folgen der Kriegsgräuelt gibt es in Liberia eine große Zahl tödlicher Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose oder HIV; vermeintlich gesunde Menschen können buchstäblich über Nacht krank werden und sterben. Aus Sicht vieler Liberianer sind zudem die Behandlungskosten trotz subventionierter Gesundheitsversorgung zu hoch. Viele der anfallenden Kosten, zum Beispiel für Mahlzeiten, Transport oder Medikamente, werden auf die Angehörigen der Kranken abgewälzt. Daher werden Patienten häufig erst ins Krankenhaus gebracht, wenn es schon zu spät ist. Das große Misstrauen zeigt sich auch daran, dass die Elite des Landes sich in Krankenhäusern in Ghana, Südafrika, Europa oder den USA behandeln lässt; die lokale Bevölkerung muss mit den prekären lokalen Einrichtungen vorlieb nehmen.

¹ Siehe Zanker (2014). Fokusgruppeninterviews wurden in Monrovia (Montserrado County), Gbarnga (Bong County) und Ganta (Nimba County) zwischen Januar und Februar 2014 im Rahmen des DFG-geförderten Projekts „Local Arenas of Power-Sharing“ durchgeführt.

Die ersten Jahre des Aufbaus waren von Hoffnungen geprägt, doch was von internationalen Medien erst seit Kurzem berichtet wird, war vielen Liberianern schon lange klar: Die ineffizient arbeitende und korrupte Regierung steht der Entwicklung des eigenen Landes im Weg. Die Regierung hat die Notlage der Bevölkerung nicht registriert, was an den Ereignissen im Stadtteil West Point in Monrovia besonders deutlich wird.

West Point ist eine mit Monrovia verbundene Halbinsel. Trotz seiner zentralen Lage – ganz in der Nähe der reichsten Bezirke des Landes – wurde West Point von den Regierungen Liberias schon immer vernachlässigt. West Point hat den Ruf, ein Zentrum der Kriminalität zu sein. Gewalt ist verbreitet, seit dem Ende des Krieges vor allem geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen und Mädchen. In dem äußerst dicht bewohnten Stadtviertel mit 50.000 bis 70.000 Einwohnern gibt es bis heute kaum staatliche Infrastrukturen, keine Frischwasserversorgung und kaum sanitäre Anlagen. Das Wasser wird von jungen Männern auf Karren aus anderen Stadtvierteln herbeigebracht. Die einzige Klinik wird von der katholischen Kirche geführt. Eine Frauenorganisation kämpft seit zehn Jahren für eine dringend benötigte Ambulanz. Die Mehrheit der Westpointer bestreitet ihren Lebensunterhalt durch Kleinhandel und Fischerei.²

West-Point-Bewohner erklärten, dass der Staat im August 2014 in ihrem Stadtteil eine Ebola-Quarantänestation aufgebaut und 17 Verdachtsfälle aus Monrovia hierher gebracht habe; daraufhin habe sich Widerstand formiert: Die Quarantänestation wurde gestürmt und die 17 Patienten verschwanden. In der Folge ließ die Regierung am 20. August 2014 den Zugang zur Halbinsel West Point durch Polizei und Militär sperren. Das ganze Stadtviertel wurde unter Quarantäne gestellt. In den darauffolgenden Auseinandersetzungen fielen Schüsse, die einen 16-jährigen Jungen trafen; er starb aufgrund fehlender medizinischer Versorgung. Wegen der Abriegelung hatten die Bewohner von West Point keine Möglichkeit mehr, ihren gewohnten Tätigkeiten zur Sicherung ihrer Lebensgrundlagen nachzugehen; sogar das Fischen wurde ihnen verboten. Der Zugang zu Wasser, Le-

bensmitteln und medizinischer Versorgung war nicht mehr gewährleistet.

