



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Der ORF und der „kranke Kontinent“. Alte Stereotype in
neuer Berichterstattung

verfasst von / submitted by

Sonja Steinbauer, BA BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 581

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Theater-, Film- und Mediengeschichte

Betreut von / Supervisor

Mag. Dr. habil. Ramón Reichert

Danksagung

Ich bedanke mich bei meinem Betreuer für die helfenden Anmerkungen und bei meiner Familie, meinem Partner und meinen Freunden für ihren Beistand. Im Besonderen bedanke ich mich bei meiner Schwester für ihre hilfreichen Anmerkungen und ihren Zuspruch.

Darüber hinaus möchte ich den ORF selbst hervorheben. Ohne Zugang zum Archivcomputer in der Fachbereichsbibliothek für Zeitgeschichte und den dadurch gewährleisteten Zugriff auf alle für mich relevanten Daten, hätte sich die Aufarbeitung dieser Thematik um einiges schwieriger gestaltet. Aufgrund dessen ergibt sich die Möglichkeit, gängige Deutungen und in der Medienberichterstattung tradierte Zuschreibungen genauer zu beleuchten und zur Diskussion zu stellen. Ich möchte mich dafür bedanken, dass der Zugang zu diesen Daten auch ermöglicht wird, wenn dies mit Kritik verbunden ist, wie im Falle meiner Masterarbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Das Konstrukt des „kranken Kontinents“	11
a. Seine UrheberInnen	12
b. Seine Entstehungsgeschichte	19
c. Die Hierarchisierung von Heilungskompetenzen	32
3. Koloniale Stereotype in modernen Theorien	43
a. Stereotype und die Eigenheiten von Fernsehbildern	44
b. Stereotype in Sprache und Bild	47
c. Stereotype und die Inszenierung von Krankheit, Degeneration und Hilfeleistungen	50
d. Stereotype und <i>Othering</i>	55
4. Der ORF und der „kranke Kontinent“	65
a. Dramatisierungstendenzen in der Berichterstattung	67
b. Inszenierung von Männlichkeit, Weiblichkeit und Masse	70

c. Die Inszenierung von HelferInnen und Hilfsbedürftigkeit	76
d. Die Frage nach der Bedrohung Europas	81
e. Zahlen, Daten und Expertenwissen	84
f. Der „kranke Kontinent“	86
5. Conclusio	93
6. Quellenverzeichnis	99
a. Sekundärquellen	99
b. ORF-Fernsehberichte	106
7. Abstracts	109
a. Deutschsprachiges Abstract	109
b. Englischsprachiges Abstract	110

1. Einleitung

Vor allem ab der Mitte des Jahres 2014 wurde von österreichischen Medienformaten, wie dem ORF¹ immer wieder über die Ebola-*Epidemie* in Westafrika berichtet.² Mit der Art der Berichterstattung von ORF 1 und ORF 2 werden allerdings auch einige im Zuge des Kolonialismus entstandene Stereotype reproduziert.³ Ziel dieser Arbeit ist es, diese anhand einer Medienanalyse deutlich zu machen.

Dabei sind drei Grundfragen zentral: Erstens, wird durch die mediale Berichterstattung ganz Afrika als „kranker Kontinent“ stereotypisiert? Hierbei möchte ich anmerken, dass in dem von mir herangezogenen Zeitraum vom 27. Juni bis zum 5. August lediglich in den Ländern Sierra Leone, Guinea und Liberia dokumentierte Krankheitsfälle auftraten.⁴ Zweitens, geht mit dem Stereotyp des „kranken Kontinents“ eine suggerierte Bedrohung Europas einher? Dies mündet oftmals in der Frage, wie „wir“ uns davor schützen können. Diese Abgrenzung zwischen „uns“ und „den anderen“ zieht sich durch große Teile der *Eboladebatte* bzw. durch die mediale Berichterstattung. Hierbei handelt es sich um Form des *Othering*, welche im Zuge meiner Analyse genauer herausgestellt werden soll. Drittens, wird durch den immer wiederkehrenden Verweis auf die „Hilfe von außen“⁵ eine medizinische Hierarchie von Heilungs- und Problemlösungskompetenzen impliziert, in welcher die westlichen (von *Afrika*⁶ aus gesehen nördlichen) Lösungen eindeutig an der Spitze stehen?

Durch mediale Berichterstattung werden viele angebliche Charakteristika für das Konstrukt *Afrika* generiert. Darüber hinaus erwecken diese Bilder den Eindruck, als wären die darin implizierten Stereotype nicht nur von temporärer Aktualität, sondern allgemein und für einen sehr längeren Zeitraum gültig.⁷ Einige dieser Konstruktionen werden auch in den von mir analysierten Formaten weitergetragen. Einen besseren

¹ Die Abkürzung ORF steht für „Österreichischer Rundfunk“. ORF 1 und ORF 2 sind öffentlich-rechtliche Fernsehkanäle.

² Bspw. ORF-Fernseharchiv *Heute Mittag*: 29.07.2014./ ORF-Fernseharchiv *Heute-Leben*: 31.07.2014./ ORF-Fernseharchiv *Steiermark Heute*: 05.08.2014./ ORF-Fernseharchiv *ZIB 13:00*: 02.08.2014./ u.a.

³ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 2.

⁴ Mit dieser Annahme soll keineswegs die Tragik oder Schwere von Ebola und die damit verbundenen Implikationen für die Betroffenen geschmälert werden. Ich konzentriere mich ausschließlich auf Stereotype, welche durch die Berichterstattung des ORF generiert bzw. weitergetragen werden.

⁵ „Hilfe von außen“ ist hier zu verstehen als Hilfe aus Ländern der nördlichen Hemisphäre, die außerhalb *Afrikas* liegen.

⁶ Im Folgenden werden alle Begriffe kursiv gesetzt, die auf Verallgemeinerungen beruhen bzw. sich aus verschiedenen Zuschreibungen konstruieren und dementsprechend keine Realen Entsprechungen haben.

⁷ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 2.

Einblick in die Wirkungsweise und Implikationen von derartigen Zuschreibungen in Bezug auf *Afrika* illustriert Rijpma:

„The common man in Africa is poor and hungry, and runs the risk of dying from disease, want, hunger, accidents and murder. He does not live long, fifty years at most. More than half of the many children still die before their fifth year from infections and lack of food.

As long as the population continues to grow rapidly while food production lags behind, relatively or absolutely, hunger and death will prevail.

Formerly there were also terrible diseases, famines, poverty tribal wars and slave-trading, and that remains so, except the tribal fighting: that has become genocide.

Between the past and the present lay a short spell of peace when the continent was pacified by European powers, when schools were set up to teach people and when businesses and administrative systems were established and hospitals founded. People like Albert Schweitzer were the first to do anything about the alarmingly high death rate. That time has gone.“⁸

Wie dieses Zitat deutlich macht, handelt es sich hierbei um Stereotype ohne bestimmte zeitliche Einordnung. Allerdings ist das Konstrukt des „kranken Kontinents“ ist keine Zuschreibung, die sich erst in der gegenwärtigen Berichterstattung entwickelt hat. Vielmehr handelt es sich dabei um ein Konglomerat aus Charakteristiken, die bereits von kolonialen AkteurInnen genutzt und verbreitet wurde. Aus diesem Grund erachte ich es als unumgänglich, meine weiteren Betrachtungen und Analysen auf einer historischen Basis aufzubauen. Im Zuge dessen die UrheberInnen des „kranken Kontinents“, die Entstehungsgeschichte desselben und die damit einhergehende Hierarchisierung von Heilungs- und Problemlösungskompetenzen genauer betrachtet.

Historisch betrachtet wurden *afrikanische*⁹ Heilungspraktiken von europäischen Beobachtern außerhalb der westlichen Definition von Medizin platziert.¹⁰ Bereits hier zeigt sich eine Hierarchisierung angeblicher Problemlösungskompetenzen im medizinischen Bereich.¹¹ So verweist auch Vaughan darauf, dass sowohl im späten 20. Jahrhundert wie im späten 19. Jahrhundert in der europäischen Vorstellung des weißen Arztes im schwarzen („dunklen“) Afrika eine häufige Imagination ist.¹² Diese Konstruktion wird in den von mir betrachteten Nachrichtenformaten weitergetragen,

⁸ Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 2.

⁹ Das Wort „afrikanisch“ bezieht sich hier auf eine von Europäern imaginierte Gesamtheit des afrikanischen Kontinents. In Afrika praktizierte Praktiken der Heilung sind damals wie heute heterogen und vielfältig und unterscheiden sich teilweise stark voneinander. Zusätzlich ist jede Form von Medizin, die in Afrika von afrikanischen Krankenpflegern, Ärzten und medizinischen Assistenten praktiziert wird, als „afrikanische“ zu verstehen (Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 25).

¹⁰ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 267.

¹¹ In Bezugnahme auf ORF-Berichte von 2014 möchte ich klarstellen, dass ich keinesfalls an der Wichtigkeit von westlichen (nördlichen) Helfern und Lösungsvorschlägen rütteln möchte; allerdings kritisiere ich die mediale Darstellung dieser Vorgehensweise als einzige, auf die in den Nachrichtenformaten Bezug genommen wird.

¹² Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 1.

allerdings handelt es sich hierbei nicht um eine Trennung bezüglich Hautfarbe, sondern eine Differenzierung anhand von Nationalstaatlichkeit.¹³

Die vergleichsweise wenigen kolonialen Quellen, die sich mit Medizin auseinandersetzen, werden klar von der Geschichte der westlichen (nördlichen) Medizin dominiert.¹⁴ So fokussierte die tropische Medizin zur Zeit des Kolonialismus auch vor allem auf europäische Gesundheit.¹⁵ Im 19. Jahrhundert wurden Krankheiten von AfrikanerInnen oft mit dem Ziel studiert, dieses Wissen auf Europa anwenden zu können.¹⁶ Zusätzlich ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass die Thematik Medizin an sich auch immer im Kontext von *Modernität* und *Fortschritt*¹⁷ steht.¹⁸ Unter diesen Gesichtspunkten wurde *Afrika* als Ort für Tod, Krankheiten und Degeneration konstruiert.¹⁹ Diese fatalistischen Darstellungen werden auch heute noch in medialen Diskursen – wenn auch auf andere Art und Weise – weitervermittelt.²⁰ Entgegen vieler gängiger Darstellungen ist keineswegs anzunehmen, dass Afrika bereits in präkolonialer Zeit als krankheitsverseuchter, „dunkler“ Kontinent galt. In Bezug auf Krankheiten und deren Geschichte ist es von Nöten, sich nicht nur auf individuelle Pathologie zu fixieren, sondern auch politische und soziale Gesichtspunkte miteinzubeziehen.²¹ Darüber hinaus ist eine Betonung der immer wiederkehrenden Konstruktion des „Fremden“ zentral. Diese Trennung des „Anderen“ und des „Selbst“ ist bereits in kolonialen Diskursen omnipräsent.²²

Was die Literaturgrundlage zu diesem Abschnitt meiner Arbeit betrifft, gibt es zahlreiche Werke zu Gesundheit im präkolonialen *Afrika* und der Entstehung des Konstruktes des „kranken Kontinents“. Als besonders relevant empfinde hierbei das Buch von Vaughan *Curing Their Ills*. Darüber hinaus ist es von Nöten, den in diese Thematik einfließenden Machtdiskurs genauer zu beleuchten.

¹³ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014 / Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 03.08.2014. / Vgl. *ZIB Flash 3* vom 03.08.2014. / Vgl. *ZIB 20* vom 03.08.2014. / Vgl. *ZIB 2* vom 05.08.2014. / Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 03.08.2014. / Vgl. *ZIB Flash 3*, 03.08.2014 / Vgl. *ZIB 20*, 03.08.2014.

¹⁴ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 268.

¹⁵ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 272.

¹⁶ Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 201.

¹⁷ Vor allem die Biomedizin steht immer wieder in einem die Effekte der „Modernisierung“ betreffenden Diskurs (Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 202).

¹⁸ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 273 / Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 202.

¹⁹ Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 2.

²⁰ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 2.

²¹ Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 5.

²² Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 12.

Aufbauend auf dieser historischen Grundlage folgt einerseits eine theoretische Betrachtung des Stereotypbegriffs in Verbindung mit Fernsehberichterstattung im Allgemeinen, andererseits kommt allerdings den im vorhergehenden Kapitel hervorgehobenen kolonialen Zuschreibungen besondere Aufmerksamkeit zu. Im Zuge dessen werden sowohl die Eigenheiten von Fernsehbildern, die Möglichkeiten von sprachlicher und bildlicher Inszenierung und das In-Szene-Setzen von Hilfeleistungen, Krankheit und Degeneration behandelt. Darüber hinaus liegt ein besonderer Schwerpunkt, der sich durch alle Teile dieser Arbeit zieht, ist die Konstruktion eines „Fremden“.

Diese besonders relevante Abgrenzung eines „Anderen“ und eines „Selbst“, sogenanntes *Othering*, wird auch im Zuge von Fernsehberichterstattung immer wieder deutlich. Durch Fernsehbilder wird ein Innen und Außen der Gesellschaft konstruiert. Die Differenz stellt sich auf der elementar-ideologischen Achse „wir“ gegen „sie“ dar. Diese Trennung wird anhand von mehreren Zuschreibungen sichtbar.²³ Basierend auf einer genaueren Beschreibung der Eigenheiten von Fernsehbildern werden im weiteren Verlauf theoretische Konzepte bzw. Zuschreibungen und Stereotype herausgestellt, die zur Analyse der Abgrenzung zwischen einem „Selbst“ und einem „Anderen“ dienen. Diese Differenzierung wird sowohl auf sprachlicher als auch auf bildlicher Ebene hervorgehoben.

Besonders hervorzuheben in diesem Teil meiner Arbeit Werke zu den Themen Flucht und Migration in der deutschen Fernsehberichterstattung wie *Flucht Asyl und Einwanderung im Fernsehen* von Thiele oder *Migrantinnen in den Medien* von Lüneborg, Fritsche und Bach. Diese sind trotz abweichender Fragestellung eindeutig von Nutzen für eine theoretische Grundlage zur genaueren Betrachtung des „kranken Kontinents“. Quellen mit diesem thematischen Bezug weisen auffallende Übereinstimmungen bezüglich gängiger Inszenierungsmuster in Fernsehberichten auf. Nichtsdestotrotz sind in diesem Kapitel auch AutorInnen zentral, die sich mit kulturellen Zuschreibungen selbst oder Stereotypen in Verbindung mit *Afrika* beschäftigen. Weiters werden auch Quellen miteinbezogen, die sich mit Zuschreibungen und der Konstruktion des „Anderen“ und „Fremden“ im Allgemeinen beschäftigen. Da es hier gleichzeitig auch um eine Abgrenzung zwischen *Europa* und

²³ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 168-169.

Afrika geht, fließt auch eurozentrismuskritische Literatur ein. Vor allem in diesen Bereichen liegt eine breite Literaturgrundlage vor.

Die Konstruktion *Afrika* wird seit der Kolonialzeit immer wieder als „dunkler“ und „kranker“ Raum dargestellt. Diese Zuschreibung findet, getragen von medialen Diskursen, nach wie vor Eingang in aktuelle Debatten und Diskurse. Dies wird vor allem anhand der Ebola-Berichterstattung des ORF Mitte des Jahres 2014 illustriert. Ziel meiner Arbeit wird es sein, Bezüge zwischen aktuellen Thematiken und Vorgängen und historischen Ereignissen und Theorien aufzuzeigen. Hierfür wird zuerst in die verwendete Methodik genauer beleuchtet und darauf aufbauend wird auf den Inhalt eingegangen. Als besonders relevant erachte ich hierbei etwaige Dramatisierungstendenzen in der Berichterstattung, genderspezifische Inszenierungsformen bzw. die Darstellung von großen Gruppen und damit verbundenen Konnotationen, das In-Szene-Setzen der HelferInnen und der Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen, die suggerierte Bedrohung *Europas*, immer wieder auftretende Verweise auf angebliches Expertenwissen und die Konstruktion des „kranken Kontinents“.

Der Schwerpunkt meiner Arbeit liegt auf einer (sprachlichen wie bildlichen) Medienanalyse von ORF 1- und ORF 2-Formaten, die in Verbindung mit dem Ebola-Virus im Zeitraum von 27. Juni bis 5. August 2014 stehen. Dabei werden aufgrund dieser Berichterstattung generierte bzw. weitergetragene Stereotype herausgestellt. Besondere Beachtung schenke ich hierbei bildtechnischen Verfahren und der sprachlichen Analyse der Fernsehberichte. In meiner Arbeit beziehe ich mich ausschließlich auf „dokumentarische“ Nachrichtenformate.

Zusätzlich zu dieser Analyse werden parallel auch immer wieder kolonialgeschichtliche Bezüge herausgestellt und somit der Ursprung dieser Zuschreibungen genauer beleuchtet. Wie bereits aus dem voranstehenden Satz hervorgeht, treffe ich keinerlei räumliche Einschränkungen bezüglich der Quellen bezüglich kolonialer Praktiken, obwohl sich die Berichterstattung in Bezugnahme auf Ebola 2014 lediglich auf westafrikanische Länder erstreckt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich das Stereotyp von *Afrika* als „kranker Kontinent“ auf den gesamten afrikanischen Raum bezieht und nicht bloß auf einzelne Regionen. Ich argumentiere somit gegen eine allgemeine, durch mediale Berichterstattung weitergetragene Zuschreibung. Darüber hinaus stellen oftmals auch die zitierten AutorInnen selbst die herausgestellten

Zuschreibungen allgemein bzw. auf ganze Gruppen oder den gesamten Kontinent bezogen dar.²⁴

Die angeblichen Charakteristika sollen in meiner Arbeit dekonstruiert und mit historischen Fakten kontrastiert werden. Hierbei geht es sowohl um das Stereotyp *Afrikas* als „kranker Kontinent“ als auch um die Ursprünge dieser Zuschreibung und damit einhergehend eine Darstellung der präkolonialen Verhältnisse. Zudem wird dieser Themenkomplex im Kontext von *Othering*, also der Konstruktion eines „wir“ in Abgrenzung zu „den anderen“, genauer beleuchtet.

²⁴ Bspw. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen* oder Wischermann / Thomas, „Medien – Diversität – Ungleichheit: Ausgangspunkte“ oder Moos, *Die Afrika-Berichterstattung des deutschen Fernsehens* 71-75.

2. Das Konstrukt des „kranken Kontinents“

Die Wahrnehmung *Afrikas* als „krank“ oder als ein von mannigfaltigen Leiden heimgesuchter Ort ist keinesfalls eine Zuschreibung neuer Medien wie Fernsehberichten oder Radioreportagen. Viel eher bildete sich diese Verbindung schon in Kolonialzeit durch Aktionen und Interaktionen verschiedenster AkteurInnen und deren Geisteshaltung. Besonders wichtig in Verbindung mit dieser Thematik ist das Bewusstsein, dass es sich bei den Themen Krankheit und Gesundheit nie nur um Todes- oder Krankheitszahlen selbst handelt, sondern diese Gebiete auch immer in Zusammenhang mit einem spezifischen historischen Kontext und sozialen Machtgefügen zu sehen sind. Davon ausgehend kann Medizin als imperiales Machtinstrument bezeichnet werden.²⁵ Als dieses sind ihr verschiedene Hierarchisierungskonzepte eingeschrieben und sie ist von einer bestimmten Weltanschauung geprägt. Auf dieser Basis ist es von Nöten, die Überlieferungsstrategien einzelner Konstrukte, hier im Speziellen das des „kranken Kontinents“, genauer zu beleuchten. Darauf aufbauend ist für mich eine Frage relevant, die Pratt zu Beginn ihres Buches *Imperial Eyes* stellt: Wie gelang es kolonialer Reise- und Forschungsliteratur von EuropäerInnen „den Rest der Welt“ für ihre Leserschaft zu *produzieren*?²⁶ Bereits diese Themenstellung weist auf ein mit den Gebieten Krankheit und Gesundheit eng verknüpftes Phänomen hin: *Othering*, also die Konstruktion eines *subjektiven* „anderen“ in Abgrenzung zu einem „selbst“.²⁷ Unter diese Überthematik fällt auch das Stereotyp des „kranken Kontinents“. Denn auch diese von kolonialen AkteurInnen generierte Verknüpfung impliziert das Vorhandensein von etwas „Fremden“ und von der „gesunden Norm“ Abweichendem.

„The evolution of health cannot be separated from the broader story of social change. The political and economic forces which shaped the continent's history also established the framework within which patterns of diagnosis and treatment, health and disease, emerged.“²⁸

Im Folgenden geht es vor allem darum, herauszustellen, wie diese Verbindung zwischen Krankheit und *Afrika* entstanden ist und wer die UrheberInnen derselben sind. Mit dieser Historisierung geht eine Darstellung präkolonialer Verhältnisse einher und dem damit in Zusammenhang stehenden Umgang seitens der KolonisorInnen mit indigenen Heilungspraktiken und Systemen. Im Zuge dessen gebe ich einen

²⁵ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 272.

²⁶ Vgl. Pratt, *Imperial Eyes*, S. 5.

²⁷ Vgl. Harrison, „Up the Congo River into Cambodia“, S. 49.

²⁸ Feerman, „Struggles for Control“, S. 73.

Einblick in koloniale Praktiken und Geisteshaltungen. Ziel dieses Kapitels ist es, einen thematischen Überblick über Fremdheitsdiskurse unter besonderer Berücksichtigung der Verbindung Krankheit und *Afrika* zu geben. Meine Betrachtungen sind durch einen spezifischen historischen Kontext geprägt, der im weiteren Verlauf umrissen wird. Darüber hinaus wird dieser an einigen Stellen durch konkrete Beispiele ergänzt. Im Zuge dessen werden verschiedene Hierarchisierungsebenen und Strategien des *Otherings* deutlich. Diese spiegeln oftmals die Selbstwahrnehmung der kolonialen AkteurInnen wieder. Die im Zuge dessen konstruierten Machtverhältnisse spiegeln sich in den zu dieser Zeit entstandenen Aufzeichnungen wieder.

2.a. Seine UrheberInnen

Tropenmedizinische Forschende verband meist ein enormer Glaube in die Macht der mikrobiologischen und parasitologischen Wissenschaft. Dabei gingen sie davon aus, dass sich diese positiv auf den Wandel der Welt auswirken würden. Zusätzlich waren viele von ihnen durch kolonialen Enthusiasmus getrieben und glaubten, mit ihrer Arbeit das Leben der kolonialen Bevölkerungen besser machen, zum ökonomischen Wachstum beizutragen und die Tropen für weiße SiedlerInnen bewohnbar machen zu können.²⁹ Die TropenmedizinerInnen zur Zeit des Kolonialismus konzentrierten sich vor allem auf europäische Gesundheit.³⁰ So wurden im 19. Jahrhundert auch Krankheiten von AfrikanerInnen oft mit dem Ziel studiert, dieses Wissen auf Europa anwenden zu können.³¹ Darüber hinaus spielte beispielsweise in Britisch-Kolonialafrika die Medizin in Verbindung mit weiteren wissenschaftlichen Disziplinen eine wichtige Rolle dabei „den Afrikaner“ als Objekt des Wissens zu generieren. Dieses Vorgehen war verbunden mit inhärenten Praktiken der kolonialen Machtausübung.³² Das daraus entstandene Wissen und die dabei angewendeten Praktiken wurden selbst durch soziale Umstände aus der Zeit heraus entworfen wurde.³³

„Its greatest successes came with the ‚scramble for Africa’s diseases‘, resulting in good careers for metropolitan researchers but mixed benefits for African populations exposed both to disease and to early colonial experiments in preventive and curative measures. Racially based theories of disease sometimes labelled ‚native‘ populations as reservoirs of infection – as in the case of

²⁹ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 2.

³⁰ Vgl. Schumaker, „History of Sub-Saharan Africa“, S. 272; vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 16-17.

³¹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 201.

³² Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 8.

³³ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 6.

malaria among humans (believed to be caught from too close proximity to African women and children), or sleeping sickness among animals (tolerated by Africa's wild antelope but deadly to European cattle).³⁴

Den Experten im Bereich der tropischen Medizin gelang es, Netzwerke zwischen professionellen ForscherInnen und ÄrztInnen zu schaffen. Dies trug dazu bei, eine kollektive Identität als Experten in diesem neuen Feld zu etablieren. Es vereinfachte einerseits medizinische Fortschritte, andererseits spielten diese Strukturen unterdrückenden kolonialen Praktiken, welche durch europäische AkteurInnen ausgeübt wurden, in die Hände.³⁵ Die tropenmedizinische Forschung wurde vor allem durch die Expansion der europäischen Reiche vorangetrieben. Dadurch ergaben sich neue Arbeitsmöglichkeiten und -felder für die in diesem Bereich Beschäftigten,³⁶ wie Neill herausstellt:

„They benefited from the expansion of European empires that offered them new fields in which each other and with their colleagues in other countries, their shared European heritage, similar training, and common commitment to a global, scientific ‚civilizing mission‘ helped them develop strong personal and professional bonds with like-minded scientists both within their home scientific communities and across national and colonial borders.“³⁷

Dieses Zitat enthält vor allem zwei wichtige Informationen. Erstens weist Neill darauf hin, dass nationalstaatliche Grenzen wenig Auswirkung auf die Gesinnungslage der Forschenden hatte. Eher teilten sie ähnliche Ansichten aufbauend auf einer imperialistischen Ideologie.³⁸ Dies zeigt sich auch daran, dass die Mitglieder dieser „epistemic community“³⁹ bei weitem nicht immer aus denselben Ländern stammten. Darüber hinaus waren sie alle durch die Bestrebungen von westlich-europäischen Reformern und die damit einhergehenden „modernisierten“ wissenschaftlichen Ausbildung geprägt. Neben der Tatsache, dass diese WissenschaftlerInnen durch ihre Geisteshaltung als Produkte kolonialer Bestrebungen gesehen werden konnten, teilten sie noch eine weitere offensichtlichere Gemeinsamkeit: Die meisten Forschenden in diesen Gemeinschaften waren männlich.⁴⁰ Zweitens verrät diese Aussage einiges über das damalige Selbstbild der medizinischen AkteurInnen, indem es ihnen eine zivilisatorische Mission unterstellt. Dies ist unabhängig davon, ob man diese nun bloß als Legitimationsstrategie zur Durchsetzung imperialistischer Ziele wahrnimmt oder aber tatsächlich annimmt, dass es sich hierbei um die Überzeugung handelt, der

³⁴ Schumaker, „History of Sub-Saharan Africa“, S. 272.

³⁵ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 3.

³⁶ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 2.

³⁷ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 2.

³⁸ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 2.

³⁹ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 6.

⁴⁰ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 2.

„Retter“ *Afrikas* zu sein. So verweist auch Vaughan darauf, dass sowohl im späten 20. Jahrhundert als auch im späten 19. Jahrhundert in der europäischen Vorstellung der weiße Arzt im schwarzen („dunklen“) Kontinent eine häufige Imagination ist.⁴¹ Diese Veränderung in der Selbstwahrnehmung der Kolonisierenden als „Retter“ oder „Lichtbringer“ verortet Brantlinger im Zuge seiner Betrachtungen britischer Kolonialgeschichte im viktorianischen Zeitalter. Dieser Wandel in der Eigenwahrnehmung geht vor allem mit abolitionistischen Bestrebungen einher. Damit einhergehend wurde oftmals ein von Sklaverei, Wildheit, Krankheit und Tod beherrschtes Bild *Afrikas* gezeichnet. Diese angeblichen Charakteristika dienten vor allem dazu, ein Eingreifen unter dem Deckmantel einer zivilisatorischen Mission zu legitimieren.⁴²

Auch Neill kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie Brantlinger. Dabei legt sie allerdings einen expliziten Fokus auf tropenmedizinische ForscherInnen selbst. Letztere waren sich einig, dass es nur ihnen alleine möglich war, die Menschen in *Afrika* zu „retten“. Damit war sowohl die Befreiung von Krankheit als auch von angeblicher „Zurückgebliebenheit“ gemeint. Dies implizierte einen starken Glauben an die Überlegenheit der europäischen Technologie, Wissenschaft und Kultur.⁴³ Mit dem Sieg über Fieber und andere Krankheiten erfuhren die Selbstsicherheit von europäischen Ärzten einen Aufschwung. Auf diesen Triumph folgte die Ansicht, dass nicht nur Europäer in *Afrika* geschützt werden könnten, sondern auch AfrikanerInnen von ihrem „schrecklichen“ Kontinent „gerettet“ werden könnten und müssten.⁴⁴

Bereits hier werden zwei wichtige Punkte sichtbar, die sich auch im weiteren Verlauf meiner Arbeit immer wieder hervortreten. Erstens wird hier ein eindeutiges Hierarchisierungskonzept deutlich, welches auf eine Vormachtstellung Europas bzw. der von *Afrika* aus gesehen nördlichen Hemisphäre impliziert. Selbigem ist auch der angeblich höhere Stellenwert eines westlich-medizinischen Systems eingeschrieben. Zweitens wird bereits hier deutlich, dass *Afrika* auf „Hilfe von außen“ angewiesen wäre, um von Krankheit und Leid befreit zu werden.

Neben dieser kolonialen Prägung, die sowohl das Selbstbild des „Retters“ *Afrikas* bei den Beteiligten erzeugte, als auch die Gewissheit, nur durch die eigene

⁴¹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 1.

⁴² Vgl. Brantlinger, „Victorians and Africans“, S. 192-194.

⁴³ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 7.

⁴⁴ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 160-161.

„aufklärerische“ Arbeit diesen Ort von Tod, Krankheit und Verderben zu befreien, waren die tropenmedizinischen Forschenden dieser Zeit meist noch durch eine weitere Gemeinsamkeit verbunden. Sie waren aktive Mitglieder in kolonialen Gesellschaften und anderen gesellschaftsumfassenden Organisationen, die es sich zum Ziel gesetzt hatten, den europäischen Kolonialismus aufzubauen, zu formen und zu reformieren.⁴⁵

„The relationship between medicine and colonialism was reciprocal: if doctors represented a ‚friendlier‘ colonialism, the reform era also gave them unprecedented access to new geographical territories, fields of inquiry, and populations on which to test their theories and ideas. A strong relationship between the research community and various national governments was key to the development of the field. Scientists began organizing expeditions, submitting proposals for new research projects, and introducing tropical medicine to their training programs in the hope of commanding government and private support for their work.“⁴⁶

Entgegen der hier dargestellten Selbstwahrnehmung von TropenmedizinerInnen und ForscherInnen weist Tilley darauf hin, dass diese weder zahlreich genug noch ihre Instrumente gut genug waren, um als Befreier vor Krankheiten zu fungieren.⁴⁷ Die Erfolge kolonialer medizinischer Einrichtungen waren sowohl von Prioritäten und Zielen als auch durch eine begrenzte Anzahl von Personal, Finanzierung und Wissen limitiert.⁴⁸ Eine ähnliche Aussage trifft Vaughan unter Beachtung eines psychiatrischen Schwerpunktes und gesellschaftlichen Strukturen. Sie kommt zu dem Schluss, dass diese medizinischen Einrichtungen keinesfalls als Hauptinstrument kolonialer, sozialer und politischer Kontrolle gesehen werden können.⁴⁹ Zusätzlich bezieht sich die Machtposition dieses Medizinkonzepts vor allem mit der Konstruktion von Normativität einher. Die Stellung der Ausübenden ist dabei zweitrangig, auch wenn diese sich nichtsdestotrotz auf deren Selbstwahrnehmung auswirkt.⁵⁰ Der medizinische Kolonialismus bzw. die Arbeit tropenmedizinischer ForscherInnen und ÄrztInnen wurde immer auch von einer ökonomischen und sozialen Komponente bestimmt.⁵¹ Dies hebt Neill auch in folgendem Zitat hervor:

„By looking at the work of these experts, I present another view of why certain aspects of European colonialism developed as they did at the beginning of the twentieth century: that colonization was not just the result of individuals and groups seeking to extend the power of their respective nations through the political conquest of overseas territories, but could also be the result of transnational interest groups with shared values and beliefs who pushed their governments into new kinds of interventions and supported each other in a bid to raise their credibility, gain more power, and pursue common goals. By networking and collaborating, doctors and scientists did more than just claim their right to a position of power in the new

⁴⁵ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 7.

⁴⁶ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 18. (Hervorhebungen im Original)

⁴⁷ Vgl. Tilley, *Africa as a Living Laboratory*. S. 14.

⁴⁸ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 16.

⁴⁹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 120.

⁵⁰ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 25.

⁵¹ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 11.

governing structures created by colonial expansion in the tropical world; they also strengthened the authority of their transnational community of scientists more broadly. Their discussions and collaborations had a significant impact on how tropical medicine was introduced and practiced in the colonies.“⁵²

Die Position der Ärzte und tropenmedizinischen Forscher ist sehr viel ambivalenter zu sehen, als dies durch dieses Zitat vermittelt wird. Die Wirkungsbreite der oben beschriebenen Akteure kann keinesfalls auf einen ausschließlich negativen Effekt beschränkt werden, die diese auf die Konstruktion von Stereotypen und Vorurteilen in Verbindung mit *Afrika* hatten. Trotz dieser hier geschilderten Beweggründe für einige ÄrztInnen und tropenmedizinische ForschelInnen, sich mit diesem Bereich zu beschäftigen, wurde durch ihre Arbeit die vor allem auf *Afrika* angewendete, stereotypisierende Miasma-Theorie für obsolet erklärt. Darin wird ein angeblicher Zusammenhang zwischen Temperatur, Klima, der Beschaffenheit der Böden und der Umgebungsluft und der Entstehung von Krankheiten konstatiert. Dabei geht diese Theorie vor allem von einem Zusammenhang zwischen heißen klimatischen Bedingungen und mannigfaltiger Leiden aus.⁵³ Kurz gesagt stellte diese eine Verbindung zwischen der Entstehung gewisser Krankheiten und bestimmten Regionen der Erde her.⁵⁴ Durch die Auflösung dieser Verknüpfung kam es zu einer veränderten Wahrnehmung von Krankheiten selbst. Fortan wurde oftmals die Schuld beim Patienten selbst gesucht und fehlende Gesundheit auch als Art persönliches Versagen gewertet. Diesen Sachverhalt wird durch Aussagen gestützt, die Fabian in seinem Text *Tropenfieber* tätigt. Allerdings ist hervorzuheben, dass trotz des Zugewinns an medizinischem Wissen dies nur wenig an der allgemein mythischen Auffassung von Fiebererkrankungen änderte.⁵⁵

„Vor einem derartigen Hintergrund beginnen wir zu verstehen, weshalb und wie FIEBER (ein Wort, das in den Quellen oft in Großbuchstaben geschrieben wird) nicht etwa lediglich als ein medizinischer Zustand und eine Reaktion des Immunsystems auf vielfältige Ursachen angesehen wurde, sondern auch als der ekstatische Gegenzustand zu asketischer Hygiene aufgefaßt und zu etwas Essentiellem erklärt wurde. Fieber war eine Ideologie, ein Mythos, den man brauchte, um aus den tödlichen Gefahren der Afrikaforschung klug zu werden, eine Metapher, die Abläufen einen Sinn gab, welche sonst brutale Fakten geblieben wären. Fieber war das ‚Opfer‘, das jeder Reisende dem schwarzen Kontinent bringen mußte.“⁵⁶

Wie bereits an diesem Zitat deutlich wird, herrschte vor allem ein dem heutigen Verständnis differentes Verständnis des Begriffes *Hygiene* vor. Neben einem

⁵² Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 11.

⁵³ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 13.

⁵⁴ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 15.

⁵⁵ Vgl. Fabian, *Im Tropenfieber*, S. 92.

⁵⁶ Fabian, *Im Tropenfieber*, S. 91. (Hervorhebungen im Original)

angemessenen Körperschutz, den es brauchte, um den Anforderungen gerecht zu werden, ging dieser Ausdruck damals weit über seine heutige Bedeutung hinaus. So wird *Hygiene* in *Afrika*, welches als frei von den üblichen sozialen Zwängen und Annehmlichkeiten der Zivilisation wahrgenommen wurde, vor allem auch als Selbstkontrolle verstanden. Selbige galt es der eigenen Gesundheit willen zu wahren.⁵⁷

Diese Ambivalenz der Forschenden stellt sich nicht nur durch für obsolet erklärte Theorien dar, sondern auch anhand der Betrachtung von einzelnen AkteurInnen. Ein Beispiel hierfür ist David Livingstone. Dies liegt sowohl an seinem Bekanntheitsgrad, als auch dem Inhalt seiner Aufzeichnungen. Wie Rijpma beschreibt, war Livingstone war ein scharfer Beobachter, Autor und qualifizierter Doktor der Medizin, der durchaus auch mit dem Konstrukt des „kranken Kontinents“ bricht, indem er auf den gut ernährten und krankheitsfreien Zustand der BewohnerInnen *Afrikas* verweist.⁵⁸ Gleichzeitig hilft dieser Forscher durch seine Arbeiten und Ansichten aber auch dabei, ein anderes, eng mit dem Mythos von Krankheit, Tod und Leiden verbundenes Hierarchisierungskonzept zu entwickeln und weiter zu tradieren. Obwohl Livingstone AfrikanerInnen zwar mehr Respekt zollte als die meisten ForscherInnen und MissionarInnen, bezeichnete er sie nichtsdestotrotz als „Kinder“ oder „Wilde“. Dementsprechend bezweifelte er zwar oftmals, dass die Präsenz von EuropäerInnen in *Afrika* von Nutzen sei, sah diese aber trotzdem als „Lichtbringer“ und stellte die indigenen Bevölkerungen als „umnachtet“ dar.⁵⁹

Neben Livingstone gab es noch weitere bekannte ForscherInnen, die ihre Erlebnisse niederschrieben. Dabei steht eines zweifelsfrei fest: Vor allem die prominentesten und meistgelesenen unter ihnen prägten das Bild von *Afrika*:

„Readers will recognize such names as David Livingstone, John Speke, James Grant, Richard Burton, Mungo Park, or Paul Du Caillau. During the so-called opening up of central and southern Africa to European capitalism in the first half of the nineteenth century, such explorer-writers were the principal producers of Africa for European imaginations – producers, that is, of ideology in connection with the European expansionist project there.“⁶⁰

Was in Zusammenhang mit Reisenden, Forschenden, MedizinerInnen und kolonialen AkteurInnen im Allgemeinen nicht außer Acht gelassen werden darf, ist der Kontext, in dem deren Aufzeichnungen entstanden. Diesen stellt Heintze

⁵⁷ Vgl. Fabian, *Im Tropenfieler*, S. 88-89.

⁵⁸ Vgl. Rijpma, David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease, S. XI, XVII.

⁵⁹ Vgl. Brantlinger, „Victorians and Africans“, S. 197.

⁶⁰ Pratt, „Scratches on the Face of the Country“, 140-141.

anhand der Zustände in Trägerkarawanen dar. So war das Umfeld, in dem einige dieser Aufzeichnungen angefertigt wurden, geprägt von Verständigungsschwierigkeiten, der Furcht vor unbekanntem Gegenden und zahlreichen Gerüchten über Kannibalismus und Gewalt. In einem derartigen Kontext entstanden die Niederschriften und Überlieferungen einiger Forschungsreisender. Diese Faktoren wirkten sich auf das Bild aus, welches sie in Folge von ihren ReisebegleiterInnen, beispielsweise Trägern und der indigenen Bevölkerung entwarfen.⁶¹ So wurde *Afrika* in etwa zur Zeit der Berlin-Konferenz von 1884, die oftmals als Anfangspunkt für den „scramble for Africa“ gesehen wird, von britischer Seite als das Zentrum des Bösen dargestellt. Im Zuge dessen wurde *Afrika* mit Kannibalismus, Barbarei und Sklaverei verbunden.⁶²

Wie bereits an den Ausführungen Heintzes deutlich wird, wurde die Thematik der kolonialen Medizin nicht nur von ÄrztInnen und tropenmedizinischen Forschenden ausgeschlachtet. Auch Reisende, MissionarInnen und offizielle AkteurInnen der Regierungen ließen sich darüber aus, wie Neill in diesem Zitat darstellt:

„Over the course of the nineteenth century, explorers, missionaries and government officials had called for more state involvement in colonial medical research, but funds for doctors, research, and fieldwork remained scarce until after 1885, when several developments caused a shift from a laissez-faire to more hands-on approach that greatly benefited the development of the new discipline: a sizable increase in territory meant that more and more administrative and military personnel were required to run the new colonies, and their governments were responsible for their health and welfare; scientists had made several important discoveries about germs, parasites, vectors, and protozoa that gave Europeans hope of eradicating tropical diseases; and a rising community of medical experts saw the research opportunities that colonial expansion afforded.“⁶³

Anhand dieses Zitats wird deutlich, dass diejenigen, die durch ihre Publikationen und schlussendlich ihre eigene geistige Haltung gegenüber *Afrika* und seinen BewohnerInnen am Konstrukt des „kranken Kontinents“ beteiligt sind, nicht bloß auf den medizinischen Bereich reduziert werden können. Vielmehr drückt sich hier durch das eine Vielzahl von Aktionsgruppen und Berufsfelder umfassende Selbstbild als „Retter“ *Afrikas* eine Vormachtstellung zu Gunsten der westlichen KolonistInnen aus. Hinzu kommt, dass diese Entwicklungen in eine allgemein Periode des Wandels, vor allem im technischen Bereich, fiel. Wo vor der Mitte des 19. Jahrhunderts also bloß eine kleine, gebildete Elite Zugang zu gewissen Aufzeichnungen hatte, konnten die neu geformten Informationen über *Afrika* auch von der breiten Masse rezipiert

⁶¹ Vgl. Heintze, *Afrikanische Pioniere*, S. 26.

⁶² Vgl. Brantlinger, „Victorians and Africans“, S. 194.

⁶³ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 13.

werden.⁶⁴ Dies ist vor allem den Weiterentwicklungen der Drucktechnologie und einer damit einhergehenden Senkung der Kosten, einer Anhebung des Lebensstandards, der immer mehr Menschen Zugang zu Bildung, Freizeit und kulturellen Konsumgütern ermöglichte und letztlich der einer Verbesserung von Güter- und Informationstransportwegen geschuldet.⁶⁵ Darüber hinaus wurde das neu generierte Wissen über *Afrika* in Zusammenhang mit evolutionistischen Vorstellungen und der damit einhergehenden „Unterlegenheit“ dieses Raumes über eine Vielzahl von verschiedenen Medien verbreitet. Diese Zuschreibungen wurden neben literarischen Quellen oder gar einschlägiger Fachliteratur der breiten Masse auch über populäre Lieder, Witzbücher, Artikel in Magazinen, Varieté-Sketche, politische Reden, Zoos, botanischen Gärten und Museen zugänglich gemacht.⁶⁶ Auf diese Art und Weise erreichten die Eigendarstellungen der kolonialen AkteurInnen und die damit einhergehende Gesinnung schnell ein breites Publikum und die damit in Verbindung stehenden Stereotype wurden weitertradiert und rezipiert.

2.b. Seine Entstehungsgeschichte

Die sogenannte „Kolonialmedizin“ oder „Tropenmedizin“ kann also keineswegs ausschließlich als Errungenschaft der europäischen Wissenschaft zum Wohl der lokalen Bevölkerungen *Afrikas* gewertet werden, auch wenn die kolonialen AkteurInnen auf diese Art und Weise oftmals versuchten, ihr Eingreifen zu legitimieren. In diesem Diskurs ging es vor allem darum, ein „anderes“ zu konstruieren, mit dem die „kranke“ lokale Bevölkerung von den „gesunden“ Kolonisierenden unterschieden wurde. So wurden auch Sitten und Gebräuche für die Ausbreitung von Krankheiten verantwortlich gemacht.⁶⁷ Eine der Hauptproblematiken in Bezugnahme auf Mythen, die sich um *Afrika* ranken, ist, dass es sich dabei um eine allgemein akzeptierte Darstellungsart handelt. Dabei ist es nötig, sich ins Gedächtnis rufen, dass es sich dabei gleich wie bei allen anderen *Othering*-Vorgängen immer um ein *subjektives* „Anderes“ handelt.⁶⁸ Pratt geht in Bezug darauf sogar so weit zu konstatieren, dass Reiseaufzeichnungen von EuropäerInnen und über Nicht-EuropäerInnen ein

⁶⁴ Vgl. Koivuen, *Visualizing Africa in Nineteenth-Century British Travel Accounts*, S. 3.

⁶⁵ Vgl. Sappol, „Introduction“, S. 4./ Vgl. Koivuen, *Visualizing Africa in Nineteenth-Century British Travel Accounts*, S. 3.

⁶⁶ Vgl. Sappol, „Introduction“, S. 17.

⁶⁷ Vgl. Isobe, *Medizin und Kolonialgesellschaft*, S. 17.

⁶⁸ Vgl. Harrison, „Up the Congo River into Cambodia“, S. 49.

domestiziertes Subjekt des Euroimperialismus erzeugen. Im weiteren Verlauf wurde ein großstädtisches Lesepublikum mit dieser Geisteshaltung bekannt gemacht und im Zuge dessen von expansionistischen Bestrebungen überzeugt.⁶⁹

„Ethnographic and historical work on healing and medicine in Africa reveals a great deal about politics and power; social organization and economic conditions; global regimes of value and local practices of valuing bodies, kin, and community. Medicine is significant not only for its therapeutic effects on individual bodies, whether biological, symbolic, spiritual, or otherwise mediated.“⁷⁰

Wie in diesem Zitat zum Ausdruck kommt, kann auch Medizin selbst und die damit in Verbindung stehenden Thematiken Krankheit und Gesundheit als Instrument des *Otherings* gelesen werden. Die Konstruktion des „Anderen“ und des „Selbst“ ist bereits in kolonialen Diskursen omnipräsent. Im Besonderen wird diese Konstruktion des Fremden durch den Zusammenhang von *sickness* und *blackness* ausgedrückt.⁷¹ So wurden beispielsweise oftmals Parallelen zwischen psychisch kranken EuropäerInnen und dem *normalen* AfrikanerInnen gesucht.⁷² Ein Exempel hierfür ist die Arbeit des Kolonialpsychiaters Carothers. Der Verweis auf diesen kolonialen Akteur scheint vor allem in Anbetracht der enormen Breitenwirkung von dessen Werken und der herausragenden Stellung dieser Person als einer der bekanntesten und mit Abstand meistzitierten Ethnopsychiatern von Bedeutung.⁷³ Carothers beschreibt generalisierende Zusammenhänge zwischen „dem typischen Schizophrenen“ und „der afrikanischen Persönlichkeit“. Beide werden von ihm als egozentrisch und moralisch faul beschrieben. Weitere zentrale Eigenschaften für Carothers waren, dass beide Gruppen keine scharfe Trennung von definierten Aspekten der Realität treffen könnten und zusätzlich kein Verantwortungsbewusstsein hätten.⁷⁴ Hierbei ist zu beachten, dass die Forschungsrichtung Ethnopsychologie in einem kolonialen System verhaftet war, welchem viele rassistisch-hierarchische Grundsätze eingeschrieben waren.⁷⁵ Dabei sind die daraus resultierenden Konstruktionen von „Abnormität“ keinesfalls als Schlusspunkt des *Otherings* in dieser Beziehung zu sehen. Vielmehr brauchte es den „kranken Körper“, um weitere Zuschreibungen zu generieren und auf diesen zu projizieren. So beschreibt beispielsweise Sha, wie diese imaginierten Abweichungen

⁶⁹ Vgl. Pratt, *Imperial Eyes*, S. 4.