Der Mangel an Vertrauen in den Staat ist auch eine mögliche Erklärung dafür, dass viele Liberianer dem Ausbruch von Ebola zunächst kaum Beachtung schenkten, bis Anfang August 2014 der nationale Notstand ausgerufen wurde, viele internationale Organisationen abzogen und die Lebensmittelversorgung prekär wurde, weil Schiffe an der Einfahrt gehindert wurden. Angesichts der vielen anderen Probleme im Land konnten viele Liberianer die internationale Berichterstattung und Hysterie um Ebola nicht nachvollziehen. Zudem war es schwierig, verlässliche Informationen zu bekommen, und entsprechend kursierten zahlreiche Gerüchte. Die Regierung verbreitete anfangs widersprüchliche Aussagen. Viele Befragte äußerten, dass auch während des Krieges viele Gerüchte gestreut worden seien und dass es ihnen jetzt schwer falle, der Regierung und staatlichen Institutionen zu trauen.

Maßnahmen zur Vorbeugung in der Côte d'Ivoire

Bis Mitte Oktober 2014 war in der Côte d'Ivoire offiziell kein Fall von Ebola registriert. Das erstaunt, teilt das Land doch seine gesamte Westgrenze mit relativ stark von Ebola betroffenen Gebieten in Liberia und Guinea. Die Gründe dafür sind vielfältig und lassen sich nicht bis ins Letzte bestimmen. Der politische Gewaltkonflikt mag paradoxerweise die Côte d'Ivoire auf den Umgang mit dem Ebola-Ausbruch vorbereitet haben: einerseits durch die Praxis häufiger Informationskampagnen während des Friedensprozesses zur Vorbereitung der Wahlen von 2010 und andererseits wegen der intensivierten Grenzpatrouillen aus Angst vor Anschlägen ivoirischer Exilanten aus dem benachbarten Liberia.

In erster Linie hatte die Côte d'Ivoire aber einfach nur Glück. Denn als der Ausbruch von Ebola im März 2014 in Guinea offiziell bekannt geworden war, hatte sich der Virus noch nicht bis in die Côte d'Ivoire verbreitet. In Liberia hingegen gab es zu diesem Zeitpunkt bereits die ersten Betroffenen. Auch die ivoirische Regierung befürchtete damals, dass bereits infizierte Personen das Land betreten haben könnten, und reagierte sofort mit gezielten Sensibilisierungsmaßnahmen.

Gemischte Delegationen aus Präfekten, Beschäftigten im Gesundheitswesen und Militärs riefen im

² Siehe Kaufmann (2011a, b). Ethnographische Feldforschungen wurde in Monrovia in den Jahren 2009 bis 2013 durchgeführt, gefördert durch das vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) geförderte Forschungsprojekt „The Work of State Imageries“ der Universität Basel.

westlichen Grenzgebiet Vertreter der Lokalbevölkerung zusammen und leisteten vor Ort Aufklärungsarbeit. Seit März/April 2014 tourten mehrfach Delegationen durch die grenznahen Dörfer und hielten vor der versammelten Dorfbevölkerung Informationsveranstaltungen ab. Wie auch in anderen Gebieten dieser Region Westafrikas ist praktisch jedes Dorf und Stadtviertel in der Côte d'Ivoire nach einem einfachen, aber effektiven Prinzip organisiert, das den Informationsfluss erleichtert: Um den Dorfchef gruppiert sich ein Komitee, das sich aus Vertretern aller wichtigen sozialen Gruppen zusammensetzt, religiösen Gemeinschaften, Frauen, Jugendlichen sowie Vertretern zugezogener Bevölkerungsgruppen und einzelner Berufsgruppen. Gerade die Friedensmissionen der vergangenen Jahre haben auf diesen Strukturen aufgebaut und sie weiter institutionalisiert. Der Staat, lokale und internationale Nichtregierungsorganisationen sowie die Chefs selbst machen rege von diesen Kanälen Gebrauch. Gelingt es, die Vertreter der einzelnen sozialen Gruppen zu überzeugen und ihr Vertrauen zu gewinnen, ist die Wahrscheinlichkeit relativ groß, dass die Informationen in den Gruppen weitergegeben werden, und zwar in verständlicher Sprache. Vertraute Personen und bewährte Strukturen schaffen eine vertrauensvolle Kommunikationsbasis, was die Aufnahme und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen erleichtert. Im Rahmen des Friedensprozesses ist diese Form des Informationsaustauschs in letzter Zeit besonders oft gefragt und gefordert gewesen.³

Die Sensibilisierungskampagnen wurden in den Monaten August/September 2014 wiederholt, als sich Ebola-Infektionen in den Nachbarländern massiv ausgebreitet hatten. Seit Anfang September 2014 gibt es außerdem spezielle Beobachtungskomitees unter der Leitung der Unterpräfekten, die die Situation vor Ort überwachen. Unter der Leitung des Premierministers (und unter Beteiligung von ausländischen Diplomaten und Vertretern internationaler Institutionen) tagt wöchentlich ein nationales Konsortium, das Entscheidungsbefugnisse hat.