⁷⁰ Langwick/ Dilger/ Kane, „Introduction. Transnational Medicine, Mobile Experts“, S.1.

⁷¹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 12.

⁷² Vgl. Sadowsky, *Imperial Bedlam*, S. 108, vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 111.

⁷³ Vgl. McCulloch, *Colonial psychiatry and ‚the African mind‘*, S. 46, vgl. Heaton, *Black Skin, White Coats*, S. 38.

⁷⁴ Vgl. McCulloch, *Colonial psychiatry and ‚the African mind‘*, S. 52, 54.

⁷⁵ Vgl. Heaton, *Black Skin, White Coats*, S. 30.

einer eurozentristisch geprägten Normierung den Ausgangspunkt für weitere Konnotationen darstellte, wie etwa sexuelle Perversion.⁷⁶

In diesem Sinne kann Medizin also auch als moralisch komplexes und imperiales Machtinstrument gesehen werden.⁷⁷ Kolonialismus war niemals nur ein Vorhaben europäischer Staaten. Vielmehr ist dieser ein dynamischer und interaktiver Austausch von verschiedenen Menschen und Ideen.⁷⁸ In Bezug auf Krankheiten und deren Geschichte ist es notwendig, sich nicht nur auf individuelle Pathologie zu fixieren, sondern auch politische und soziale Gesichtspunkte miteinzubeziehen.⁷⁹ In diesem Kontext ist es unumgänglich, Gesellschaften sowohl in ihren vollen kulturellen Gegebenheit als auch im Zusammenhang mit umwelttechnischen Umständen zu betrachten.⁸⁰ Um Transformationen in diesen Gebieten zu verstehen, ist es wichtig, Krankheit und Therapie in einem historischen Kontext in Bezug auf Auslöser, Politik und natürliche Gegebenheiten zu untersuchen. So stellt Prins neben diesen Vorschlag auch die Ansicht in Frage, dass *Afrika* schon immer als unnatürlicher und ungesunder Kontinent wahrgenommen wurde.⁸¹

„Histories of tropical medicine, however, have usually been structured around case studies of specific colonies or empires. Many of these studies not only showcase the important successes achieved by bacteriologists and parasitologists in solving the riddles of specific diseases but also demonstrate the pitfalls and limits of a speciality so closely linked to colonial conquest and implicated the social, political, and cultural domination of foreign peoples.“⁸²

In Europa führten Diskussionen bezüglich der „Rassenthematik“ dazu, dass sich neue wissenschaftliche Disziplinen und Annahmen herausbildeten. Als Beispiele hierfür sind Phrenologie, Eugenik, „Rassenstudien“ und die damit in Verbindung stehende Degenerationstheorie zu nennen. Manche europäische WissenschaftlerInnen versuchten sogar Armut, Schwäche und Kriminalität in ihren eigenen Gesellschaften anhand von „racial profiling“⁸³ zu erklären.⁸⁴ Der koloniale medizinische Diskurs war voreingenommen von „Andersartigkeit“. Die übergeordnete Differenz repräsentierte sich als biologische „Rasse“.⁸⁵ In diesem Zusammenhang weist Fanon darauf hin, dass Schwarze aufgrund ihrer Körperlichkeit und ihres *materiellen Charakters*

⁷⁶ Vgl. Sha, „Othering Sexual Perversity“, S. 88-89.

⁷⁷ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 272.

⁷⁸ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 2.

⁷⁹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 5.

⁸⁰ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 3.

⁸¹ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 161.

⁸² Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 3.

⁸³ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 4.

⁸⁴ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 4.

⁸⁵ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 12.

attackiert wurden.⁸⁶ Allerdings wurden für diese angebliche „Andersartigkeit“, vor allem aufgrund eines evolutionistischen Denkkonzeptes, noch sehr viel mehr Anhaltspunkte konstruiert als Hautfarbe.⁸⁷ Diese angebliche Differenz und Darstellung des explizit „Anderen“ wird nicht bloß im tropenmedizinischen und vor allem *schriftlichen* Kontext deutlich. Auch Genres wie die Reisefotografie und deren Aufbereitung in Europa leisteten ihren Beitrag, um diese vermeintliche „Fremdheit“ zu konstruieren.⁸⁸ Des Weiteren wurden AfrikanerInnen als Angehörige einer *Gruppe* begriffen und nicht als *Individuen*, welche bestimmte charakteristische und psychologische Eigenschaften besaßen.⁸⁹

„The distancing afforded by racism served colonialism well through most of its history, and ‚differences‘ between Africans, though elaborated in terms of *couture* in particular, were continually subordinated to the overriding difference of ‚race‘. The need to maintain this overriding ‚Otherness‘ meant that other sites of difference, an especially class differences amongst Africans, were addressed only hesitantly, and with a great deal of ambiguity, by colonial administrators.“⁹⁰

An der Rassifizierung des medizinischen Diskurses waren viele TropenmedizinerInnen beteiligt. Dies hatte vor allem eine starke Grenzziehung zwischen EuropäerInnen und AfrikanerInnen zur Folge, da hier vor allem angebliche biologische Differenzen betont wurden.⁹¹ In diesem Zusammenhang zeigt sich ein Phänomen, das bestimmend für meine Arbeit ist. Bei dieser Konstruktion eines „Anderen“ und der Abgrenzung davon handelt es sich um eine Strategie des *Otherings*. Diese Mikro-Abgrenzung, in welcher AfrikanerInnen als biologisch „anders“ gesehen werden, ist allgemein in die Überthematik Medizin zu verorten. Damit ist diese Verbindung der Makro-Verknüpfung zwischen Krankheit und Gesundheit unterzuordnen. Die auf diesen Grundlagen basierende Definition eines „Fremden“ trägt zum Konstrukt *Afrikas* als „kranken Kontinent“ bei. Die Wahrnehmung dieses Raumes und die damit einhergehenden Stereotypisierungen werden auch durch eng mit den Themenfeldern Krankheit und Gesundheit verbundene Begriffe deutlich. So beschreibt beispielsweise Brantlinger in seinem Text *Victorians and Africans: The Genealogy of the Myth of the Dark Continent*, wie sich der Zusammenhang zwischen dem Begriff der Finsternis und *Afrika* sich im viktorianischen Zeitalter herausbildete. Dies geschah im Zuge abolitionistischer

⁸⁶ Vgl. Fanon, *Black Skin, White Masks*, S. 142.

⁸⁷ Vgl. Sappol, „Introduction“, S. 14-15.

⁸⁸ Vgl. Koivunen, *Visualizing Africa in Nineteenth-Century British Travel Accounts*, S. 209-210.

⁸⁹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 11.

⁹⁰ Vaughan, *Curing their Ills*, S. 11. (Hervorhebungen im Original)

⁹¹ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 5.

Bewegungen als Produkt einer imperialistischen Ideologie, die zum Selbstbild kolonialer AkteurInnen als „Retter“ Afrikas ihren Beitrag leisteten.⁹²

Darüber hinaus zieht Brantlinger gleich wie Vaughan die Verbindungslinien zwischen hohen Krankheits- und Todesraten von EuropäerInnen und der „Verdunkelung“ des Kontinents.⁹³ Hierzu ist allerdings zu sagen, dass die dementsprechenden Zahlen öffentlich bekannt waren; die meisten Reisenden hatten allerdings kein Problem damit, sich auf die in *Afrika* wartenden Gefahren einzulassen.⁹⁴ Die AkteurInnen hatten den kolonialen Diskurs so verinnerlicht, dass der vermeintlich bevorstehende Tod nicht als Hindernis gesehen wurde. Auf dieser Basis sah man darin eher ein edles Opfer oder den Preis, den es für den Sieg von Wissenschaft und Zivilisation zu entrichten galt.⁹⁵ Zumindest für das 19. Jahrhundert lässt sich eine eindeutige Verbindung zwischen EntdeckerInnen und einer heroisierenden Darstellungsart der Betreffenden feststellen, selbst wenn diese das hier proklamierte Bild oftmals bewusst ablehnten.⁹⁶ Die eben dargestellte Verbindungslinie zwischen Tod und Heroismus wird auch von Brantlinger klar gestützt. Zusätzlich sieht er die Protagonisten von derartigen Expeditionen oder Berichte über selbige als einsame Reisende, die Licht in Gebiete der Dunkelheit bringen.⁹⁷ Dieses Phänomen wird durch das medizinische Wissen des 19. Jahrhunderts nochmals verstärkt. Damals wurden Krankheit, klimatische Bedingungen und anderen physischen Umweltcharakteristika in einem eindeutigen Zusammenhang gesehen.⁹⁸ – Dies war zumindest der Fall, bis die in Kapitel 2.a. beschriebene Miasma-Theorie für obsolet erklärt wurde, wobei auch danach die Mystifizierung einer Vielzahl von Leiden noch fortbestand. Darüber hinaus herrschten stark evolutionistisch geprägte Ansichten über *die AfrikanerInnen* vor, indem sie einer früheren Entwicklungsstufe zugeteilt wurden.⁹⁹

„Stereotypes are necessary ,crude representations of the world for their function is to perpetuate an artificial sense of difference between ‚self‘ and ‚Other‘, and to preserve the illusion of control over the self and the world. The need for stereotyping, however, takes place at the level of the ‚group‘, as well as at the level of the individual, and functions in much the same way.“¹⁰⁰

⁹² Vgl. Brantlinger, „Victorians and Africans“, S. 185, 192-194.

⁹³ Vgl. Brantlinger, „Victorians and Africans“, S. 193, vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 2.

⁹⁴ Vgl. Fabian, *Im Tropenieber*, S. 87. Vgl. Brantlinger,

⁹⁵ Vgl. Fabian, *Im Tropenieber*, S. 87.

⁹⁶ Vgl. Pratt, „Scratches on the Face of the Country“, S. 146

⁹⁷ Vgl. Brantlinger, 1985, S. 195.

⁹⁸ Vgl. Fabian, *Im Tropenieber*, S. 90.

⁹⁹ Vgl. Heintze, *Afrikanische Pioniere*, S. 25.

¹⁰⁰ Vaughan, *Curing their Ills*, S. 2.

In den Anfängen des 18. Jahrhundert änderte sich die Stellung der Medizin in Europa grundsätzlich. Sie wurde zunehmend professionalisiert, neue Fachzeitschriften wurden gegründet und die Einführung bestimmter Zeugnisse und Voraussetzungen führte zur fortschreitenden Formalisierung dieses Gebiets. Mit diesen Neuerungen ging eine Spezifizierung der Medizin einher, die dieses Gebiet für „Außenstehende“ unzugänglich machte. Dies führte gleichzeitig zu einer Steigerung des Prestiges, welches eine Betätigung in diesem Bereich mit sich brachte.¹⁰¹ Drei Gründe machten die Vormachtstellung der Schulmedizin unmissverständlich klar. Die Diagnose war auf eine physische Ursache reduziert, unabhängig von Stand und Herkunft des Patienten und reaktionär auf eine bereits existierende entdeckte Krankheit.¹⁰² Die moderne tropische Medizin ist eine Unterkategorie der Medizin, die sich in den 1880er und den frühen 1890er Jahren herausbildete. Zur damaligen Zeit wurde dieses Gebiet vor allem von Physikern dominiert. Allerdings beschäftigten sich nach und nach auch Wissenschaftler in diesem Feld, deren Spezialgebiete Zoologie, Helminthologie und Entomologie waren.¹⁰³

„Along with complicating the picture of how European medical interventions were carried out in tropical colonies before World War I, studying medical networks deepens our understanding of how colonialism shaped European history and identity at a time when questions about race and national identity dominated public discourse. [...] The new speciality was firmly rooted in the microbiological revolution and its primary tools of the laboratory and the microscope. But the most important factor leading to tropical medicine's institutionalization as a discipline was the massive expansion of European empires into Africa and Asia and the subsequent consolidation of European power from the 1890s to the First World war.“¹⁰⁴

Eine weitere Problematik, die in Verbindung mit der Tropenmedizin steht, ist, dass viele Krankheiten, die in den Tropen *auftraten*, als *Tropenkrankheiten* deklariert wurden. Diese geschah meist unabhängig davon, ob diese auch in anderen Gegenden der Welt zu finden waren:

„Further confusion related to the kinds of diseases gathered together under the new speciality – many scientists included any disease found in a tropical region, transforming ‚diseases in the tropics‘ into ‚tropical diseases‘. [...] Whereas some illnesses, such as human trypanosomiasis, are indeed restricted to specify tropical regions, many diseases found in other regions were also included: malaria had long been present in parts of southern Europe, and four of the most dangerous diseases from Germany's tropical colonies, as listed by doctor Claus Shilling in 1910, were smallpox, cholera, plague, and tuberculosis – diseases that were not technically ‚tropical‘ at all but had been common in Europe for centuries. [...] Demarcating diseases found in the colonies from their metropolitan versions fit notions of seeing the colonies, and the people who lived in them, as something altogether ‚other‘.“¹⁰⁵

¹⁰¹ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 5.

¹⁰² Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 163.

¹⁰³ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 5-6.

¹⁰⁴ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 4, 16-17.

¹⁰⁵ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 15. (Hervorhebungen im Original)

Neben dieser Strategie des *Otherings* auf Basis einer Unterscheidung zwischen „kranken“ und „gesunden“ Lokalisationen und der damit einhergehenden Aussage, dass einige dieser angeblich „tropischen“ Krankheiten auch in anderen Kontexten auftraten, ist es von Nöten, auch die Umstände gewisser Epidemien und der Ausbreitung selbiger genauer zu beleuchten. In Bezug auf diese Thematik betont beispielsweise Isobe, dass wir hier zwar, wie bereits in obenstehendem Zitat deutlich wird, von einem Raum sprechen, in dem verschiedenste Krankheitserreger kursieren, diese Tendenz allerdings durch die äußeren Umstände verstärkt wurde. So führte die schonungslose und großflächige (land-)wirtschaftliche Erschließung einiger Gebiete seit Ende des 19. Jahrhunderts zu einem schnellen Wachstum von Siedlungs- und Ackerbauflächen. Von diesen Regionen waren einige bereits von Malaria oder der Schlafkrankheit betroffen. In weiterer Folge kam es durch Kontakt der lokalen Bevölkerung mit diesen Bedingungen zu einer Ausbreitung dieser Krankheiten in bisher nie dagewesenem Maße. Mit der Erschließung dieser neuen Gebiete ging allerdings auch der überregionale Transport von Menschen und Gütern einher. Durch diese neuen Möglichkeiten wurde die Ausbreitung von Krankheiten ebenfalls gefördert.¹⁰⁶ So gibt es durchaus einige Gründe dafür, anzunehmen, dass die ungesundeste Zeit in der gesamten Geschichte Afrikas zwischen 1890 und 1930 lag.¹⁰⁷ Während Isobe sich vor allem mit dem deutschen Kolonialismus und der Ausbreitung der Schlafkrankheit beschäftigt, wählt Lyons den Kongo als Beispiel für die Ausbreitung von Krankheiten. Hier führten oftmals brutale koloniale Eroberungen zu Beeinträchtigungen von Gesellschaften im nördlichen Kongo. Somit kam es zu ökologischen Krisen und Auswirkungen auf fast alle Bereiche des täglichen Lebens, einschließlich der Produktion von Nahrungsmitteln, sozialen Beziehungen und individuellen Existenz. Dies förderte oftmals die Ausbreitung oder Entstehung von epidemischen Krankheiten. Manchmal traten diese durch eben diese Veränderungen das erste Mal in spezifischen Gebieten auf. In anderen Fällen wiederum führten die Störungen der Umwelt dazu, dass dort bereits bekannte Krankheiten in epidemischen Dimensionen ausbreiten konnten.¹⁰⁸ Größere gesundheitliche Probleme treten in größeren Gesellschaften auf. Dies geschieht dadurch, dass Krankheiten nicht gestoppt werden, indem entweder alle Mitglieder einer kleinen Gruppe immun werden oder alle

¹⁰⁶ Vgl. Isobe, *Medizin und Kolonialgesellschaft*, S. 16.

¹⁰⁷ Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 4.

¹⁰⁸ Vgl. Lyons, *The Colonial, Disease*, S. 3.

an der Krankheit sterben und diese sich so nicht weiter ausbreiten kann.¹⁰⁹ Zusätzlich zu diesen Erschwernissen waren alle Entscheidungen der Kolonisatoren, beispielsweise in Bezug auf Prävention, von einem deutlichen Überlegenheitsgedanken geprägt:

„Rarely, if ever did early colonial authorities consider the possibility that Africans not only possessed some ideas about the ecology of sleeping sickness but had gained fairly effective control of their environment. The European colonials assumed that they would succeed where Africans had failed and that they would transform the continent by conquering the problem of tsetse and the trypanosome. Most colonials believed that much of the backwardness they saw in African society was attributable to endemic diseases such as sleeping sickness, a fact they thought could help to explain the lack of the use of the wheel and the attendant need for human portorage, or the lack of animal-powered ploughs, mills and the like.“¹¹⁰

Der Bezug der Kolonisierenden zu etwaigen „Tropenkrankheiten“ und Kolonialmedizin ist vielschichtiger als der erste Eindruck vermittelt. So kam es durchaus vor, dass selbige durch ihre eigene Erschließung von Gebieten die Ausbreitung gewisser Krankheiten förderten. Gleichzeitig versuchten die gleichen AkteurInnen allerdings eben diese Krankheiten wieder einzudämmen. Diese Versuche, gewisse Regionen von Krankheiten zu befreien, gingen zusätzlich meist mit der Rechtfertigung ihrer Missionen unter dem Deckmantel einer angeblichen „Zivilisierung“ einher.¹¹¹ In einigen Teilen des kolonialen *Afrika* wurde vom Bezirksvorsteher bestimmt, wo Latrinen zu graben wären, das Vieh weiden dürfe, stille Gewässer ausgetrocknet gehörten, um die Brutstellen von Moskitos zu zerstören, das Getreide nicht zu nah an Häusern gepflanzt werden dürfe und selbige mit D.D.T.¹¹² eingesprüht werden müssten. Bereits hier zeigt sich der enge Zusammenhang zwischen politischer Entscheidungsfindung und den Themen Krankheit und Gesundheit.¹¹³ Prins bezieht sich in ihren Betrachtungen in diesem Feld vor allem auf die britische Kolonialherrschaft. Der darin praktizierte Maßstab war es, eine Veränderung im Verhalten der Menschen zu bewirken. Diese gewünschte Wandlung bezog sich auf ihren Alltag, vor allen auf den Umgang mit Moskitos. Sie legten keinen großen Wert darauf, zu erkunden, warum sich das Problem genau in dieser Weise darstellte, noch suchten sie Rat in den indigenen Techniken zur epidemischen Kontrolle. Als die historische Epidemiologie begann dieses zu tun, wurden einige Gründe für das Versagen sichtbar. Diese waren sozialen und politischen Ursprungs.¹¹⁴ Für die in der imperialen Expansion beteiligten

¹⁰⁹ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 37.

¹¹⁰ Lyons, *The Colonial Disease*, S. 4.

¹¹¹ Vgl. Isobe, *Medizin und Kolonialgesellschaft*, S. 18.

¹¹² Abkürzung für Dichlordiphenyltrichlorethan, ein im 20. Jahrhundert entwickeltes Insektizid.

¹¹³ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 164-165.

¹¹⁴ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“; S. 167.

Menschen war es unmöglich, zu glauben, dass ihr eigenes Verhalten für die vielen Krankheiten verantwortlich war, von denen sie heimgesucht wurden. Vor allem marxistische und nationalistische Schriftsteller vertrugen die Idee, dass Krankheiten in *Afrika* erst als direktes Resultat der Inversion anstiegen.¹¹⁵ „By introducing modern medical technology and by encouraging research in the developing field of tropical medicine, however, colonialism contributed to the control of the epidemiological problems it helped to create.“¹¹⁶ So ist beispielsweise anzunehmen, dass die Zerstörung vorkolonialer afrikanischer Staaten während des „scrambles of africa“ der Hauptgrund für die Ausbreitung des mit Tsetse-Fliegen infizierten Gebietes kurz danach war. Dies ist Ford zur Folge vor allem darauf zurückzuführen, dass es oftmals aufgrund juristischen Einwirkens zur Veränderung der Grenzzonen kam. Der daraus resultierende Wandel wirkte sich wiederum auf das ökologische Gleichgewicht aus.¹¹⁷ Darüber hinaus trägt das Ansteigen von befestigten Siedlungen bzw. Urbanisierung, durch die hohe Anzahl der an einem Ort konzentrierten Menschen, zur Verbreitung von Krankheiten und einer Erhöhung des Ansteckungsrisikos bei. Zusätzlich ändern sich mit diesen Vorgängen meist auch die Produktionsmodi von Nahrung. So stieg aus denselben Gründen auch das Infektionsrisiko für domestizierte Tiere mit für Menschen gefährlichen Krankheiten.¹¹⁸ „The price Africans paid for the benefits of more efficient food production and settled village life was a more complex and threatening disease environment.“¹¹⁹

Heute wissen wir fast nichts über den Zusammenhang von Demografie, Klima, Ökologie und Krankheit im frühen 19. Jahrhundert. Allerdings genügt das archäologische Bild – welches hauptsächlich durch Pollenanalyse entstand – festzustellen, dass es vor allem in Afrika südlich des Äquators lange Regen- und Dürreperioden gab, ähnlich jenen des zwanzigsten Jahrhunderts. Die Mittel zur Kontrolle der Schlafkrankheit liegen dabei in der dynamischen Spannung zwischen kultiviertem Land und Wildnis.¹²⁰ Isobe schildert diesen Sachverhalt eindrücklich durch Bezüge zum deutschen Kolonialreich und der Schlafkrankheit:

„Bis zum Ende der Kolonialzeit kamen die Deutschen kaum auf den Gedanken, dass die von ihnen durchgeführten landwirtschaftlichen Erschließungen wahrscheinlich eine der größten

¹¹⁵ Vgl. Ford, *The Role of the Trypanosomiases in African Ecology*, S. 8.