³ Siehe Heitz Tokpa (2013). Die Forschungen wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Regaining Trust in Post-Conflict Societies“, unterstützt vom Schweizerischen Nationalfonds, durchgeführt (Universität Basel).

Sicherung poröser Grenzen?

Sowohl Liberia als auch die Côte d'Ivoire haben im August die Schließung ihrer Grenzen angeordnet. Angesichts der Tatsache, dass sich die porösen Grenzen Westafrikas gar nicht hermetisch schließen lassen, wurden diese Anordnungen in der Berichterstattung vielfach kritisiert (Scheen 2014).

De facto bedeutet die Schließung der Grenzen wohl eher ein engmaschigeres Kontrollieren. In der Côte d'Ivoire wird die Grenze zu Liberia bereits seit drei Jahren vom Militär stark kontrolliert. Seit der Amtsübernahme des neuen Präsidenten, Alassane Ouattara, wurden wiederholt grenznahe Armeeposten Cote d'Ivoires angegriffen. Nach dem Tod von sieben aus dem Niger stammenden Blauhelmsoldaten im Juni 2012 fand die prekäre Sicherheitslage entlang der ivoirisch-liberianischen Grenze internationale Aufmerksamkeit. Aufgrund der Unsicherheit kann davon ausgegangen werden, dass unkontrollierte Grenzübertritte an dieser Grenze in letzter Zeit eher selten waren. Seit dem Ausbruch von Ebola sind zudem auf der ivoirischen Seite des Grenzflusses viele Pirogen von Soldaten entweder angekettet oder zerstört worden.

Die wöchentlichen Markttag entlang der Grenzen sind wegen der Bedrohung durch Ebola vorerst untersagt worden. Personenkontrollen an Busbahnhöfen haben zugenommen. Wer einen liberianischen Pass hat, muss sich Fragen über Einreisedaten gefallen lassen. In den Grenzregionen zu Liberia werden die Gesundheitsvorschriften strenger angewandt als in Abidjan, wo man sich zur Begrüßung weiterhin die Hand gibt. Lokale Restaurants, in denen Wild (das plötzlich offiziell zum Ebola-Überträger erklärt wurde) zubereitet wird, wurden geschlossen; wer sich nicht daran hält, muss mit zum Teil drakonischen Strafen rechnen.

Was jedoch wirksamer erscheint als die staatlichen Sanktionen sind soziale Kontrollen. Mit möglichen Ebola-Infizierten wollen die meisten Menschen nichts zu tun haben. Wer von jenseits der Grenze kommt, muss mit Ächtung und Überstellung an die Behörden rechnen. Den Erklärungsmodellen westlicher Medizin wird je nach Bildungshintergrund mehr oder weniger geglaubt. Auf Nachfrage bei einem Beamten, ob es stimmt, dass es in Toulépleu einen ersten Fall von Ebola gegeben habe, bekamen die Autorinnen die nüchterne Antwort, nur wenn es die WHO bestätigt habe. Auch in der Côte d'Ivoire macht allerdings die eine oder andere Verschwörungstheorie die Runde: Guinea habe die Krankheit von den Weißen

bekommen, weil deren Regierung nicht mit den westlichen Firmen zusammenarbeiten wolle. In der Côte d'Ivoire wähnt man sich in Anbetracht dieses Erklärungsmodells derzeit mit Präsident Ouattara auf der sicheren Seite.

Mehr Vertrauen durch Militarisierung?

Der Ebola-Ausbruch trifft in Liberia mit einem maroden Gesundheitssystem zusammen und auf eine Bevölkerung, die sich in der Vergangenheit nur in Ausnahmefällen auf den Staat und dessen Akteure verlassen konnte. Die Erfahrung jahrzehntelanger Diskriminierung und Ausgrenzung und von 14 Jahren Unruhe und Bürgerkrieg hat bei vielen Liberianern den Eindruck hinterlassen, dass sie selbst für den Staat keine Priorität haben.