¹¹⁶ Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 15.

¹¹⁷ Vgl. Ford, *The Role of the Trypanosomiases in African Ecology*, S. 145.

¹¹⁸ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 5, 15.

¹¹⁹ Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 6.

¹²⁰ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 169-170.

Ursachen für die Verbreitung der Schlafkrankheit sein könnte. [...] Sie [waren] der Meinung, dass die Krankheit ‚von außen‘ gekommen sei. Schon vor Beginn der deutschen Kolonialherrschaft sei die wirtschaftliche Erschließung von anderen Kolonialmächten in Gang gesetzt worden. Der rege Personal- sowie Gütertransport in Afrika beschleunigte den Prozess der Krankheitsverbreitung, aber dagegen würden die benachbarten Kolonien keine wirksamen Maßnahmen ergreifen. In diesem Sinne seien die Kolonialdeutschen eher Opfer der gesundheitspolitischen Versäumnisse der anderen Kolonialregierungen im Zeitalter des ‚ungesündesten‘ Afrika. Diese Denkweise prägte sehr stark den Inhalt ihrer Kolonialberichte, die sie regelmäßig dem Reichskolonialamt in Berlin erstatteten.“¹²¹

In Bezug auf dieses Zitat ist allerdings festzuhalten, dass es keineswegs nur durch koloniale Bestrebungen zu Veränderungen der ökologischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Strukturen kam. Sowohl durch die Dorf-Agrikultur als auch Handelskontakte mit Europäern und Asiaten kam es zu Wandlungen in den vorherrschenden Gefügen. Darüber hinaus spielte auch die Schaffung kolonialer Regeln zur Entstehung neuer und komplexerer Krankheitsumfelder für indigene Bevölkerungen eine Rolle.¹²² Diese Veränderungen fanden historisch gesehen zu verschiedenen Zeiten und in unterschiedlichen Teilen des Kontinents statt. Hierbei ist hervorzuheben, dass diese Neuerungen vor allem in Teilen Westafrikas früher stattfanden als in anderen Regionen des Kontinents. Weiters handelt es sich hier keinesfalls um einheitliche gesellschaftliche Systeme wie beispielsweise Unterbringungen, diese weisen von Region zu Region zu jeder Zeit eine große Varianz auf.¹²³

Durch koloniale AkteurInnen kam es vor allem zur Unterwanderung dezentraler Strukturen der Heilung. Mögliche Gründe für dieses Vorgehen gibt Neill. So war es zum Einen sehr teuer, lokale Institutionen zu bilden, zu besetzen und auszustatten. Mit dieser finanziellen Last sahen sich die kolonialen Regierungen oftmals überfordert. Zum anderen war Wissenschaftlern oftmals die Anerkennung anderer Kollegen der eigenen Fachrichtung wichtiger als der tatsächliche Kontakt zu PatientInnen. Der dritte und wahrscheinlich ausschlaggebendste Punkt betrifft die Ausbindung von KolonialmedizinerInnen. Hierbei wurde großen Wert darauf gelegt, eine europäisch-wissenschaftliche Tradition zu vermitteln.¹²⁴ So waren viele Beamte dagegen, AfrikanerInnen nach Großbritannien zu schicken, um ihre medizinische Ausbildung zu gewährleisten. Im Gegensatz dazu hatten weniger Funktionäre ein Problem mit ansässigem Personal, das in anderen afrikanischen Ländern ausgebildet wurde. Als

¹²¹ Isobe, *Medizin und Kolonialgesellschaft*, S. 20. (Hervorhebungen im Original)

¹²² Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 4-5.

¹²³ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 5.

¹²⁴ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 33.

mögliche Gründe für diese Ansicht fungieren laut Tilley Zweifel an den angeborenen Fähigkeiten von AfrikanerInnen und Angst vor sozialer Instabilität.¹²⁵

„The Anatomical Puzzle also implicated another empire: the transnational, hierarchical domain of scientific medicine. This was the medicine of medical schools, hospitals, authoritative texts, credentialed professors, new discoveries, and interesting cases. In the nineteenth century, medical establishments proliferated in the major cities of Europe and North America and sent tendrils that reached out into the hinterlands and the colonial periphery. Within these networks, medical knowledge was produced – and authority constructed – in dissecting rooms, lecture halls, clinics, laboratories, morgues, pathological collections, monographs, and journal articles.“¹²⁶

Neben einem bestimmten durch diese Ausbildung geförderten Umgang mit den verschiedenen Leiden und Krankheiten ist auch die Definition bestimmten Krankheiten zentral. Wenn vor 1880 auf „Fieber“ in Berichten von Ärzten Bezug genommen wird, dann wurde darunter meist die Krankheit Malaria verstanden. Zu dieser Zeit war allerdings noch unbekannt, dass diese von Malariaparasiten hervorgerufen wurde. Auf diese wurde meistens eingegangen, weil EuropäerInnen daran starben. Die lokalen Bevölkerungen erkrankten Rijpma zur Folge ebenfalls an der Krankheit, allerdings starben diese um einiges seltener daran.¹²⁷ Afrika wird auch laut Prins oft als krankheitsverseuchter und technisch rückständiger Kontinent betrachtet. Im 19. Jahrhundert koexistierte diese Ansicht mit einer weiteren, die „den Afrikaner“ selbst beschreibt. Diese entstand aus dem Sachverhalt, dass AfrikanerInnen Krankheiten überlebten, KolonisorInnen jedoch daran starben. Aus diesem Sachverhalt resultierte die Meinung, AfrikanerInnen wären halb Teufel, halb Kind.¹²⁸

Fast alle Reisende im tropischen Afrika vor (und nach) 1880 litten an schwerem Fieber, oftmals malarische Malaria tertiana¹²⁹. Neben der Krankheit selbst stellte allerdings auch die Einnahme von Chinin zur Heilung ein Problem dar, da dieses in zu hoher Dosierung selbst zum Tod führen konnte.¹³⁰ Zusätzlich blieb es meist nicht bei der Einnahme eines einzigen Mittels. Dies ist besonders erstaunlich, da einige Reisende sich zweifelsfrei der Problematik der Eigenmedikation bewusst waren.¹³¹ Es ist anzunehmen, dass so gut wie alle Expeditionen Vorräte an Medikamenten mitführten. Beliebte Heilmittel waren Arsenik, Chinin und Opium. Letzteres wurde entweder als

¹²⁵Vgl. Tilley, *Africa as a Living Laboratory*, S. 226.

¹²⁶ Sappol, „Introduction“, S. 4.

¹²⁷ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 27.

¹²⁸ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 159-160.

¹²⁹ Malaria tertiana ist neben Malaria tropica eine der beiden Formen dieser Krankheit. Bei erster treten dabei im Vergleich seltener Komplikationen oder lebensgefährliche Zustände auf.

¹³⁰ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 29.

¹³¹ Vgl. Fabian, *Im Tropenfeiber*, S. 97.

alkoholische Tinktur mit Namen Laudanum oder aber als injizierbares Morphinum verabreicht. Darüber hinaus wurden noch Zinkoxid und Brechwurz eingesetzt.¹³² Wie diese Liste erkennen lässt, spielten Opiate, Alkohol und nicht immer unumstrittene Medikamente eine große Rolle bei der Erforschung *Afrikas*.

Bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit spielen die Antworten zu mehreren Fragen eine große Rolle: Wie bleibt jemand gesund? Was macht eine Person krank und wie wird sie wieder gesund? Zusätzlich bleibt noch zu klären, warum nicht alle Menschen dieselben Krankheiten unter den gleichen Umständen bekommen.¹³³ Die meisten Gesellschaften existieren in einer Art Gleichgewicht mit ihren Krankheitserregern und passen sich diesem durch eine Vielzahl von biologischen wie kulturellen Maßnahmen an. In die erste Kategorie fällt beispielsweise die sich über Generationen erstreckende Entwicklung von Immunitäten gegen gewisse Erreger.¹³⁴ Einen ausführlichen Einblick in diese Thematik gibt Rijpma in folgendem Zitat:

„A cholera epidemic raged in East Africa in around 1870 but the area was not depopulated. And, why does not everyone in tropical Africa die of sleeping sickness, meningitis and malaria? An acceptable explanation lies, I think, in the existence of an individual factor which decide whether the person concerned is capable of resisting all sorts of ‚disease-producing agents‘. The layman’s word ‚resistance‘ lend itself well for this, when defined as the ability to defend. If the resistance is optimal, so is health; should resistance weaken the successive gradations follow: (vague) complaints, passing sickness, permanent sickness, defects which could prove fatal, and should resistance fail, death [...] everything which reduces resistance has a negative effect on health. The innate defence system cannot work as required. [...] Since then nurture in the broadest sense of the word has only improved in western Europe: more (sometimes too much) food, upbringing and schooling. The most usual course of death – infections – became less significant: formerly they were responsible for 75% of deaths, now only 1%. One can say that the resistance remained intact. People of this part of the world still die, but on average thirty-five to forty years later that they did a century and a half ago. Demographers other than McKeown find these statements too simplistic, but cannot deny that lack of quality food plays the principal role in causing and prolonging many of the diseases in tropical Africa.“¹³⁵

An diesem Zitat wird deutlich, dass die Themenfelder Krankheit und Gesundheit von vielfältigeren Faktoren bestimmt werden als bloß durch die Bestimmung von Krankheitserregern oder die nachfolgende Medikation. Zentral sind auch die allgemeine Nahrungssituation und, wie weiter oben dargelegt, Veränderungen in Ökonomie, Ökologie und den gesellschaftlichen Strukturen. Die meisten tödlichen und zutiefst entkräftenden Krankheiten sind Fieber, Masern, Lungenentzündung, Mangelernährung, Blutarmut, Tetanus, Keuchhusten, Magen-Darm-Entzündungen,

¹³² Vgl. Fabian, *Im Tropenfieber*, S. 95.

¹³³ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 31.

¹³⁴ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S.3-4.

¹³⁵ Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 32, 36.

Kinderlähmung und Atemwegserkrankungen. Diese sind vor allem für Kinder besonders gefährlich. All diese Krankheiten kommen vor allem in niedrigeren sozioökonomischen Schichten vor und stehen in Verbindung mit schlechten Lebensbedingungen und wirtschaftlicher Unsicherheit.¹³⁶ Auch Feierman konstatiert, dass Krankheit und Tod keinesfalls wahllos verteilt sind. So betont der Autor, dass das Risiko zu erkranken oder gar zu sterben aufgrund der sozialen Umstände für ärmere Leute höher ist als für Reiche, Landbewohner oftmals schneller betroffen sind als jene in der Stadt und Kinder aus gesicherten Familienverhältnissen seltener Gefahr laufen, sich ernste oder gar lebensbedrohliche Gesundheitszustände zuzuziehen. Dies ist unter anderem auf die Auswirkungen von Hunger, Mangelernährung und gesundheitsgefährdenden Arbeitsverhältnissen zurückzuführen.¹³⁷ So wurden auch die meisten Epidemien von ökologischem Wandel, Migration und Kontakten mit fremden Gegebenheiten begleitet. Diese neuen Übertragungswege waren keinesfalls einseitig. So brachten nicht nur KolonisorInnen und weitere AkteurInnen dieser Zeit nicht bloß unbekannte Erreger nach *Afrika*, sondern transportierten auch dort anzutreffende Krankheitserreger in andere Gegenden der Welt.¹³⁸ Damit einhergehend argumentieren beispielsweise Patterson und Hartwig, dass es in *Afrika* vor dem Kontakt mit kolonialen Systemen relativ wenige große Epidemien gab. Dies ist auf natürliche Krankheitsbarrieren wie Ozeane oder Wüsten und langsamere Transport- und Kommunikationswege zurückzuführen.¹³⁹ Das Verhältnis zu Mensch und Parasit und umgekehrt wird durch Agrikultur, Ökonomie, Wohnbau, Siedlungsgewohnheiten, demografische Kompositionen, soziale Organisationen, kulturelle und religiöse Gegebenheiten, medizinische Technologie, politische Bedingungen, epidemiologische Geschichte, Ernährung, Vegetation, Fauna und darüber hinaus gehende Faktoren beeinflusst.¹⁴⁰

Durch die Beschäftigung mit den Themenfeldern Krankheit und Gesundheit unter dem Einfluss der kolonialen Bestrebungen kam es zur Entstehung der Tropenmedizin. Diese kann allerdings nicht bloß als Produkt eines medizinischen Fortschritts gesehen werden, sondern ist immer auch eingebettet in einen imperialistischen Kontext zu betrachten:

¹³⁶ Vgl. Falola, „The Crisis of African Health Care Services“, S. 7.

¹³⁷ Vgl. Feierman, „Struggles for Control“, S. 74.

¹³⁸ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 3, 7.

¹³⁹ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 7.

¹⁴⁰ Vgl. Patterson/ Hartwig, „The Disease Factor“, S. 20-21.

„A period of intense violence and exploitation in the colonies, the years between 1885 and 1914 were also characterized by a growing preoccupation with colonial medicine and health. In the metropole, this interest developed into what is now known as tropical medicine, with links to a particular kind of inter-European network, as well as to colonial, political, social, and cultural developments.“¹⁴¹

Auch wenn ökonomischer und ökologischer Wandel sicher nicht als einziger Auslöser für die „ungesündeste Zeit“ in der Geschichte *Afrikas* gesehen werden kann, spielt er doch eine maßgebliche Rolle. Dazu kommen Perioden von Gewalt, Mangelernährung und falschen politischen Entscheidungen, die auf die Gebiete Krankheit und Gesundheit Einfluss nahmen. Allerdings werden diese Faktoren oftmals bei einer historischen Betrachtung *Afrikas* ausgespart. Dies trug dazu bei, das Stereotyp des „kranken Kontinents“ weiterzuverbreiten. Wie bereits dieser Ausdruck selbst vermittelt, handelt es sich hier um den dualistischen Gegenpart von Gesundheit und damit um einen Teil eines hierarchischen Konzeptes.

2.c. „Der kranke Kontinent“ und die Hierarchisierung von Heilungskompetenzen

Historisch betrachtet wurden afrikanische Heilungspraktiken von europäischen Beobachtern außerhalb der westlichen Definition von Medizin platziert. Durch das Betonen angeblich unveränderlicher Traditionen wird der afrikanischen Medizin Vergangenheit und Zukunft abgesprochen und es entsteht das Konstrukt der „Medizin ohne Geschichte“, welches durchaus auch in Zusammenhang mit dem Stereotyp des „geschichtslosen Kontinents“ zu sehen ist.¹⁴² „By emphasizing unchanging tradition, however, this terminology denied African medicine a past or a future, making it a medicine without history for a ‚people without history‘.“¹⁴³

Was die Beschäftigung mit der traditionellen afrikanischen Medizin betrifft, zeichnet sich vor allem auf Basis der einschlägigen medizinischen Journale dieser Zeit ein grundlegendes Problem ab: Es kam niemals zu einer ernsthaften Auseinandersetzung mit ihr. Oftmals waren diese Betrachtungen von dem Versuch gekennzeichnet, der westlichen Medizin entlehnte Praktiken auf tropische Herausforderungen umzulegen. So lag der Fokus fast ausschließlich auf den Arbeiten in Europa ausgebildeter Wissenschaftler.¹⁴⁴ Die Medizingeschichtsschreibung von Afrika begann ausgehend

¹⁴¹ Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 42.

¹⁴² Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 267.

¹⁴³ Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 267.

¹⁴⁴ Vgl. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, S. 35.

von einer imperialen/ kolonialen Richtung. So nahmen die ÄrztInnen mit dementsprechendem Hintergrund an, dass Medizin eine zivile Kraft gegen die dem Konstrukt *Afrika* eingeschriebenen Leiden und den dort vorherrschenden „Aberglauben“ sei. Sie erzählten eine Geschichte von Triumphen der westlichen Medizin, von Krankheiten, die bereits aus Europas eigener medizinischer Geschichte bekannt waren.¹⁴⁵ Diese Ansichten wurden aber nicht bloß durch medizinisches Personal oder MedizinhistorikerInnen weitergetragen, sondern auch durch MissionarInnen. Zur Zeit der wirtschaftlichen Ausbeutung und des medizinischen Imperialismus eröffneten sie Schulen, die von ihren religiösen Aktivitäten und Ansichten geprägt waren. Dabei ging es vor allem darum, sowohl die spirituellen als auch materiellen Werte der indigenen Bevölkerungen zu verändern. So proklamierten sie, dass afrikanische (Heilungs-)Praktiken mit ihren erzieherischen Zielen und den ethischen Ansichten der Bibel unvereinbar wären.¹⁴⁶ Medizinische MissionarInnen waren der Meinung, dass einige Aspekte des europäischen Kolonialismus – wie die Medizin – gut gemeint und notwendig und dadurch auch legitim wären.¹⁴⁷ Darüber hinaus wurden auch im 20. Jahrhundert einige Arbeiten zur Medizingeschichte *Afrikas* verfasst, deren AutorInnen in den meisten Fällen Kolonial- oder MissionsmedizinerInnen waren. In diesem Sinne waren die meisten dieser Texte auch von einer traditionelleren Tonart geprägt, die vor allem den Erfolg des Menschen feierten, nicht bloß seine Umwelt zu verstehen, sondern sich selbige auch nach den jeweiligen Bedürfnissen untertan zu machen.¹⁴⁸ In diesem Sinne wurde oftmals versucht die Afrikaforschung als Geschichte von Leistungen zu schreiben. Das Spektrum reichte dabei von zufriedenstellender Arbeit bis zur Beschreibung heroischer Großtaten.¹⁴⁹ Diese Ansicht äußert sich auch in einer historischen Betrachtung des Kontextes, wie dieses Zitat von Lyons illustriert:

„The historian can approach the subjects of disease and medicine in a number of ways. More traditional historians of medicine concentrate on the impressive scientific achievements in Western medicine, beginning their story with medical knowledge and practices of the ancient Greeks and Romans. Other medical historians are concerned with the social history of medicine although their focus remains on technical and scientific achievements. They discuss societal relations in connection with the development of medical science and they tend to be more critical and analytical than their more traditional colleagues. Both of these groups of historians are

¹⁴⁵ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 274-275.

¹⁴⁶ Vgl. Bonsi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine“, S. 50.

¹⁴⁷ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 162.

¹⁴⁸ Vgl. Lyons, *The Colonial Disease*, S. 1.

¹⁴⁹ Vgl. Fabian, *Im Tropenfeiber*, S. 87.

generally of the opinion that Western biomedicine is the correct path to pursue in the effort to salve and solve the ills of mankind.“¹⁵⁰

So entstand eine vor allem auf eurozentristischen Maßstäben basierende Medizingeschichtsschreibung. Die vergleichsweise wenigen kolonialen Quellen, die sich mit Medizin auseinandersetzen, werden klar von der Geschichte der westlichen (nördlichen) Medizin dominiert.¹⁵¹ Neben dieser mangelhaften Beschäftigung mit indigenen Praktiken tritt bei dieser Thematik eine eindeutige Gewichtung der Quellenlage in den Vordergrund, bei der präkoloniale Schriften, die mit dem Konstrukt des „kranken Kontinents“ brechen, außen vor gelassen werden. Wie bereits erwähnt, fallen auch Teile der Aufzeichnungen David Livingstones damit unter die Wahrnehmungsgrenze:

„What precolonial-era doctors wrote about health, nutrition and food supply in tropical Africa has received comparatively little attention, despite their reports furnishing valuable insights, some of which are in contrast to the image of the continent today. The statement that ‚in the more central parts the people were remarkably kind and civil and free from disease‘ will surprise many, just as the comment that many diseases common in England were not present in tropical Africa in 1856¹⁵².‘ Similarly, it seems not widely known that before the Scramble for Africa, exceptionally productive food supply systems existed, which produced beyond what was necessary for self-sufficiency. Food production of the indigenous population was characterized by three principles – innovation, diversification and specialization – making them genuine *green revolutions*. This led, 150 years ago, to the conclusion that ‚if agriculture were a test of civilization the theses are not savages‘¹⁵³.“¹⁵⁴

Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, dass die Thematik Medizin an sich auch immer im Kontext von Modernität und Fortschritt steht.¹⁵⁵ So können die Aufzeichnungen von Livingstone dazu beitragen, mit dem Stereotyp der angeblichen „Unterentwicklung“ zu brechen.¹⁵⁶ Diese „Zurückgebliebenheit“ Afrikas wird sowohl in der heutigen medizinischen Literatur zu *Afrika* als auch in älteren Publikationen beschrieben, wie 1939 durch die Anthropologin Audrey Richards.¹⁵⁷ Unter diesen Gesichtspunkten wurde *Afrika* als Ort für Tod, Krankheiten und Degeneration konstruiert. Diese Imagination basiert auf simplen Dualismen wie Schwarz und Weiß, Gut und Böse, Licht und Dunkelheit.¹⁵⁸ Heaton beschreibt den Begriff des *Fortschritts* am Beispiel von Nigeria. Dabei hebt er vor allem die Dialektik zwischen *Modernisierung* und *Indirect*

¹⁵⁰ Lyons, *The Colonial Disease*, S. 1.

¹⁵¹ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 268.

¹⁵² Livingstone nach Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. XVII.

¹⁵³ Livingstone nach Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. XVII.

¹⁵⁴ Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. XVII.

¹⁵⁵ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 273., vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 202.

¹⁵⁶ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 6.

¹⁵⁷ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 8.

¹⁵⁸ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 2.

*Rule*¹⁵⁹ hervor. Letztere impliziert den generellen Wunsch, die indigenen politischen Strukturen und kulturellen Traditionen beizubehalten. *Modernisierung* hingegen bezieht sich Heaton zur Folge auf die Abnutzung der traditionellen Strukturen und deren Ersetzung durch europäische.¹⁶⁰

„Social constructionist analyses of biomedicine take many forms. Most do not stop at the ‚biological fact‘, and do not uphold any division itself being a social construction born of a particular period of European history.“¹⁶¹

Darüber hinaus wird oft der Eindruck erweckt, dass die sogenannte „Unterentwicklung“ ein seit Jahrhunderten andauernder Zustand ist. Im Gegensatz dazu verweist Rijpma auf das Buch Paul Belloni du Chaillu, der die wundervollen Gärten der indigenen Bevölkerung in Gabon rühmt. Im Zuge dessen wirft der Autor die Frage auf, ob die sogenannte „Unterentwicklung“ nicht doch viel eher als „unterbrochene Entwicklung“ zu verstehen ist.¹⁶² Auch Prins steht der These kritisch gegenüber, dass *Afrika* schon immer ein unnatürlicher und ungesunder Kontinent gewesen sei.¹⁶³ Entgegen vieler gängiger Darstellungen hebt Vaughan ebenfalls heraus, dass keineswegs anzunehmen ist, dass Afrika bereits in präkolonialer Zeit als krankheitsverseuchter, „dunkler“ Kontinent oder als leerer Raum galt, in dem erst die Biomedizin ihre Spuren hinterließ.¹⁶⁴

„To find out whether European doctors who travelled in tropical Africa before 1880 had described the ‚fundamental characteristics of the syndrome‘, all their publications were read. A number of them did not count because they were written by missionary, army and navy doctors who only wrote about the diseases of Europeans (and themselves) in coastal areas that had already been colonized. The fascinating books by famous doctors such as Dapper, Leyden and Ludoph are based on hearsay and are therefore not used: none of them was ever in tropical Africa.“¹⁶⁵

Aus den in diesem Zitat erwähnten präkolonialen Aufzeichnungen geht hervor, dass nur Einzelfälle von Mangelernährung erwähnt werden und dies alles in allem 1880 keine wichtige Rolle einnahm.¹⁶⁶ Livingstone hinterließ eine Flut von Informationen. Seine Aufzeichnungen zu den Themen Gesundheit und Krankheit, Ernährung und der

¹⁵⁹ *Indirect Rule* ist eine bestimmte Form der Kolonialstaatlichen Organisation, in welcher die bereits bestehenden, lokalen Machtstrukturen in die Herrschaftshierarchie miteingegliedert werden.