Auch die Bürger der Côte d'Ivoire waren von der politischen Elite in den letzten beiden Jahrzehnten tief enttäuscht. Dennoch ist es gelungen, einen gewissen Dienstleistungsstandard aufrechtzuerhalten. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Land ganz von der Viruserkrankung verschont bleibt, ist wohl eher gering, nicht nur wegen der Wiederaufnahme des Luftverkehrs aus Solidarität mit den von Ebola betroffenen Ländern in der zweiten Oktoberhälfte 2014. Die eigentliche Bewährungsprobe des Gesundheitssystems wird dann kommen, wenn die ersten Ebolafälle auftreten.

Mit den ersten Erkrankungen in Spanien und in den Vereinigten Staaten ist die internationale Aufmerksamkeit weiter gestiegen. Komplexe Vorgehensschichten werden in den Medien oft übergangen. Der Vergleich von Liberia und der Côte d'Ivoire zeigt, dass Finanzhilfen aus dem Ausland allein nicht die Lösung für die Eindämmung von Ebola und den Aufbau von Gesundheitssystemen sind. Deutschland schickt militärische und zivile Freiwillige (Bundeswehr und Deutsches Rotes Kreuz) in die Region, US-Soldaten sind schon da, britische Soldaten kommen demnächst. Sicherlich sind Sofortmaßnahmen – wie der Aufbau von Feldlazaretten, die Verbesserung der Koordination und die Ergänzung des medizinischen Personals vor Ort – wichtig. Längerfristig wird eine weitere Militarisierung der Region durch ausländische Truppen allerdings weder zu mehr Vertrauen in den eigenen Staat noch zu einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitswesens führen. Nur der Aufbau einer verlässlichen Gesundheitsversorgung kann einen grundsätzlichen Abbau des Misstrauens in der Bevölkerung bewirken.

Literatur

- Graber, Sabrina, und Preeti Patel (2013), Tracing Health System Challenges in Post-Conflict Côte d'Ivoire from 1893 to 2013, in: *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 8, 6, 698-712.
- Hardin, Russell (2002), *Trust and Trustworthiness*, New York: Russell Sage Foundation.
- Heitz Tokpa, Katharina (2013), *Trust and Distrust in Rebel-Held Côte d'Ivoire*, Dissertation, Universität Basel.
- Kaufmann, Andrea (2011a), Mobilizing for Improvement: An Empirical Study of a Women's Movement in West Point, Liberia, in: *Stichproben. Wiener Zeitschrift für kritische Afrikastudien*, 20, 163-188.
- Kaufmann, Andrea (2011b), "But things are coming small small, that's how we're seeing it": Agency of a Liberian Women's Organisation in a Context of Insecurity, Scarcity, and Uncertainty, *Basel Papers on Political Transformations*, 2, Universität Basel.
- Mbembe, Achille (2014), Interview: Ebola ist wie wir: mobil, in: *Die Zeit*, 43, 16. Oktober.
- Moran, Mary, und Danny Hoffman (2014), Introduction: Ebola in Perspective, in: *Cultural Anthropology Online*, online: <www.culanth.org/files/idsights/586-introduction-ebola-in-perspective> (14. Oktober 2014).
- Scheen, Thomas (2014), Der Tod kennt keine Grenzen, in: *Frankfurter Allgemeine*, 6. August, online: <www.faz.net/aktuell/politik/ausland/afrika/ebola-der-tod-kennt-keine-grenzen-13084629.html> (26. Oktober 2014).
- The Economist* (2002), The World in 2003: The World's Worst: Liberia, November.
- Zanker, Franzisca (2014), Monrovia is not Liberia: A Rocky Path towards Decentralisation, in: *Conflict Trends*, 2014, 3, 10-16.

■ Die Autorinnen

Katharina Heitz Tokpa, Dr. des., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und arbeitet derzeit im DFG-geförderten Projekt „Creativity and Constraint on African State Boundaries“ (SPP 1448). Sie hat an der Universität Basel in Sozialanthropologie promoviert.