¹⁶⁰ Vgl. Heaton, *Black Skin, White Coats*, S. 32.

¹⁶¹ Vaughan, *Curing their Ills*, S. 7.

¹⁶² Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 10.

¹⁶³ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 161.

¹⁶⁴ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 203.

¹⁶⁵ Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 22.

¹⁶⁶ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 22.

Nahrungssituation selbst sind laut Rijpma einzigartig. Allerdings sind seine Informationen auf einen Zeitraum von 1853 bis 1873 beschränkt.¹⁶⁷

Im präkapitalistischen *Afrika* war die medizinische Versorgung dezentralisiert. Dies ermöglichte allen Gesellschaftsschichten (sogar Sklaven), die zur Verfügung stehenden medizinischen- und gesundheitsbezogenen Dienste effektiv zu nutzen.¹⁶⁸ Hierbei ist herauszustellen, dass die medizinische Macht in *Afrika* vor allem in Vergleich mit europäischen Strukturen weniger zentral kontrolliert verortet war.¹⁶⁹ Die afrikanische medizinische Umwelt war und ist pluralistisch. Sie enthält viele Formen von Therapie. Laut Prince gibt es vier traditionelle therapeutische Methoden, welche *the art of ngagnga* (afrikanische TherapiespezialistInnen) genannt werden. Die Formen bestehen aus *kinship therapy*, *purification* und *initiation* und der westlichen Medizin. Das Individuum trifft seine Entscheidungen, welche Heilmethode es anwenden will, nicht alleine. Er oder sie wird von einer Gruppe von Kin, Peers und den Spezialisten begleitet, welche in den verschiedenen Stationen der Krankheit die Verantwortung für einen Wechsel der Therapie übernehmen.¹⁷⁰

„For each successive mode of production (slavery, feudal, and capitalist) the organization of medicine is seen to be consistent with both the relations of production as well as the level of the development of productive forces. An explanation that comes from the mode of production argument throws light on the continual existence of indigenous medicine along with Western medicine in Africa. While capitalism has taken hold in Africa since the establishment of colonialism, not all of Africa is capitalist. Some rudiments of African precapitalist modes still exist.“¹⁷¹

Das Auftreten des Kolonialismus in *Afrika* hatte große Auswirkungen auf Medizin und Heilung in diesem Raum. Denn damit ging auch die Einführung der Kriterien des kapitalistischen Produktionsmodus einher. Diese beruhten auf ungleicher Verteilung und Ungleichheiten in Bezug auf den Zugang zu wissenschaftlicher Medizin.¹⁷² Allerdings hatte die westliche Biomedizin niemals ein Monopol auf die Gründe und Behandlungsmethoden von Krankheiten in kolonialisierten Gebieten.¹⁷³ Rijpma formuliert einige Charakteristiken für afrikanische Gesellschaften vor 1880 folgendermaßen:

„1. The population was generally considered healthy and well-fed. 2. Frequent and lengthy breastfeeding (and sexual abstinence) resulted in birth spacing and thereby protection of the

¹⁶⁷ Vgl. Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S.25.

¹⁶⁸ Vgl. Ityavyar, „Health in Precolonial Africa“, S. 40.

¹⁶⁹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 10.

¹⁷⁰ Vgl. Prins, „But What Was the Disease?“, S. 172-173.

¹⁷¹ Ityavyar, „Health in Precolonial Africa“, S. 43-44.

¹⁷² Vgl. Ityavyar, „Health in Precolonial Africa“, S. 46.

¹⁷³ Vgl. Heaton, *Black Skin, White Coats*, S. 32.

last-born child from ‚malnutrition‘ for years. 3. The commonly reported poverty, famine and wars were of limited magnitude, certainly compared with the time after 1880.“¹⁷⁴

Wie in diesem Kapitel deutlich wird, ist die Idee einer Medizingeschichte im Allgemeinen und vor allem die Medizingeschichte *Afrikas* durch ein bestimmtes Verständnis, was Geschichte denn nun eigentlich ist, geprägt. Diese Vorstellung wird vor allem auch durch die Annahme gekennzeichnet, dass die Definition von Historie von westlichen Ursprüngen und Formen durchzogen ist.¹⁷⁵ Neben politischer und ökonomischer Dominanz führte die koloniale Penetration auch zu medizinischem Imperialismus. Koloniale AkteurInnen machten klar, dass afrikanische Medizin weniger effektiv und akzeptabel sei als euro-amerikanische Therapieformen. So stellte man sich unter afrikanischen Heilungspraktiken vordergründig in Federn gekleidete Wilde vor, die aufsehenerregende Tänze aufführten und irrationale, dubiose und auf Aberglauben und Intoleranz basierende Riten durchführten.¹⁷⁶ Als die Biomedizin in *Afrika* Fuß fasste, sah sie sich mit vielen verschiedenen, nebeneinander existierenden Heilungssystemen konfrontiert.¹⁷⁷ Die Auswirkungen dieses Zusammentreffen beschreibt Bonsi am Beispiel von Westafrika. Die koloniale Penetration führte zur Unterentwicklung indigener, afrikanischer, medizinischer Institutionen in westafrikanischen Ländern. Durch die Eingliederung ins Kolonialreich wurden die Strukturen der europäischen Zentren auch in den neuen Peripherien übernommen.¹⁷⁸ Im Zuge dessen möchte ich klarstellen, dass es mir hier nicht um ein „Ranking“ von verschiedenen Heilungspraktiken oder Kompetenzen geht. Viel eher soll dieser Abschnitt den historischen Wandel von Gesundheitsstrukturen und –management in *Afrika* beleuchten.

„Nevertheless, what is evident from these accounts of ‚medical pluralism‘ when placed next to the material presented in this book, is that the power of colonial medicine lay not so much in its direct effects on the bodies of its subjects (though this was sometimes significant) but in its ability to provide a ‚naturalized‘ and pathologized account of those subjects. Biomedicine helped produce a concept of ‚the African‘ and an account of the effects of social and economic change which was plausible and socially relevant to colonial administrators and, at various points, to individual Africans themselves. Though medical knowledge did not mean power in any direct sense, it certainly helped to make some people feel powerful.“¹⁷⁹

Die hier beschriebene Dezentralisierung von Heilungssystemen führte zu tiefgreifenden Veränderungen in der gesellschaftlichen Struktur (selbige werden vor

¹⁷⁴ Rijpma, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease*, S. 38-39.

¹⁷⁵ Vgl. Schumaker, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa“, S. 277.

¹⁷⁶ Vgl. Bonsi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine“, S. 51.

¹⁷⁷ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 24.

¹⁷⁸ Vgl. Bonsi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine“, S. 52.

¹⁷⁹ Vaughan, *Curing their Ills*, S. 25.

allem in Kapitel 2.b. deutlich). Hierzu ist jedoch zu sagen, dass bis heute neben biomedizinischen Methoden auch indigene Praktiken angewendet werden. So arbeiten heute, wie zur Zeit der kolonialen Penetration, in vielen afrikanischen Gesellschaften verschiedene Arten von Heilern Seite an Seite. Darunter sind beispielsweise ÄrztInnen und medizinische AssistentInnen, SpezialistInnen für Hexerei und Besessenheit und religiöse christliche und muslimische HeileInnen, um nur einige VertreterInnen zu nennen. Mit Vielschichtigkeit geht gleichzeitig eine Co-Existenz unterschiedlicher Autoritäten einher.¹⁸⁰

Vor allem die Biomedizin steht immer wieder in einem die Effekte der „Modernisierung“ betreffenden Diskurs.¹⁸¹ *Afrika* war entgegen vieler Darstellungen vor Ankunft der Biomedizin kein leerer Raum, in dem diese ihre Spuren hinterließ. Es ist wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass die Biomedizin nicht nur *an* AfrikanerInnen angewendet, sondern auch *von* ihnen ausgeführt wurde. Damit ist diese genauso „afrikanisch“ wie alle anderen Systeme der Heilung, die auf diesem Kontinent praktiziert werden.¹⁸² So ist jede Form von Medizin, die in *Afrika* von afrikanischen KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen und medizinischen AssistentInnen praktiziert wird, als *afrikanisch* zu verstehen.¹⁸³ Zudem fand der erste Kontakt mit biomedizinischen Theorien auf diesen Kontinent keineswegs erst im 19. Jahrhundert durch TropenforscherInnen und MedizinerInnen statt. Die westliche Medizin wurde bereits im 16. Jahrhundert durch den Kontakt mit dem Mittleren Osten und den mediterranen Küstenkulturen in Westafrika bekannt. Von den Portugiesen wurden beispielsweise Behandlungsorte in Benin, Warri und Cape Coast eröffnet. Diese Zentren expandierten während des transatlantischen Sklavenhandels.¹⁸⁴

Die Gebiete Medizin und Gesundheit in *Afrika* werden von vielen verschiedenen Thematiken geprägt. Darunter fällt zum einen die Legitimation des imperialen Eingreifens durch das Selbstbild des „Retters“. Zum anderen impliziert dies eine Vormachtstellung gegenüber *Afrika* und indigenen Systemen der Heilung. Dieses Hierarchisierungskonzept stellt sich vor allem anhand einer immer wieder deutlich zu hervortretenden Konstruktion des „Anderen“ dar. Das Eingreifen führte vor allem zur Veränderung der dezentralen Organisation der Heilungsinstitutionen. Weiters wurden

¹⁸⁰ Vgl. Feierman, „Struggles for Control“, S. 73.

¹⁸¹ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 202.

¹⁸² Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 203.

¹⁸³ Vgl. Vaughan, *Curing their Ills*, S. 25.

¹⁸⁴ Vgl. Bonsi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine“, S. 54.

afrikanische Länder durch koloniale Penetration und die erfolgreichen Eingliederung in das kapitalistische System zu einem potenziellen Markt für medizinische Waren aus Europa.¹⁸⁵ Die Konstruktion des „Anderen“ hat also mehrere Seiten. So wird das „Fremde“ als Abgrenzung zur eigenen Gesellschaft oder viel eher zum eigenen *Idealbild* einer Gesellschaft eingesetzt. Gleichzeitig wird das Bild des „Retters“ *Afrikas* und der damit einhergehende Glaube generiert, dass die Vorgehensweisen und Praktiken der „eigenen“ Gemeinschaft durch eine zivilisatorische Mission zum Vorteil aller Beteiligten legitim wären. Diese Zuschreibungen bzw. Formen des *Otherings* wurden vor allem anhand von Berichten der Reisenden vermittelt. Als Beispiel können hier die Analysen Pratts dienen, die ihre Beobachtungen zu diesem Genre vor allem auf die Aufzeichnungen John Barrows stützt:

„Any reader recognizes here a very familiar, widespread, and stable form of ‚othering‘. The people to be othered are homogenized into a collective ‘they’, which is distilled even further into an iconic ‘he’ (the standardized adult male specimen). This abstracted ‘he’/‘they’ is the subject of verbs in a timeless present tense, which characterizes anything ‘he’ is or does not as a particular historical event but as an instance of a pregiven custom or trait. [...] Through this discourse, encounters with an Other can be textualized or processed as enumerations of such traits. This is what happens in modern anthropology, where a fieldwork encounters results in a descriptive ethnography. It also happens in ethnography’s antecedent, the portait of manners and customs.“¹⁸⁶

Neben der Tatsache, dass das Stereotyp des „kranken Kontinents“ durch Praktiken des *Otherings* erzeugt wird, wird bei näherer Betrachtung der Themenfelder Krankheit und Gesundheit noch eine weitere Implikation sichtbar: Hierbei handelt es sich keinesfalls um das einzige von kolonialen AkteurInnen generierte Konstrukt in Verbindung mit *Afrika*. Viel eher ist das Stereotyp des „kranken Kontinents“ bloß ein kleiner Teil, um ein breit angelegtes „Anderes“ zu generieren. In diesem Kapitel fällt vor allem auf, dass es um einen Generalverdacht gegen „die AfrikanerInnen“ geht und die damit einhergehende Tendenz, den gesamten Kontinent als „krank“ oder „zurückgeblieben“ wahrzunehmen, oder dabei Rücksicht auf etwaige unterschiedlicher Gegebenheiten zu nehmen.

Sowohl die genauere Beleuchtung der UrheberInnen, des Ursprungs dieser Zuschreibungen und der damit einhergehenden Hierarchisierungstendenzen haben eines gemeinsam: Es geht hier um Macht. Die Macht, Dinge und Menschen zu benennen und ihnen Charakteristiken zuzuschreiben. Die Macht, Geschichte aufbauend auf den Werten und Ansichten der „eigenen“ Gesellschaft zu schreiben.

¹⁸⁵ Vgl. Bonsi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine“, S. 51.

¹⁸⁶ Pratt, „Scratches on the Face of the Country“, S. 139. (Hervorhebungen im Original)

Aber vor allem auch die Macht, andere als „unterlegen“, „defizitär“ und schlichtweg „fremd“ darzustellen. In diesem Sinne kann diese Thematik auch aus einem machtphilosophischen Blickwinkel betrachtet werden. In Zuge dessen sticht bei näherer Betrachtung der Sekundärquellen immer wieder heraus, dass sich einige davon sich auf die Werke Michel Foucaults beziehen.¹⁸⁷ Wie in Abschnitt 2.b. deutlich wurde, gehen Krankheit und Gesundheit Hand in Hand mit dem Betrachtungswinkel. So könnte der Zusammenhang zwischen *blackness* und *sickness* auch folgendermaßen dargestellt werden:

„We have now got in the habit of perceiving in madness a fall into a determinism where all forms of liberty are gradually suppressed; madness shows us nothing more than the natural constants of a determinism, with the sequences of its causes, and the discursive movement of its forms; for madness threatens modern man only with that return to the bleak world of beasts and things, to their fettered freedom [...] It was not a question of tending toward a determinism, but of being swallowed up by a darkness. More effectively than any other kind of rationalism, better in any case than our positivism, classical rationalism could watch out for and guard against the subterranean danger of unreason, that threatening space of an absolute freedom.“¹⁸⁸ „The madman is not the first and the most innocent victim of confinement, but the most obscure and the most visible, the most insistent of the symbols of the confining power.“¹⁸⁹

In diesem Zitat stellt Foucault *madness* einer bestimmten Norm gegenüber. Alles was aus diesem Rahmen fällt, wird als „fremd“ und potenzielle Gefährdung angesehen. Schon alleine durch diese Konstruktion eines *Bestimmenden* und eines *Bestimmten* wird eine Verbindung zu dem in dieser Arbeit behandelten Thema deutlich. Dieser Bezug spiegelt sich auch in einem anderen Werk Foucaults wider, *The Birth of the Clinic*. Hierbei wird vor allem eine ähnliche zeitliche Kategorisierung zu jener, die zu Beginn des Kapitels herausgestellt wurde, deutlich.

„In the eighteenth century, the fundamental act of medical knowledge was the drawing up of a ‚map‘ (*repérage*): a symptom was situated within a disease, a disease in a specific *ensemble*, and this *ensemble* in a general plan of the pathological world. [...] The locus in which knowledge is formed is no longer the pathological garden where God distributed the species, but a generalized medical consciousness, diffused in space and time, open and mobile, linked to each individual existence, as well as to the collective life of the nation, ever alert to the endless domain in which illness betrays, in its various aspects, its great solid form. [...] The other myth proceeds from a historical reflexion carried to its conclusion. Linked as they are with the conditions of existence and with the way of life of individuals, diseases vary from one period and one place to another.“¹⁹⁰

Darüber hinaus enthält dieses Zitat eine zweite bedeutende Aussage: die Konstruktion von Krankheit und Gesundheit auf Basis bestimmter Weltanschauungen. Dieser Sachverhalt steht in weiterer Folge mit dem Herausbilden von Normen in Verbindung.

¹⁸⁷ Bspw. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 8-12.

¹⁸⁸ Foucault, *Madness and Civilization*, S. 83-84.

¹⁸⁹ Foucault, *Madness and Civilization*, S. 225.

¹⁹⁰ Foucault, *The Birth of the Clinic*, 29-33. (Hervorhebungen im Original)

„Medicine must no longer be confined to a body of techniques for curing ills and of the knowledge of *healthy man*, that is, a study of *non-sick man* and a definition of the *model man*. In the ordering of human existence, it assumes a normative posture, which authorizes it not only to distribute advice as to healthy life, but also to dictate the standards for physical and moral relations of the individual and of the society in which he lives. It takes its place in that borderline, but for modern man paramount, area where a certain organic, unruffled, sensory happiness communicates by right with the order of a nation, the vigour of its armies, the fertility of its people, and the patient advance of its labours.“¹⁹¹

So geht Foucault selbst in *Madness und Civilization* davon aus, dass Verrücktheit und in diesem Sinne „Andersartigkeit“ individualisiert wird.¹⁹² Auch in *The Birth of the Clinic* spricht Foucault, wie in obigen Zitaten deutlich wird, von einer Individualisierung von Krankheit. Dieses wirkt sich sowohl auf die Konzeption von Einzelnen als auch von Gruppen aus. Allerdings gibt es auch Kritik daran, dieses von Foucault entwickelte Machtverständnis, welches eindeutig einer westlich-europäischen Denktradition entstammt, auf *Afrika* umzulegen. So geht Vaughan davon aus, dass koloniale Staaten, was ihre Überwachungs- und Kontrollmechanismen betrifft, nicht mit europäischen Staaten verglichen werden können. Weiters verweist sie darauf, dass der medizinische Macht- und Wissenskomplex unter kolonialer Kontrolle bei weitem weniger zentral organisiert ist, als dies in modernen europäischen Staaten der Fall war. Darüber hinaus gibt es Unterschiede in Bezug auf *Otherness* in einem europäischen und einem afrikanischen Kontext, beispielsweise wurde auf Unterschiede zwischen AfrikanerInnen nur zögerlich eingegangen.¹⁹³ So beschreibt Vaughan im weiteren Verlauf:

„In colonial medical discourse and practice colonial Africans were conceptualized, first and foremost, as members of groups (usually but not always defined in ethnic terms) and it was these groups, rather than individuals, who were said to possess distinctive psychologies and bodies. In contrast to the developments described by Foucault, in colonial –africa group classification was a far more important construction than individualization. Indeed, there was a powerful strand in the theories of colonial psychologists which denied the possibility that Africans might be self-aware individual subjects, so bound were they supposed to be by collective identities. If modern power operates through the creation of the ‚speaking subject‘, then this colonial power cannot be the power which Foucault is describing.“¹⁹⁴

Sowohl bei Foucault als auch in einem kolonialmedizinischen Kontext geht es um Macht. Allerdings stehen hier unterschiedliche Konzeptionen der gleichen Thematik im Vordergrund, wie Vaughan ausführlich darstellt. In diesem Sinne ist es zwar wichtig, auch über das Konzept Foucaults in Verbindung mit meiner Thematik zu diskutieren,

¹⁹¹ Foucault, *The Birth of the Clinic*, 34-35.

¹⁹² Vgl. Foucault, *Madness and Civilization*, S. 228.

¹⁹³ Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 10-11.

¹⁹⁴ Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 11.

da es sich hier um weithin bekannte Theorien handelt, allerdings müssen auch die Unterschiede aufgezeigt werden, die sich bei einer genaueren Betrachtung ergeben.

In diesem Teil meiner Arbeit lag das Hauptaugenmerk vor allem auf alten Medien, insbesondere Reiseberichten und Forschungsaufzeichnungen und deren Umgang mit der Konstruktion eines „Fremden“ und damit einhergehenden Zuschreibungen. Hierbei handelt es sich allerdings nicht bloß um längst in Vergessenheit geratene Konstrukte oder ausschließlich zur Kolonialzeit wirksame Vorurteile und imaginäre Zusammenhänge. Viel eher wird der „kranke Kontinent“ und die damit verbundenen Implikationen auch zur heutigen Zeit und von neuen Medien, wie in diesem Fall durch das Fernsehen, wiederaufgegriffen, neu erschaffen und weitertradiert.

3. Koloniale Stereotype in modernen Theorien

Stereotype sind veränderlich.¹⁹⁵ Ihnen ist eine große Bandbreite an Charakteristiken zugeschrieben. Darüber hinaus stehen sie sowohl mit positiven als auch mit negativen Konnotationen in Verbindung.¹⁹⁶ Nichtsdestotrotz wird dieser Begriff in der Literatur oftmals mit den Konzepten „Vorurteil“ und „Feindbild“ gleichgesetzt bzw. gibt es keine definitorisch klare und konsensuale Abgrenzung.¹⁹⁷

„Stereotype sind wie Bilder insgesamt Produkte der kognitiven Realitätsumformung, die das Übergewicht des Bildsystems gegenüber dem Einzelbild ausdrücken, oder anders formuliert, bei dem die Wahrnehmung das Resultat vorangegangener Wahrnehmungen und etablierter Bildstrukturen ist.“¹⁹⁸

Die sowohl im vorhergehenden Kapitel als auch hier zu Beginn thematisierten Stereotype sind nicht bloß in kolonial-historischen Zusammenhängen zu finden, sondern haben auch in moderner medialer Berichterstattung ihren Platz, wie meine Masterarbeit verdeutlichen soll. Was die Wahl meines Untersuchungszeitraumes bzw. den Beginn desselben betrifft, kommt hier ein Sachverhalt zu tragen, der auch in der einschlägigen Literatur immer wieder hervorgehoben wird, so auch in einem Interview von Cornelia Wilß mit der Journalistin Sabine Christiansen. Themen, die aus der „fernen Dritten Welt“ kommen, werden oftmals als irrelevant eingestuft. Dabei zeichnet sich eine deutliche Tendenz ab: Berichtet wird erst, sobald man von etwas „Großem“ sprechen kann, wie eben in diesem Fall von einer „Epidemie“.¹⁹⁹

„Auslandsberichterstattung ist massenmedial erzeugtes und vermitteltes Auslandsbild.“²⁰⁰ Hierbei fällt vor allem auf, dass eine Konfliktperspektive oftmals im Vordergrund steht. So braucht es oftmals soziale Krisen, Konflikte oder Katastrophen um die Nachrichtenschwelle zu überwinden und zu einer nachhaltigen Berichterstattung zu führen.²⁰¹ Allerdings weist Christiansen auch explizit auf die Schwierigkeit hin, diese Art der Darstellung zu ändern:

„Sie müssen aber auch sehen, dass sich so eine Entwicklung nur langsam vollzieht. Wenn man sie aufpflöpft, geht sie nicht in die Köpfe hinein. Irgendwann kommt die Ablehnung, ob beim

¹⁹⁵ Vgl. Gilman, *Rasse, Sexualität und Seuche*, S. 10.

¹⁹⁶ Vgl. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 116-117.

¹⁹⁷ Vgl. Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 39.

¹⁹⁸ Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 39.

¹⁹⁹ Vgl. Wilß, „Und dann noch ein lustiges Schlussstück...“, S. 23 / vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 386.

²⁰⁰ Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 50.

²⁰¹ Vgl. Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 60.

Zuschauer oder bei Kollegen, die das nicht so sehen. Der Vorwurf heißt, dass die Zuschauer das nicht nachvollziehen können, weil es zu weit weg ist von ihren Erfahrungen.“²⁰²

Dieses Phänomen geht mit einer weiteren Schlussfolgerung Köpps einher, die auch auf die von mir untersuchte Thematik zutrifft. Es ist immer die Rede von der größten oder schlimmsten Katastrophe. Dies unterstreicht die lediglich temporäre Aufmerksamkeit der Medien in Bezug auf Themen, die mit *Afrika* in Verbindung stehen. Darüber hinaus sind diese zumeist negativ konnotiert.²⁰³ Wilß spricht in ihrem Interview mit der ARD-Journalistin Christiansen die Thematik stereotypisierende Medienberichterstattung an. Dabei zieht Letztere den Schluss, dass Berichterstattung im Allgemeinen klischeehaft ist.²⁰⁴

3. a. Stereotype und die Eigenheiten von Fernsehbildern

Heutzutage spielen Massenmedien einen immer deutlicheren Part in der Formation von öffentlichem Raum/ gemeinschaftlichem Raum als früher.²⁰⁵ Fernsehbilder zeichnen sich durch einen für dieses Bildmedium typischen Zwiespalt aus. Einerseits gelten sie als „dokumentarische“ Aufnahmen. Damit werden sie als technische und „authentische“ Realität rezipiert. Andererseits steht ihrem Anspruch, die Welt so zu zeigen, wie sie ist, ihre hochgradige Stereotypie entgegen.²⁰⁶ Eine Möglichkeit, „Sachlichkeit“ oder „wissenschaftliche Objektivität“ zu suggerieren, besteht darin, vor allem auf Zahlen und Daten zurückzugreifen. Dies wird von den Zusehern oft als Spezial- und Expertenwissen gedeutet.²⁰⁷ Dies geht mit einer gewissen Mystifizierung der Wissenschaft einher, in welcher sich autorisierte SpezialistInnen einer technischen Sprache bedienen.²⁰⁸

Darüber hinaus wird der/ die ReporterIn von den RezipientInnen häufig als Autorität wahrgenommen, als jemand, der die Fakten besitzt und auch das Recht hat, diese zu vermitteln. Allerdings ist das Verhältnis zwischen Publikum und VermittlerIn um einiges komplizierter. In diesem Sinne sieht der/ die ReporterIn neben Informationsvermittlung

²⁰² Wilß, „Und dann noch ein lustiges Schlussstück...“, S. 24.

²⁰³ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 227.

²⁰⁴ Vgl. Wilß, „Und dann noch ein lustiges Schlussstück...“, S. 23.

²⁰⁵ Vgl. Castells, *The New Public Sphere*, S. 79.

²⁰⁶ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 74.

²⁰⁷ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 32.

²⁰⁸ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 14.

es auch als seine/ ihre Aufgabe zu unterhalten.²⁰⁹ Aus diesem Grund kommen oftmals sprachliche Phrasen zur Anwendung, die als „attention grabbing features“²¹⁰ beschrieben werden können.²¹¹ Was Medienformate und im Besonderen das Fernsehen betrifft, ist es oftmals das Ziel zu unterhalten, ohne Rücksicht auf die Komptabilität mit dem jeweiligen Programm.²¹²

„This exact takes one step further the tendency in the earlier one for reporter and audience identities and relations to be on the entertainer – consumer model. The genre is past-event narrative, and the story is told through a combination of words and what the programme identifies as a filmed reconstruction of the incident. The extract, and indeed the programme as a whole, is on the borderline between information and entertainment, and between fact and fiction.“²¹³

Diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen Köpps. Sie verweist darauf, dass im Kontext mit *Afrika* oft Superlative bzw. superlativische Wendungen und Zahlwörter wie *Tausende* oder *Millionen* verwendet werden. Die Nennung dieser Ausdrücke führt zu zwei gegensätzlichen Effekten. Einerseits führt das Herausstellen hoher Zahlen zu einer Dramatisierung des Ereignisses, andererseits vermittelt diese Rhetorik den Eindruck von einer dunklen, anonymen Masse.²¹⁴

Oftmals wird im Zuge der Berichterstattung die homogene Kultur der Mehrheitsgesellschaft reproduziert.²¹⁵ Medieninhalte sind nicht neutral, sondern parteiisch/ voreingenommen. Sie werden von professionellen, organisatorischen, sozialen und politischen Konventionen hinsichtlich ihrer Rahmung beeinflusst.²¹⁶

But today the public expression of racism, ethnicism, and intolerance is more complex than it was in the past because it tends to occur in situations where tolerance of diversity is a socially recognized norm, frequently one that is legally sanctioned. Indeed, several studies have shown a general decline in prejudice over the past 50 years.“²¹⁷

Die mediale Berichterstattung ist mitverantwortlich für die Erzeugung und Verfestigung ethnisch-kultureller Konflikte, wie Scheffer erläutert.²¹⁸ Eine Paradoxie und Schwierigkeit in Verbindung mit Medien ist, dass sie die einzigen Mittel sind, die den Schaden, den sie verursacht haben, zum Teil mindern können.²¹⁹ Medien folgen ihrer

²⁰⁹ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 4.

²¹⁰ Fairclough, *Media Discourse*, S. 4.

²¹¹ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 4.

²¹² Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 11.

²¹³ Fairclough, *Media Discourse*, S. 6.

²¹⁴ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 227.

²¹⁵ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 145.

²¹⁶ Vgl. Tzogopoulos, *The Greek Crisis in the Media*, S. 8.

²¹⁷ Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 7.

²¹⁸ Vgl. Scheffer, „Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen“, S. 18.

²¹⁹ Vgl. Scheffer, „Vorwort“, S. 10.

eigenen Logik und konstruieren dadurch oftmals eine zweite virtuelle Realität, die meist mit spezifischen politischen Interessen und formalen Kriterien einhergeht.²²⁰ Allerdings kann aufgrund von Medieninhalten keinesfalls auf Medienwirkungen geschlossen werden.²²¹

„Massenmediale Kommunikation erzeugt auf der Rezipientenseite ein merkwürdiges Phänomen, auf das der Agenda-setting-Ansatz der Medienforschung hinweist. Nach diesem theoretischen Erklärungsmuster haben Massenmedien zwar keinen direkten Einfluss darauf, wie spezielle Themen in der Öffentlichkeit debattiert und gewertet werden. Sie können allerdings als gewaltige Öffentlichkeitsagenturen bestimmen, was an Themen auf die Agenda gesetzt wird. Haben sich bestimmte Ereignisse oder Phänomene wie z.B. ‚Fremde‘ einmal als öffentlichkeitswürdige Themen etabliert, nimmt die weitere Entwicklung dieser Themen dann einen unberechenbaren Lauf.“²²²

In der Entstehung jedes Fernsehbeitrages stellt sich die Frage, welche Informationen in den Vordergrund oder Hintergrund gerückt werden und worauf verzichtet wird.²²³ In manchen Fällen ist es sogar aufschlussreicher, auf Details oder Informationen zu achten, die sich nicht in der Berichterstattung befinden.²²⁴ Medien zeigen ein selektives Bild von der Welt. In diese Ausschnitte sind ein Wertesystem und die Definition des „Selbst“ eingeschrieben.²²⁵ Krzyżanowski, Triandafyllidou und Wodak stellen heraus, dass (nationale) Medien eine Schlüsselrolle in der Verneinung verschiedener Ideen und Perspektiven im öffentlichen Raum spielen. Darüber hinaus argumentieren sie weiter, dass sowohl explizite als auch implizite Konstruktionen des europäischen öffentlichen Raumes in Krisenzeiten reformuliert werden.²²⁶ Im Zuge dessen werden oftmals dualistische Werte proklamiert, wie richtig – falsch, gut – böse oder Freund – Feind.²²⁷ Wenn Texte oder auch mediale Diskurse analysiert werden, sind diese mit kollektiv wahrgenommenen immanenten Ideologien und Attitüden gespickt.²²⁸

Eine weitere Eigenheit, die vor allem auch in dem von mir ausgewerteten Materialien zu tragen kommt, ist die Tatsache, dass oftmals Archivmaterial ungekennzeichnet wiederverwendet wird. Ich erachte es als unabdingbar, dies in Kapitel 4 immer wieder explizit herauszustellen. Von dieser Wiederverwendungsstrategie ist eine Vielzahl von Berichten betroffen. Aus diesem Grund sind in den Fußnoten zu den jeweiligen Bildern

²²⁰ Vgl. Stråth/ Wodak, „Europe – Discourse – Politics – Media“, S. 18.

²²¹ Vgl. Scheffer, „Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen“, S. 28.

²²² Möller / Sander, „Die Vertrautheit der Fremden in den Medien“, S. 176.

²²³ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 4.

²²⁴ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 106.

²²⁵ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 17.

²²⁶ Vgl. Kryżanowski / Triandafyllidou / Wodak, „Introduction“, S. 5.

²²⁷ Vgl. Stråth / Wodak, „Europe – Discourse – Politics – Media – History“, S. 16.

²²⁸ Vgl. Stråth / Wodak, „Europe – Discourse – Politics – Media – History“, S. 28.

nicht nur die Angaben der Sendung vermerkt, der ich diese entnommen habe, sondern in Klammer auch jene, in denen sie wiederverwendet werden. Ziel dieses Vorgehens ist es, auf die exzessive, nicht gekennzeichnete Wiederverwendung einzelner Aufnahmen hinweisen. Eine der damit verbundenen Problematiken lässt sich anhand eines berühmten filmtheoretischen Beispiels illustrieren: dem Kuleshov Effekt.²²⁹

„[Kuleshov] intercut a perfectly neutral closeup of an actor with a shot of a plate of soup; then the same close up with a dead woman in a coffin; then with a little girl playing with a doll. Audiences raved about the actor's sensitive projection of hunger, grief, and paternal joy, his subtle shifts of emotion depending on what he was looking at. Kuleshov proved that the order of shots in a sequence influenced the perception and meaning of any given action.“²³⁰

Ziel dieses Experiments war es, zu zeigen, dass die Anordnung einzelner Filmsequenzen deren Bedeutung konstruiert. Ähnlich variabel ist auch die Auslegung der hier analysierten ORF-Bilder, je nach Kontext, in welchem diese eingespielt werden. So hebt auch Fairclough hervor, dass die sprachliche Ebene in der Berichterstattung die Interpretation der Bilder maßgeblich lenkt.²³¹

3. b. Stereotype in Sprache und Bild

Sprache ist ein Machtinstrument. Sie kann Realität zu Gunsten oder Ungunsten von jemandem konstruieren. Dadurch entstehen sogenannte Feindbildbegriffe. Diese können im weiteren Verlauf instrumentalisiert werden.²³² Die Analyse von Sprache in den Medien stellt einen wichtigen Faktor dar, aufgrund dessen vor allem sozialer und kultureller Wandel genauer beleuchtet werden können.²³³

Relevant ist die Betrachtung dieser sprachlichen Aspekte vor allem, weil durch derartige Benennungen Dinge, Sachverhalte, Emotionen und Menschen zur verschiedenen Gruppen zugeordnet und damit einhergehend mit gewissen Konnotationen versehen werden. Diese Machtposition von Sprache ist eine der

²²⁹ Der genaue Versuchsaufbau den Lev Kuleshov und die Ergebnisse des Experiments werden in mehreren Quellen kontrovers diskutiert (beispielsweise Prince / Hensley, „The Kuleshov Effect“, S. 59-60). Allerdings weisen neuere Betrachtungen wie die von Barrat / Rédei / Innes-Ker und van de Weijer („Does the Kuleshov Effect Really Exist?“, S. 847-874) darauf hin, dass tatsächlich eine Art Kuleshov-Effekt existiert.

²³⁰ Gianetti/ Eyman nach Prince/ Hensley, „The Kuleshov Effect“, S. 59.

²³¹ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 7.

²³² Vgl. Gerhard / Link, „Kleines Glossar neorassistischer Feindbildbegriffe“, S. 138 – 139. / Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 4-5.

²³³ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 2.

zentralen Thematiken bei Arndt und Hornscheidt.²³⁴ In diesem Zusammenhang ist es vor allem wichtig, sich vor Augen zu halten, dass globale und nationale Herrschaftsverhältnisse sich auch darin manifestieren, wer die Macht zur Benennung hat und welche Begriffe Verbreitung finden und sich in gesellschaftlichen Diskursen durchsetzen.²³⁵

„Zudem basieren viele der zur Bezeichnung von Afrikaner/inne/n sowie gesellschaftlicher, kultureller und religiöser Prozesse in afrikanischen Ländern geprägten Neologismen und Bedeutungsübertragungen, wie etwa -> „Busch“, auf Konzepten von Chaos, Unordnung und Regellosigkeit. Auch damit wird eine Auffassung transportiert, die „Regelhaftigkeit“ werden so als „objektiv fassbar“ und „objektiv positiv und erstrebenswert“ hergestellt. Die Konzepte von Unordnung und Chaos, die mit dem „Anderen“ und „Fremden“ verbunden werden, gelten als Bedrohung für die eigene, die Weiße Lebensweise, wodurch sie gleichzeitig auch Gefühle von Angst hervorrufen. Da die Kriterien, auf denen diese Zuschreibungen basieren unreflektiert bleiben, scheinen diese Konstruktionen zusätzlich unangreifbar und gewinnen an mentaler Macht.“²³⁶

Hier tritt ein Sachverhalt zu Tage, den Arndt und Hornscheidt in ihrem Werk beschreiben. Sprache wird häufig als neutrales Medium wahrgenommen, welches lediglich vermeintlich Gegebenes wiedergibt. Dies führt in Zusammenhang mit kolonialistisch geprägten und rassistischen Termini oftmals zu einer Ablehnung von kritischen Reflexionen des Sprachgebrauchs.²³⁷ Darüber hinaus spiegelt sich in obigem Zitat koloniale Benennungspraktiken wieder. Afrikanische Eigenbezeichnungen wurden in diesem Kontext grundsätzlich ignoriert. Zusätzlich ging dies mit einer Weigerung gegenwärtige europäische Gesellschaften einher, aktuell gültige Begriffe auf *Afrika* zu übertragen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass dieser Raum als „das Andere“ konstruiert wurde. Falls doch auch für den europäischen Kontext aktuelle Begriffe übertragen wurden, handelte es sich ausschließlich um jene mit abwertender Bedeutung.²³⁸

„To name one's Self is a fundamental human right that frequently is denied to Others. Prejudiced people may use the names outsiders have given Others or the terms that, in the eyes of Others, have come to be seen as old-fashioned.“²³⁹

Dies trifft auch auf dieses Beispiel zu – vor allem auf die Verwendung des Begriffes „Stamm“. Damit wird die Vielfalt der Gesellschafts- und Organisationsformen in *Afrika* negiert und mit einer früheren Epoche europäischer Geschichte auf eine Ebene gesetzt; dies wird beispielsweise auch bei dem Begriff „germanische Stämme“

²³⁴ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Prolog“, S. 7.

²³⁵ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 20.

²³⁶ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 20.

²³⁷ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Prolog“, S. 7-8.

²³⁸ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 18-19.

²³⁹ Riggins, „The Rhetoric of Othering“, S. 8.

deutlich.²⁴⁰ Durch dieses Vorgehen wird *Afrika* in einen Kontext von Primitivität gestellt, von dem sich Europa als zivilisiert abhebt.²⁴¹ Ebenfalls kritisch zu betrachten ist die in oben stehendem Zitat zu Tage tretende Wortkonstruktion „Stammeskriege“.

„Durch Bezeichnungen wie etwa ‚S.esfehde‘ und ‚S.eskonflikte‘, die ebenfalls für den aktuellen europäischen Kontext keine Verwendung finden und pejorativ sind, werden Kriege in Afrika euphemistisch bagatellisiert. Es wird der Eindruck vermittelt, dass es sich um kleinere, ‚unzivilisierte‘ Auseinandersetzungen handele, die ohne politischen oder einen anderen gewichtigen Hintergrund ausgetragen werden würden und demzufolge auch nicht verhandelbar seien.“²⁴²

Weiters problematisch ist, dass durch den Gebrauch dieses Wortes eine Homogenität der bezeichneten Gesellschaften suggeriert wird, die in der Realität keinerlei Entsprechung hat.²⁴³ Zu einer ähnlichen Diagnose in Bezug auf diese Begrifflichkeit kommt auch Köpp. Das Wort „Stamm“ suggeriert eine wirtschaftliche und soziale „Rückständigkeit“ und weist auf eine frühere Entwicklungsstufe hin. Darüber hinaus wird ihm eine bestimmte religiös-kultische Identität zugeordnet.²⁴⁴ In derartigen sprachlichen Wendungen sind oftmals Ideologien eingeschrieben. Diese verweisen auf die vorherrschenden Macht- und Dominanzverhältnisse.²⁴⁵

Auch wenn es durch die bereits beschriebene Deutungsmacht kolonialer Sprache zu einer Übernahme von Begrifflichkeiten wie „Stamm“ durch AfrikanerInnen kam, mildert das keineswegs den zu kritisierenden Beigeschmack und den historischen Gehalt dieser Ausdrücke.²⁴⁶

Neben diesen sprachlichen Aspekten sind auch Stereotypisierungen auf bildlicher Ebene für Fernsehbeiträge charakteristisch. Besonders deutlich wird dies in Verbindung mit einem Gender-Schwerpunkt. So sind die Geschlechterverhältnisse in der Repräsentation durchaus auffallend. Auch hier zeigen sich Parallelen in der Inszenierung zu den Annahmen Thieles oder Lünborgs, Fritches und Bachs in Bezug auf das Themenfeld Flucht und Asyl. So wird laut Lüneborg, Fritsche und Bach von der Publikumperspektive aus gesehen nicht systematisch zwischen fiktionalen Formaten und faktischen Medientexten in Bezug auf die soziale Wirklichkeit

²⁴⁰ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 19.

²⁴¹ Vgl. Arndt, „Stamm“, S. 214.

²⁴² Arndt, „Stamm“, S. 215

²⁴³ Vgl. Arndt, „Stamm“, S. 215.

²⁴⁴ Vgl. Köpp, ‚Keine Hungersnot in Afrika‘, S. 121.

²⁴⁵ Vgl. Fairclough, *Media Discourse*, S. 14.

²⁴⁶ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 21.

unterschieden.²⁴⁷ Die Herstellung hierarchischer Geschlechterrollen wird durch die Medien verstärkt. Frauen werden vor allem als Opfer dargestellt, Männer als Täter.²⁴⁸ Eine ähnliche Verortung der Geschlechter nimmt auch Thiele vor. Dabei weist er darauf hin, dass Männer oftmals mit Aktivität, Stärke, Aggressivität, Unabhängigkeit und Überlegenheit konnotiert werden. Im Gegensatz dazu werden Frauen bzw. Weiblichkeit häufig in Zusammenhang mit Passivität, Schwäche, Friedfertigkeit und Unterlegenheit gebracht.²⁴⁹ Die Herstellung hierarchischer Geschlechterrollen wird durch die Medien verstärkt.²⁵⁰

Darüber hinaus kommt hier eine Art der Darstellung zu tragen, die auch bei Köpp im Vordergrund steht. Die Betroffenen werden mit Passivität konnotiert. Diese Zuschreibung potenziert sich noch durch die Art der Darstellung: sitzend oder liegend. Im Gegensatz dazu werden EuropäerInnen in Aktion dargestellt.²⁵¹

3. c. Stereotype und die Inszenierung von Krankheit, Degeneration und Hilfeleistungen

Als Fazit zu den im vorigen Unterkapitel thematisierten Darstellungsformen lässt sich hierzu wohl sagen, dass es sich um eine Inszenierung Erkrankter handelt, die mit einer entwürdigenden Art der Darstellung einhergeht. Gleichsam stellt der Arzt bzw. die Ärztin oder der/ die HelferIn in diesen Bildern immer einen Kontrast zur „kranken Masse“ dar. In diesem Sinne kommt es zu einer Entindividualisierung des/der Betroffenen und einer damit einhergehenden Inszenierung der Betreffenden als Gesamtheit.²⁵² In diesem Kontext ist zu sagen, dass die kamerunische Politologin Odette Kum'a Ndumbe III bereits 1995 in Berlin derartige Darstellungen und Bilder als entwürdigend kritisiert.²⁵³ Ähnliche Kritik wurde allerdings auch von Verantwortlichen für Fernsehen und Rundfunk selbst geäußert. So beschreibt beispielsweise Scheffer einige Strategien, die von mehreren Organisationen, unter anderem vom *Deutschen Presserat* und dem *Westdeutschen Rundfunk*, erarbeitet wurden.

²⁴⁷ Vgl. Lüneborg/ Fritsche/ Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 126.

²⁴⁸ Vgl. Lüneborg/ Fritsche/ Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 128.

²⁴⁹ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 78-79.

²⁵⁰ Vgl. Lüneborg/ Fritsche/ Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 128.

²⁵¹ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 258.

²⁵² Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 229.

²⁵³ Vgl. Röben/ Wilß, *„Fremde Frauenwelten in den Medien“*, S. 17.

„So sei deutlicher als bislang auf die Gefahr von Diskriminierungen aufmerksam zu machen. – Vermieden werden sollten, ‚allzu idyllische oder Katastrophenstimmung verbreitende Darstellungen‘. – Durch Kontextbezug sollte die ‚kulturelle Identität und Würde‘ der Fremden bewahrt bleiben. – Die Fähigkeit der Menschen, ‚ihr Leben in eigener Verantwortung selbst zu gestalten‘, sollte hervorgehoben werden. – ‚Hindernisse, die Entwicklungen‘ erschweren, sollten aufgezeigt werden. – Journalistinnen und Journalisten sollten sich von Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Kultur beraten lassen. – Mit Statistiken über Migrationsbewegungen sollte außerordentlich vorsichtig umgegangen werden.“²⁵⁴

Hierbei handelt es sich also keineswegs um eine allgemein akzeptierte, kritiklos aufgenommene Art der Inszenierung. Darüber hinaus gilt festzuhalten, dass es sich bei Kritik und Aufarbeitung gängiger Darstellungsmodi in Verbindung mit *Afrika* keinesfalls um ein neues Phänomen handelt. Die geschieht beispielsweise durch Moos bereits in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts.²⁵⁵

„Die Berichterstattung geht in eben diese Richtung und hat ihren Schwerpunkt auf Missständen, Elend und Krieg; sie diffamiert die so genannte ‚Dritte Welt‘. Fotos bekräftigen die Aussagen der euro-zentristischen Berichterstattung und entwürdigen arme, sterbende oder verhungerte Menschen.“²⁵⁶

Im Zusammenhang mit der Darstellung von Hilfeleistungen kommt ein weiterer Sacherhalt zu tragen, der bereits bei Köpp beschrieben wird. Oft werden ausländische HelferInnen thematisiert und kommen in Interviews zu Wort. Im Gegensatz dazu werden die Betroffenen bzw. die lokale Bevölkerung dabei fast ganz ausgespart.²⁵⁷

Wie bereits bei der Inszenierung von Männlichkeit um Weiblichkeit deutlich wurde, spielt die Verteilung von Aktivität und Passivität bei dieser Thematik eine große Rolle, wie Köpp herausstellt. Durch diese der Inszenierungsstrategie wird „Hilflosigkeit“ suggeriert. Auf Basis dieser Darstellung kann ÄrztInnen, HelferInnen und weitere Beteiligten beinahe ein „heldenhafter“ Status zugeschrieben werden.²⁵⁸

Darüber hinaus hebt Köpp hervor, dass in den von ihr untersuchten Quellen *AfrikanerInnen* fast immer als „Nehmende“ dargestellt werden und EuropäerInnen eine Rolle als „Gebende“ zugeschrieben wird. Auf dieser Basis findet eine Reduktion auf Armut und Hilfsbedürftigkeit statt.²⁵⁹

²⁵⁴ Scheffer, „Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen“, S. 59.