E-Mail: <katharina.heitz.tokpa@ethno.uni-freiburg.de>, Webseite: <<https://uni-freiburg.academia.edu/KatharinaHEITZTOKPA>>

Andrea Kaufmann, Dr. des., arbeitet derzeit als „Associate Expert Gender“ beim United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Sie hat an der Universität Basel in Sozialanthropologie promoviert.

E-Mail: <kaufmann@unrisd.org>, Webseite: <<http://unrisd.academia.edu/AndreaKaufmann>>

Franziska Zanker, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am GIGA Institut für Afrika-Studien und arbeitet derzeit im DFG-geförderten Projekt „Local Arenas of Power Sharing“ (SPP 1448). Sie promoviert an der Universität Tübingen.

E-Mail: <franzisca.zanker@giga-hamburg.de>, Webseite: <www.giga-hamburg.de/team/zanker>

■ GIGA-Forschung zum Thema

Das unter dem Schwerpunktprogramm 1448 von der DFG geförderte Projekt „Local Arenas of Power-Sharing“, geleitet von Andreas Mehler (GIGA) und Denis Tull (SWP), untersucht die Dynamik von Machtteilung und Friedenskonsolidierung in Postkonfliktländern, unter anderem auch in Liberia. Giulia Piccolino, eine von der Alexander von Humboldt-Stiftung geförderte Gastwissenschaftlerin am GIGA, arbeitet unter anderem zur Konflikttransformation in der Côte d’Ivoire.

■ GIGA-Publikationen zum Thema

Heitz, Kathrin (2009), Power-Sharing in the Local Arena: Man – a Rebel-Held Town in Western Côte d’Ivoire, in: *Africa Spectrum*, 44, 3, 109-131, online: <www.africa-spectrum.org>.

Simons, Claudia, und Franziska Zanker (2013), *Die Polizeireform in den Postkonfliktstaaten Burundi und Liberia*, GIGA Focus Afrika, 5, online: <www.giga-hamburg.de/giga-focus/afrika>.

Zanker, Franziska (2011), *Liberia: Gescheiterte Verfassungsänderung – erfolgreiche Wahlen?*, GIGA Focus Afrika, 5, online: <www.giga-hamburg.de/giga-focus/afrika>.



Der GIGA *Focus* ist eine Open-Access-Publikation. Sie kann kostenfrei im Netz gelesen und heruntergeladen werden unter <www.giga-hamburg.de/giga-focus> und darf gemäß den Bedingungen der *Creative-Commons-Lizenz Attribution-No Derivative Works 3.0* <<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/de/deed.en>> frei vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies umfasst insbesondere: korrekte Angabe der Erstveröffentlichung als GIGA *Focus*, keine Bearbeitung oder Kürzung.



Das GIGA German Institute of Global and Area Studies – Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien in Hamburg gibt *Focus*-Reihen zu Afrika, Asien, Lateinamerika, Nahost und zu globalen Fragen heraus. Ausgewählte Texte werden in der GIGA *Focus* International Edition auf Englisch und Chinesisch veröffentlicht. Der GIGA *Focus* Afrika wird vom GIGA Institut für Afrika-Studien redaktionell gestaltet. Die vertretenen Auffassungen stellen die der Autoren und nicht unbedingt die des Instituts dar. Die Autoren sind für den Inhalt ihrer Beiträge verantwortlich. Irrtümer und Auslassungen bleiben vorbehalten. Das GIGA und die Autoren haften nicht für Richtigkeit und Vollständigkeit oder für Konsequenzen, die sich aus der Nutzung der bereitgestellten Informationen ergeben. Auf die Nennung der weiblichen Form von Personen und Funktionen wird ausschließlich aus Gründen der Lesefreundlichkeit verzichtet.

Redaktion: Robert Kappel; Gesamtverantwortlicher der Reihe: Hanspeter Mattes; Lektorat: Ellen Baumann; Kontakt: <giga-focus@giga-hamburg.de>; GIGA, Neuer Jungfernstieg 21, 20354 Hamburg

GIGA *Focus*
German Institute of Global and Area Studies
Institut für Afrika-Studien

IMPRESSUM