²⁵⁵ Vgl. Moos, „Die Afrika-Berichterstattung des Deutschen Fernsehens 71-71.“

²⁵⁶ Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 386. (Hervorhebungen im Original)

²⁵⁷ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 229.

²⁵⁸ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 220.

²⁵⁹ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 225.

„Aktiv und passiv sind die beiden Stichwörter, nach denen sich Europäer und Afrikaner im Diskurs über Hilflosigkeit einteilen lassen: Afrikaner werden auf Armut und Hilfsbedürftigkeit reduziert, sind untätig, wortlos, geduldige Opfer – kurz passiv.“²⁶⁰

Eine mögliche Erklärung hierfür, in Bezugnahme auf ein Hierarchisierungskonzept von medizinischen Heilungs- und Problemlösungskompetenzen, bietet Rodney:

„The conquest of Asia, Africa and the Americas by Europe, and the consequent assumption of state power by Europeans, led to the virtually world-wide domination of European forces of social organization and scientific systems. Western medicine, like virtually all other things European, received official support while traditional systems either received none or were consciously suppressed.“²⁶¹

In Zusammenhang mit dieser Thematisierung von Inszenierungstechniken rückt eine andere Frage in den Mittelpunkt: Durch welche Techniken ist es möglich, einen ganzen Kontinent als „krank“ oder „defizitär“ darzustellen? Wie diese Ungleichheiten medienkulturell kodiert sind, stellt in der einschlägigen Literatur oftmals einen zentralen Punkt dar, beispielsweise bei Wischermann und Thomas.²⁶²

Die Bedeutungsgenerierung zwischen Medienprodukten, Medieninhalt und Rezeption ist ein komplexes Geflecht von Wechselwirkungen, in dem es auch Rückkopplungen vom Rezipierenden zum Medieninhalt und zur Medienproduktion gibt. Diese Bewegungen sind nicht beliebig, sondern funktionieren in einem kulturellen Kontext.²⁶³ Die kulturelle Prägung spielt hierbei eine sehr große Rolle. Wie Lüneborg, Fritsche und Bach in ihrer Analyse von deutschen Medien feststellen, stehen Stereotype in einer jahrhundertealten westeuropäischen Denk- und Beurteilungstradition, die bis heute zum Tragen kommt. Insbesondere die Mythen des „Orientalismus“, „erotischen Exotismus“ und der US-amerikanischen Sklaverei, die in den Machtstrukturen der Kolonialgeschichte entstanden sind, schwingen auch in aktuellen medialen Berichterstattungen mit.²⁶⁴

Auf einer theoretischen Ebene stellt die Orientalismus-Theorie von Said ein zentrales Element dar, welches von vielen AutorInnen herangezogen wird, um die im obigen Absatz genannten Machtstrukturen zu hinterfragen.²⁶⁵ Aus diesem Grund halte ich es für unumgänglich, diese Theorie hier genauer zu beleuchten. Der Schwerpunkt Saids

²⁶⁰ Köpp, *„Keine Hungersnot in Afrika“*, S. 238.

²⁶¹ Rodney nach Bonsi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine“, S. 57.

²⁶² Vgl. Wischermann/ Thomas, „Medien-Diversität-Ungleichheit: Ausgangspunkte“, S. 7.

²⁶³ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S.22.

²⁶⁴ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 32.

²⁶⁵ Vgl. Brown, „Cultural Psychosis on the Frontier“, S. 14.

liegt dabei darauf, die westliche Konstruktion *des Orients* zu hinterfragen.²⁶⁶ Die Vorwürfe, die er im Zuge dessen gegen eine westliche, das heißt europäisch-amerikanische-israelische Islamwissenschaft vorgebracht hat, übertrugen sich allerdings auch auf andere Nachbardisziplinen wie Sinologie, Japanologie aber auch sämtliche mit *Afrika* in Verbindung stehende Themen.²⁶⁷ Saids Theorie enthält zweifelsfrei viele wichtige Ansätze. Dennoch ist es unabdingbar, auch eine kritische Betrachtung selbiger miteinfließen zu lassen. Hierfür stütze ich mich vor allem auf die Analyse Osterhammels zu dieser Thematik, die sich hauptsächlich auf Fehler in den logischen Schlussfolgerungen Saids bezieht.²⁶⁸ Die zentralen Ideen Saids sind die Konstruktion *des Orients* als „Anderes“ und die damit einhergehende Imagination von diesem als absolutes Gegenbild *des Westens*.²⁶⁹ Für ihn sind diese Zuschreibungen frei von jeglichem Realitätsgehalt.²⁷⁰ Was die Argumentation Saids betrifft, bezieht er sich vor allem auf die Wirkung verschiedener literarischer Textgattungen, durch welche diese Stereotype generiert und weitertradiert werden.²⁷¹ Allerdings ist es hier, vor allem auch in Verbindung mit der von mir behandelten Thematik, von Nöten den Begriff des Textes breiter auszulegen, wie etwa in der folgenden Aussage von Krause:

„Texte sind eine ideale Quelle für eine Untersuchung der Veränderbarkeit von Kategorien. Der Begriff des ‚Textes‘ muss hierbei jedoch in seinem weitesten Sinne verstanden werden. Alle strukturierten Systeme der Darstellung, unabhängig von ihrem Medium, können bei der Untersuchung von Stereotypen als ‚Texte‘ betrachtet werden. Von einem Beispiel aus der Werbung bis zur medizinischen Illustration, von der Trivialliteratur bis zum klassischen Drama, von der akademischen Darstellung bis zum Graffito auf Gefängniswänden – all dies sind Texte insofern, als sie als strukturierte Ausdrücke der inneren Welt in unserer psychischen Repräsentation sind. Ein Teil dieser Systeme ist komplizierter als andere, aber alle stehen miteinander in Beziehung, da sie ebenso proteisch wie die ihnen zugrundeliegenden Stereotype sind.“²⁷²

Des Weiteren vertritt Said totalitäre Ansichten, indem er konstatiert, dass kein/e *EuropäerIn* aus dem Käfig des orientalischen Diskurses ausbrechen könne. Osterhammel führt diesen Gedanken in seiner Analyse weiter und weist darauf hin, dass dies in weiterer Folge bedeuten würde, dass sich nur noch AsiatInnen über *Asien*, AfrikanerInnen über *Afrika* usw. äußern dürften.²⁷³ Zudem konstruiert Said *den Westen* ebenfalls als homogenen Raum; eine Vorgehensweise, die er im Gegenzug bei

²⁶⁶ Vgl. Said, *Orientalismus*, S. 9.

²⁶⁷ Vgl. Osterhammel, „Edward Said und die ‚Orientalismus‘- Debatte“, S. 597.

²⁶⁸ Vgl. Osterhammel, „Edward Said und die ‚Orientalismus‘- Debatte“, S. 597.

²⁶⁹ Vgl. Said, *Orientalismus*, S. 9-10.

²⁷⁰ Vgl. Said, *Orientalismus*, S. 13.

²⁷¹ Vgl. Osterhammel, „Edward Said und die ‚Orientalismus‘ - Debatte“, S. 602.

²⁷² Gilman, *Rasse, Sexualität und Seuche*, S. 20

²⁷³ Vgl. Osterhammel, „Edward Said und die ‚Orientalismus‘ - Debatte“, S. 601.

westlichen WissenschaftlerInnen kritisiert.²⁷⁴ Damit einhergehend wird in *Orientalism* auch nicht darauf Bezug genommen, dass diese Ausgrenzung bzw. die Konstruktion eines „Anderen“ keineswegs auf nur auf Gebiete außerhalb Europas bzw. außerhalb *des Westens* bezogen war. Immer wieder kam und kommt es in Europa zur Ausgrenzung bestimmter Gruppen.²⁷⁵

Zweifelsfrei gibt es noch weitere Kritikpunkte an der Orientalismus-Theorie Saids, allerdings würde es den Rahmen sprengen, diese hier genauer auszuführen, zumal diese nicht relevant für meine Arbeit sind. Weiters ist es wichtig im Hinterkopf zu behalten, dass *Otherring* keinesfalls ein Phänomen ist, das ausschließlich in Verbindung mit *Afrika* oder *dem Orient* zur Anwendung kommt. Viel eher geht es hier um die Abgrenzung einer Gruppe von einer anderen. Wie Krause in folgendem Zitat genauer erläutert, ist eine Selbstdefinition oftmals das Ziel dieses Vorganges:

„Der Prozess des Otherring, durch den im gleichen Zuge die Identität des Selbst als einheitlich, stabil, positiv und schützenswert konstruiert wird, geht also idealerweise in drei konstruktiven Schritten vonstatten: Etablierung der essentiellen Differenz des Anderen, Behauptung der essentiellen moralisch-kulturellen Überlegenheit des Selbst gegenüber dem Anderen, Konstruktion der essentiellen Bedrohung des Selbst durch das Andere.“²⁷⁶

Zugehörigkeit spielt im Bereich der Themenfelder Inklusion und Exklusion eine große Rolle. Diese umfasst sowohl Identitäten und dementsprechende Zuschreibungen als auch Abgrenzungen und Solidaritäten innerhalb von Gruppen. In diesem Zusammenhang ist allerdings festzuhalten, dass Zugehörigkeit zu einer fixierten Zwangskategorie werden und dadurch im weiteren Verlauf zu Stigmatisierung, Ethnisierung, Klassifikation und Klischee führen kann.²⁷⁷

„Auch im Süden grenzt Europa an ein Anderes, von dem es sich als Gegensatz abgrenzen kann. Diese Abgrenzung folgt (tendenziell) einem klaren binären Schema, das Europa als den zivilisierten, entwickelten, Afrika als den unterentwickelten Kontinent wahrnimmt: Afrika ist arm – Europa wohlhabend. Afrika ist unterentwickelt – Europa fortschrittlich. Afrika ist exotisch, sinnlich, chaotisch – Europa rational, geistig, geordnet. Afrika ist Empfänger – Europa Geber. Afrika ist schwarz – Europa weiß. Afrika ist krank – Europa gesund. [...] Auch dieses rückschrittliche, unterentwickelte Afrika wird als das Andere Europas konstruiert. Es ermöglicht die Selbstwahrnehmung Europas als der bessere, der entwickelte, kulturelle und materiell überlegene Kontinent.“²⁷⁸

Dieser Sachverhalt wird auch von Köpp bestätigt, die sich dieser Thematik anhand einer Zeitungsanalyse nähert. Dabei stellt sie fest, dass eine auffallend einseitige und

²⁷⁴ Vgl. Osterhammel, „Edward Said und die ‚Orientalismus‘ - Debatte“, S. 603.

²⁷⁵ Vgl. Osterhammel, „Edward Said und die ‚Orientalismus‘ - Debatte“, S. 603.

²⁷⁶ Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 200-201.

²⁷⁷ Vgl. Wischerman/ Thomas, „Medien – Diversität – Ungleichheit: Ausgangspunkte“, S. 9.

²⁷⁸ Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 204-205.

negative Tendenz zu tragen kommt. In Verbindung mit dem Kontinent wird über Krieg, Hunger oder Chaos berichtet. Im Gegenzug werden Alltagsthemen in der Darstellung des riesigen, heterogenen Kontinents, der aus 55 verschiedenen Länder besteht, in dem mehr als 2.000 verschiedene Sprachen gesprochen werden und wo mehr als 1.2 Milliarden Menschen leben, fast vollständig ausgeklammert.²⁷⁹

3. d. Stereotype und *Othering*

Letztlich stellen alle oben behandelten Thematiken Aspekte eines sehr viel breiteren Gebietes dar: *Othering*, die Konstruktion des „Anderen“ und „Fremden“.

Bei *Othering* wird das von einer Gruppe erstellte Hierarchiekonzept auf eine andere angewendet. Allerdings handelt es sich bei den Betroffenen nicht ausschließlich um stigmatisierte oder marginalisierte Kollektive, die von einer dominanten Mehrheit unterdrückt werden. Die Imagination des „Anderen“ und „Fremden“ wird sowohl von den bereits erwähnten dominanten Mehrheiten als auch von untergeordneten Minderheiten produziert. Das Andere hat viele Ausprägungen und arbeitet sich nicht alleine in der Konstruktion einer gegenüberstehenden Gruppe ab.²⁸⁰ „Fremdheit“ stellt hierbei keinen objektiven, sondern einen sozial erzeugten Sachverhalt dar.²⁸¹ Hierbei ist es wichtig, zu beachten, dass es sich auch dem sogenannten „Eigen“, „Wir“ oder auch „Selbst“ um eine Konstruktion handelt.²⁸² Dieses Abgrenzungsbedürfnis scheint bei fast allen Menschen und Gruppen vorhanden zu sein.²⁸³

„Soziale Systeme – wie auch psychische Systeme – konstruieren sich eben nicht allein durch die Differenz zwischen System und Umwelt. Das ist zwar eine notwendige, aber eben noch keine hinreichende Bestimmung eines sozialen Systems als eines autopoietischen Systems. Um überhaupt existieren zu können, müssen soziale Systeme sich mit sich als identisch und different von ihrer Umwelt wahrnehmen. Der Operationscode, der dieses Differenz prozessiert, ist der Code ‚fremd‘ vs. ‚eigen‘, der sich in Fremd- und Selbstreferenz ausdrückt. Soziale Systeme als autopoietische Systeme lassen sich also an ihrer Selbst- und Fremdreferenz erkennen.“²⁸⁴

In diesem Abgrenzungsprozess wird das „Fremde“ potentiell als negativ empfunden, während das „Eigene/ Selbst“ positiv charakterisiert wird.²⁸⁵ Dies beruht vor allem

²⁷⁹ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 3.

²⁸⁰ Vgl. Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 202.

²⁸¹ Vgl. Möller / Jahraus, „Die Vertrautheit der Fremden in den Medien“, S. 162.

²⁸² Vgl. Jahraus, „Reduktion der Komplexität des Fremden“, S. 107.

²⁸³ Vgl. Scheffer, „Vorwort“, S. 12.

²⁸⁴ Jahraus, „Reduktion der Komplexität des Fremden“, S. 106.

²⁸⁵ Vgl. Jahraus, „Reduktion der Komplexität des Fremden“, S. 108-109-

darauf, dass die Festigung der eigenen Identität und somit auch des „Selbst“ besonders effektiv ist, wenn das „Andere“ nicht als schwächer, sondern als bedrohlich dargestellt wird.²⁸⁶ Dabei wird „Andersartigkeit“ häufig als Bedrohung für Ordnung und Kontrolle empfunden.²⁸⁷ In einem ethnisch-nationalen System beispielsweise stellt der/die „Fremde“ die Außenseite der nationalen Kollektivsymbolik dar und ist somit eine Gefährdung des in diesem Komplex implizierten Homogenisierungsprozesses.²⁸⁸ Die damit einhergehende Konstruktion von Stereotypen basiert auf einer Normativität, die einem subjektiven Wahrheitssystem eingeschrieben ist.²⁸⁹

„Wenn erst einmal die Voraussetzung geschaffen sind für einen Zusammenhang zwischen den Fremden und den Bösen, zugleich sich aber immer wieder zeigt, dass man eigentlich nichts weiß von den Fremden außer durch Gerüchte, dann werden offenbar auf die Fremden all die Eigenschaften projiziert, die jeweils den ‚Bösen‘ schlechthin gelten. Grob gesagt: Um das fremdenfeindliche Bild zu präzisieren, das ja charakteristischerweise völlig unpräzise ist, um dieses leere Bild zu gestalten, wäre dann alles recht, was Fantasie nicht zuletzt durch Medien an Feindbilder überhaupt angeboten wird. Der Fremde allgemein hätte dann all die schlechten Eigenschaften, die an ganz anderen Personen und Personengruppen demonstriert und gewonnen wurden.“²⁹⁰

Darüber hinaus ist das Bild des „Gegners“ oder des „Fremden“ meist vordergründig und vereinfacht. Es zeichnet sich durch Schablonenhaftigkeit, Stereotypie und Klischees aus. Diese Charakteristiken für „Andersartigkeit“ finden sich bereits in „alten“ Medien wie Märchen und Volkssagen.²⁹¹ Diese Narrative werden in Filmen, Dokumentationen, politischen Reden oder Schulbüchern reproduziert.²⁹² Nichtsdestotrotz sind Stereotype meist simplifiziert und widersprüchlich.²⁹³

Otherring ist immer ethnozentristisch. Es impliziert eine moralische Hierarchie, die der eigenen Gruppe einen privilegierten Status zuweist.²⁹⁴ Die kollektive Identität *EuropäerIn* entsteht beispielsweise erst in Abgrenzung zur Kategorie Nicht-*EuropäerIn*.²⁹⁵ Hierbei ist anzumerken, dass Europa selbst ein Produkt aus vielen Zuschreibungen und sich überlappenden Diskursen ist.²⁹⁶

²⁸⁶ Vgl. Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 200.

²⁸⁷ Vgl. Gilman, *Rasse, Sexualität und Seuche*, S. 14.

²⁸⁸ Vgl. Möller / Sander, „Die Vertrautheit der Fremden in den Medien“, S. 160.

²⁸⁹ Vgl. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 98.

²⁹⁰ Scheffer, „Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen“, S. 34.

²⁹¹ Vgl. Scheffer, „Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen“, S. 35.

²⁹² Vgl. Stråth / Wodak, „Europe – Discourse – Politics – Media - History“, S. 19.

²⁹³ Vgl. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 103.

²⁹⁴ Vgl. Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 200.

²⁹⁵ Vgl. Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 201.

²⁹⁶ Vgl. Stråth/ Wodak, „Europe – Discourse – Politics – Media - History“, S. 15.

In diesem Komplex sind beispielsweise auch nationale Stereotype verortet. Diese dienen dazu, in der Selbstbeschreibung die Selbstreferenz deutlicher zu akzentuieren.²⁹⁷ Stereotype sind vielschichtig. Dies zeigt sich beispielsweise im kolonialen Diskurs, wie Bhabha genauer erläutert:

„Die Produktion des Stereotyps besteht nicht in der Schaffung eines falschen Bildes, welches dann zum Sündenbock diskriminierender Praktiken wird. Es handelt sich hier um einen viel ambivalenteren Text von Projektion und Introjektion, metaphorischen und metonymischen Strategien, De-plazierung, Überdeterminierung, Schuld, Aggressivität; um die Kaschierung und Aufspaltung ‚offizieller‘ und phantasmagorischer Erkenntnisse, die der Konstruktion der Positionierung und Gegensätzlichkeiten des rassistischen Diskurses dienen.“²⁹⁸

Nichtsdestotrotz befassen sich die meisten AutorInnen in ihren Betrachtungen zu *Othering* mit den von der Majorität proklamierten Vorstellungen und Diskursen von Fremdheit.²⁹⁹ Außenstehende neigen oftmals dazu, „die Anderen“ oder im Englischen „Others“ als homogene Kategorie wahrzunehmen. Ausgenommen von dieser Vorstellung sind lediglich einige persönlich bekannte Individuen.³⁰⁰ In der Literatur wird hier je nach AutorIn sowohl von einem „Anderen“ in der Einzahl gesprochen als auch die Pluralform „die Anderen“ verwendet, wie auch Riggins in seinen Betrachtungen herausstellt.³⁰¹ In meiner Arbeit verwende ich diese beiden Formen synonym. Dieses sogenannte „Selbst“ und das „Andere“ können sich sowohl auf Individuen als auch auf Gruppen beziehen. Das externe Andere wird dabei als System von Positionen in einem System von Andersartigkeit verortet.³⁰²

„The discourses of identity articulated by majority populations are likely to be univocal and monologic because it is relatively easy for dominant groups to express and confirm their shared identity publicly.“³⁰³

Durch Fernsehbilder wird ein Innen und Außen der Gesellschaft konstruiert. Diese Differenz stellt sich auf der elementar-ideologischen Achse „wir“ gegen „sie“ dar.³⁰⁴ In diesem Fall wird Europa als Innen der Gesellschaft und „wir“ konstruiert und *Afrika* bzw. die Imagination des „kranken Kontinents“ als Außen und „sie“ produziert. Auch hier lassen sich die im ersten Kapitel herausgestellten Dualismen anwenden. Diese bilden sich in diesem Fall allerdings durch die Gegensatzpaare krank - gesund und Helfende und jene, denen geholfen wird, aus. Das „Andere“ nicht unbedingt an eine

²⁹⁷ Vgl. Jahraus, „Reduktion der Komplexität des Fremden“, S. 111.

²⁹⁸ Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 121.

²⁹⁹ Vgl. Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 6.

³⁰⁰ Vgl. Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 5.

³⁰¹ Vgl. Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 4.

³⁰² Vgl. Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 4.

³⁰³ Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 6.

³⁰⁴ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 168-169.

andere Staatsbürgerschaft gebunden; die Abgrenzung vollzieht sich vielmehr anhand von Namen, Aussehen, Kultur, Sprache. Dies geschieht aus der Position einer weißen Norm heraus. Das Fremde, Andere wird zur eigenen Mehrheitsgesellschaft abgegrenzt.³⁰⁵

Diese Abgrenzung wird von Matthias Thiele in Abb. 1³⁰⁶ bildhaft erläutert. Darin wird eine Gruppe beschrieben, die sich selbst als „Innen“ konstruiert. Das bedeutet, sie sieht sich selbst als „wir“ mit dem Ziel, sich von einem „Äußeren/Fremden“ zu differenzieren. Die Grundlage für diese Trennung ist immer die *subjektive* Andersartigkeit der anderen Gruppe.

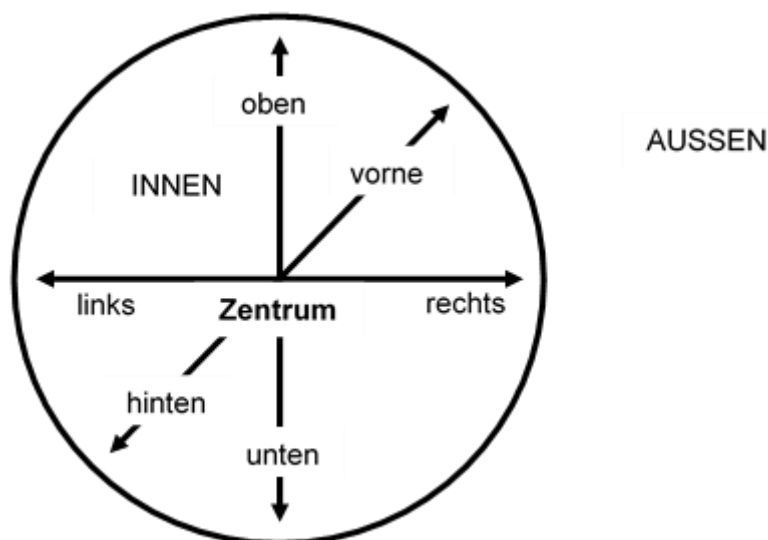


Abbildung 1 In dieser Grafik demonstriert Thiele die Abgrenzung zwischen „Innen“ und „Außen“. Mit dieser Trennung verweist er auf die Konstruktion eines „Anderen“ oder „Fremden“, welches außerhalb der „wir“-Gruppe verortet ist.

Diese Differenzierung zwischen einem „Selbst“ und den „Anderen“ impliziert eine Hierarchisierung dieser beiden Termini. Diese zeigt sich neben den bereits hervorgehobenen negativ konnotierten Zuschreibungen auch durch das Suggestieren von Hilflosigkeit. In Hinblick auf meinen Beitrag ist hier unter anderem auch das Herausstellen sogenannter „Hilfe von außen“³⁰⁷ von Bedeutung (bspw. ORF-

³⁰⁵ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 15.

³⁰⁶ Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 168.

³⁰⁷ „Hilfe von außen“ bezieht sich auf durch außerafrikanische Länder der westlichen (vom afrikanischen Kontinent aus gesehen nördlichen) Hemisphäre in afrikanische Ländern geleistete Hilfe.

Fernseharchiv ZIB Flash 2, 02.07.2014/ ORF-Fernseharchiv ZIB 2, 02.07.2014).³⁰⁸ Diese Ausdrucksweise referenziert auf eine medizinische Hierarchie von Heilungs- und Problemlösungskompetenzen. In diesem Konzept stehen vor allem westliche (vom afrikanischen Kontinent aus gesehen nördliche) Lösungen an die Spitze. Diese Annahme basiert darauf, dass *afrikanische*³⁰⁹ Heilungspraktiken von einem historischen Standpunkt aus außerhalb einer westlichen Definition von Medizin platziert wurden und ihnen jede Art von Geschichte und damit Entwicklungspotenzial abgesprochen wird.³¹⁰ Darüber hinaus steht diese Thematik immer im Kontext von Modernität und Fortschritt.³¹¹ In Bezug darauf wurde *Afrika* als Ort für Tod, Krankheit und Degeneration konstruiert. Dieser Zuschreibung liegen Dualismen wie Schwarz und Weiß, Gut und Böse oder Licht und Dunkelheit zu Grunde.³¹² In diesem Sinne kann Medizin auch als imperiales Machtinstrument gesehen werden, welches in Verbindung mit dem historischen Kontext und den darin bestehenden sozialen Hierarchien und Weltanschauungen steht.³¹³ Diese Trennung eines „Innen“ und „Außen“ der Gesellschaft manifestiert sich anhand von mehreren Merkmalen, die oftmals unter „Intersektionalität“ zusammengefasst werden.

Die Diskussion um den Begriff „Intersektionalität“ wird Klinger und Knapp zur Folge vor allem im anglo-amerikanischen Sprachraum geführt. Dabei ist die Trias *race/ethnicity, class* und *gender* häufig zentral und wird auch von den Autorinnen in ihrem Artikel aufgegriffen. In diesen drei Begriffen spiegelt sich weitgehend die Sozialstruktur ihres Entstehungskontextes wieder: Die Verhältnisse in den USA.³¹⁴ Den zentralen Punkt derzeitiger Ungleichheitstheoretischer Diskussionen bildet laut Klinger und Knapp die „überkommene sozialstrukturelle Perspektive auf das Verhältnis von ‚oben‘ und ‚unten‘

³⁰⁸ In dieser Aufarbeitung möchte ich keinesfalls die Wichtigkeit von westlichen (nördlichen) HelferInnen diskreditieren und an den im Zuge von Hilfeleistung entstanden Lösungen bzw. Lösungsansätzen rütteln. Hier steht einzig und allein die Kritik an medialen Darstellungsformen im Vordergrund.

³⁰⁹ Das Wort *afrikanisch* bezieht sich hier auf eine imaginierte Gesamtheit des afrikanischen Kontinents. In Afrika praktizierte Praktiken der Heilung sind damals wie heute heterogen und vielfältig. Jede Form von Medizin, die in Afrika von afrikanischen KrankenpflegerInnen, ÄrztInnen und medizinischen AssistentInnen praktiziert wird, ist als „afrikanische“ zu verstehen (Vaughan 1991: 25).

³¹⁰ Vgl. Schumaker, *History of Medicine in Sub-Saharan Africa*, S. 267.

³¹¹ Vgl. Schumaker, *History of Medicine in Sub-Saharan Africa*, S. 273. / vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 202.

³¹² Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 2.

³¹³ Vgl. Schumaker, *History of Medicine in Sub-Saharan Africa*, S. 272.

³¹⁴ Vgl. Klinger/ Knapp, „Achsen der Ungleichheit – Achsen der Differenz“, S. 21.

[...] zur Perspektive der Sozialintegration entlang der Logik von ‚drinnen‘ und ‚draußen‘.³¹⁵

„Die Differenzen zwischen dem Eigen und dem Fremden, dem Innen und dem Außen, dem Wir und dem Die werden in solchen Abgrenzungsprozessen oft reduziert auf binäre Oppositionen, z.B. weiß/ farbige, modern/ traditionell, rational/ emotional. Dieses sind häufig hierarchisch codiert, so dass eine Seite der anderen überlegen ist“³¹⁶

Eine andere Möglichkeit, diese Abgrenzung darzustellen, bietet die nachfolgende Grafik von Kathryn Pauly Morgan in Abb. 2.³¹⁷

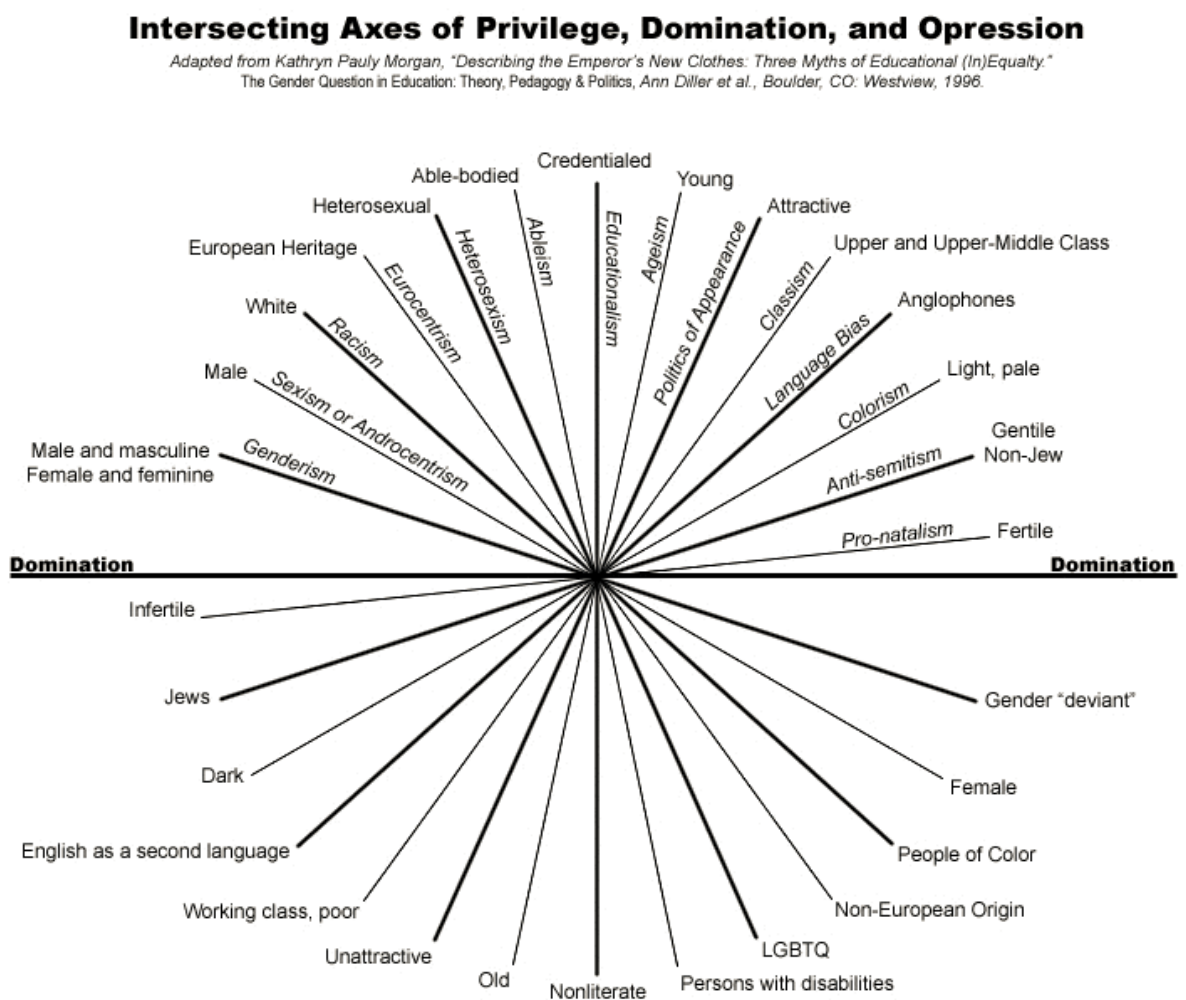


Abbildung 2 In dieser Abbildung werden einige der Ebenen bildlich dargestellt. Diese verweisen auf Dominanzkonzepte, welche sich an Merkmalen wie Alter, sozioökonomischer Status, Geschlecht oder Hautfarbe abarbeiten.

³¹⁵ Klinger/ Knapp, „Achsen der Ungleichheit – Achsen der Differenz“, S. 24.

³¹⁶ Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 200.

³¹⁷ Morgan, *Intersecting Axes of Privilege, Domination and Oppression*, oppressionsmonitor.us. (letzter Zugriff: 08.06.2017).

Im Gegensatz zur Darstellung Thieles liegt hierbei der Fokus auf der Darstellung sämtlicher intersektionaler Ebenen, ohne diese auf zwei Ebenen herunterzubrechen und somit die Komplexität dieser Thematik zu vereinfachen.

In Verbindung mit meiner Thematik geht es, wie im nächsten Kapitel deutlich wird, vor allem um eine imaginierte Abgrenzung zwischen *Afrika* und *Europa*. Krause geht in seinen Betrachtungen sogar soweit, eine klare konzeptionelle und geografische Fixierung Europas für unmöglich zu erklären. Zu dieser Schlussfolgerung gelangt er durch die Annahme, dass sich Europa immer durch seinen Gegenpart, Nicht-Europa, konstruiert. Von diesem ist es nicht essentiell trennbar.³¹⁸ Diese Aussage fußt auf dem Sachverhalt, dass die Konstruktion einer Einheit oder eines Subjekts nicht möglich ist, ohne die Abgrenzung des- oder derselben von einem Äußeren bzw. allem, was es nicht ist.³¹⁹

„Expressions that are the most revealing of the boundaries separating Self and Other are *inclusive and exclusive pronouns and possessives* such as *we and they, us and them, and ours and theirs.*“³²⁰

Dies manifestiert sich unter anderem anhand der in den Berichten benutzten Kollektivsymboliken.³²¹ Darunter verstehe ich Begrifflichkeiten/ bildliche Darstellungen oder ähnliches, die sich spezieller Zuschreibungen bedienen. Selbige sind durch die ihnen eingeschriebene kulturelle Komponente allgemein bzw. von einer Vielzahl der RezipientInnen verständlich. Letztere wird in den von mir untersuchten Medienformaten sowohl anhand der sprachlichen Ebene der Berichterstattung als auch in den „dokumentarischen“ Medienbildern augenfällig. Zentral ist hier beispielsweise die Frage, durch welche Wortwahl eine Abgrenzung des angeblich „anderen“ zu einem imaginierten „wir“ deutlich wird. Oftmals wird dabei eine angebliche „Primitivität“ suggeriert. Diese wird beispielsweise in Bezug auf eine europäische Gesellschaft oftmals mittels Nacktheit dargestellt.³²² Kollektivbilder sind ein integraler Part von Kommunikation. Diese lassen sich zwar typisieren, allerdings ist es unzulässig, alle Medienbilder per se als Kollektivsymboliken zu begreifen, da JournalistInnen, Medienorganisationsorgane und auch gesellschaftliche Partikulärkräfte auf diese einwirken. Nichtsdestotrotz ist laut Hafez eine

³¹⁸ Vgl. Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 181.

³¹⁹ Vgl. Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 200.

³²⁰ Riggins, „Others in Discourse“, S. 8. (Hervorhebungen im Original)

³²¹ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 168-169.

³²² Vgl. Köpp, *Keine Hungernot in Afrika*, S. 257.

Vereinheitlichung von Medienbildern in Krisen- und Konfliktsituationen auszumachen.³²³ Im Gegensatz zu diesen Inhalten sind Stereotype selbst allerdings fast immer Kollektivbilder.³²⁴

Darüber hinaus geht es in Verbindung mit dieser Thematik oft darum, einen Gegensatz zwischen *Natur* und *Kultur* zu suggerieren. Im Zuge dessen wird *Afrika* häufig als Gegenpol zu *Europa* konstruiert.³²⁵ Stereotype, auf welche Gruppe auch immer sie sich beziehen, sind repetitiv und widersprüchlich. Allerdings ist dieser Wiederholungscharakter keineswegs als Anzeichen für ihre Korrektheit zu verstehen.³²⁶ Auf diese Thematik nimmt auch Bhabha in seinen Betrachtungen zum kolonialen Diskurs Bezug. Dabei konstatiert er, dass dieser Maßgeblich auf dieser „Festgestelltheit“ von Stereotypen basiert:³²⁷

„Denn es ist die Macht der Ambivalenz, die für die Verbreitung und Akzeptanz des kolonialen Stereotyps sorgt: sie sichert eine Wiederholbarkeit in sich wandelnden historischen und diskursiven Zusammenhängen; sie bestimmt die Form der Strategien der Individuation und Marginalisierung und bringt den Effekt der probabilistischen Wahrheit und Vorhersehbarkeit hervor, die zur Untermuerung des Stereotyps immer *mehr* behaupten müssen, als empirisch bewiesen oder logisch gefolgert werden kann.“³²⁸

Kollektivsymbolische Beispiele bzw. diese Vorgehensweise wird von Thiele in Zusammenhang mit den Thematiken Flucht und Asyl in Deutschland beschrieben, ebenso von Lüneborg, Fritsche und Bach. So werden oftmals Aufnahmen von großen Gruppen oder unüberschaubaren Mengen gezeigt, wenn auf ein gewisses Ausmaß hingewiesen werden soll. Diese werden vom Rezipienten häufig anhand einer gängigen kollektivsymbolischen Codierung als „Masse“, „große Zahl“ oder „Flut“ wahrgenommen.³²⁹ Köpp würde in Verbindung mit dieser Thematik sogar so weit gehen, von einer anonymen „dunklen“ Masse zu sprechen, da in der Berichterstattung nur in Ausnahmefällen einzelne Personen hervorgehoben werden, die sich von der restlichen Gruppe abheben.³³⁰ Was die Konstruktion von Kollektivsymboliken betrifft, sticht ein Unterschied zwischen Nah- und Fernwelt heraus. Durch geografische und kulturelle Entfernung treten Medien vermehrt als Realitätsvermittler auf. Die daraus

³²³ Vgl. Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 37.

³²⁴ Vgl. Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 40.

³²⁵ Vgl. Arndt/ Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 19.

³²⁶ Vgl. Riggins, „The Rethoric of Othering“, S. 9.

³²⁷ Vgl. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 97.

³²⁸ Vgl. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 98. (Hervorhebungen im Original)

³²⁹ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 74.

³³⁰ Vgl. Köpp, *Keine Hungersnot in Afrika*, S. 229.

entstehenden Informationen sind traditionsträchtige Massenbilder.³³¹ Als Folge dieses Sachverhalts ist die Stereotypenbildung aufgrund von größerer globaler Distanz zu sehen.³³²

„So kann etwa ein Auslandsbild richtig sein oder falsch, differenziert oder vage, es kann positiv oder negativ gefärbt sein und einer feindseligen oder freundlichen Haltung entsprechen. Es kann auch, ja es wird meist vorurteilsvolle und stereotype Vorstellungen enthalten.“³³³

Die Konstruktion des „Anderen“ und des „Selbst“ ist bereits in kolonialen Diskursen omnipräsent. Im Besonderen wird diese Konstruktion des Fremden durch den Zusammenhang von *sickness* und *blackness* ausgedrückt.³³⁴ In diesem Kontext konstatiert Vaughan, dass sowohl im 20. Jahrhundert gleichermaßen wie im späten 19. Jahrhundert in der europäischen Vorstellung der *weiße Arzt* im schwarzen („dunklen“) *Afrika* eine häufige Imagination ist.³³⁵

„The mode of identifying individuals also is a significant issue. Members of a ‘we’ group may be identified by personal names more often than Others, who are identified anonymously according to occupation, age, or some other social status.“³³⁶

Der Begriff des Eurozentrismus spiegelt sich in den von mir zur Analyse herangezogenen Medienformaten des ORF durch die Frage nach der Bedrohung von „uns“ in Europa durch Ebola wider. Dies impliziert die Konstruktion eines „Anderen“ und „Fremden“. Bereits in kolonialen Kontexten war Sprache ein wichtiges Medium, um *Afrika* als homogenes und unterlegenes „Anderes“ zu konstruieren.³³⁷

„Besonders effektiv ist die Konstruktion und Festigung der eigenen Identität/ des Selbst dann, wenn der/ das Andere nicht nur als unterlegen, sondern als bedrohlich dargestellt wird. Indem das äußere Fremde für das innere Selbst als Bedrohung repräsentiert wird, wird die eigene Identität gestärkt“³³⁸

Durch öffentliche Zuschreibungen anhand von Mediendiskursen wird sozialer Status hergestellt, Zugehörigkeiten und Ausgeschlossen-Sein definiert.³³⁹ Basis für die daraus entstehenden Stereotypisierungen ist zumeist die Vermengung von Mythen mit unbewussten Erfahrungen aus dem eigenen sozialen Umfeld.³⁴⁰

³³¹ Vgl. Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 41-43.

³³² Vgl. Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 45.

³³³ Hafez, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*, S. 46.

³³⁴ Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S.12.

³³⁵ Vgl. Vaughan, *Curing Their Ills*, S. 1.

³³⁶ Riggins, „The Rhetoric of Othering“, S. 8. (Hervorhebungen im Original)

³³⁷ Vgl. Arndt / Hornscheidt, „Sprache und Gesellschaft“, S. 18.

³³⁸ Krause, *Die Grenzen Europas*, S. 200.

³³⁹ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 17.

³⁴⁰ Vgl. Gilman, *Rasse, Sexualität und Seuche*, S. 31, 14.

Abschließend handelt es sich bei jeder einzelnen dieser Strategien um *Othering*. Massenmedien haben eine große Bedeutung bei der Herstellung von Inklusion und Exklusion.³⁴¹ Die Markierung von Gruppen als „Andere“ verweist auf die hegemoniale Struktur, die in weiten Teilen der Medientexte sichtbar wird.³⁴² Medienberichterstattung gestaltet nachhaltig unsere Entwürfe von Gesellschaft. Sie bestimmt mit, wer sich als zugehörig fühlen darf und wer nicht.³⁴³ Abschließend muss gesagt werden, dass mediale Repräsentation kein Abbild gesellschaftlicher Realität liefert.³⁴⁴ Es geht vielmehr um die „Bedingungen und Modi des Sichtbarwerdens“³⁴⁵, beziehungsweise wie diese „Andersartigkeit“ repräsentiert wird.³⁴⁶

„Solche [...] Welt-Bilder sind in den Medien vielleicht Einzelfälle – in den Köpfen vervielfachen sie sich jedoch. Die Medienrealität wird zur faktischen Wirklichkeit, zur Richtschnur für Denken und Handeln. Grund genug, diese Medienbilder [...] ständig zu hinterfragen. Das gilt nicht nur für professionelle Kritikerinnen, sondern auch für jede einzelne Leserin und Zuschauerin.“³⁴⁷

Medien formen soziale Strukturen. Durch Macht- und Medieneliten werden öffentliche Diskurse auf einer latenten Ebene des Sinnverstehens genährt. Je nach Vorwissen und Erfahrungen des/ der Betreffenden bilden sich dadurch bestimmte Weltvorstellungen heraus. Medien nehmen also durch die Art der Aufbereitung Einfluss auf gewisse Anschauungsweisen und Ideologien.³⁴⁸ Die Angebote der Medien- und Kulturindustrie produzieren und beeinflussen auf diese Art und Weise sowohl Ideen, Werte, Normen, soziale und kulturelle Praxen als auch Geschlechterbilder.³⁴⁹ Diesen Stereotypisierungen liegen Wahrnehmungsmuster zu Grunde, bei denen sich Mitglieder einer Gruppe weigern, „andere“ Kulturen als gleichwertig anzusehen. Stattdessen wird auf Wahrnehmungsmuster zurückgegriffen, die sich in den letzten Jahrhunderten entwickelt haben und auf kolonialen und imperialen Erfahrungen basieren.³⁵⁰ Diese Vorgehensweise wird in der Ebola-Berichterstattung des ORF im Jahr 2014 immer wieder deutlich, wie im nächsten Kapitel genauer herausgestellt wird.

³⁴¹ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 18./ vgl. Wischermann/ Thomas, „Medien – Diversität - Ungleichheit“, S. 10-11.

³⁴² Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 143.

³⁴³ Vgl. Lüneborg / Fritsche / Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 140.

³⁴⁴ Vgl. Lüneborg/Fritsche/ Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 18.

³⁴⁵ Schaffer, „Ambivalenzen der Sichtbarkeit“, S. 234.

³⁴⁶ Vgl. Bhabha, *Die Verortung der Kultur*, S. 100.

³⁴⁷ Röben/ Wilß, „Fremde Frauenwelten in den Medien“, S. 19.

³⁴⁸ Vgl. Huhnke, „Männerfantasien über die ‚fremde‘ Frau“, S. 118.

³⁴⁹ Vgl. Wischermann/ Thomas, „Medien – Diversität - Ungleichheit“, S. 9.

³⁵⁰ Vgl. Huhnke, „Männerfantasien über die ‚fremde‘ Frau“, S. 120.

4. Der ORF und der „kranke Kontinent“

Vor allem Mitte des Jahres 2014 wurde von den österreichischen Medien immer wieder über die Ebola-Epidemie in Westafrika berichtet.³⁵¹ Mit der Art der Berichterstattung von Fernsehformaten des ORF werden allerdings einige durch koloniale AkteurInnen geprägte Stereotype reproduziert. Dies bedeutet keineswegs, dass diese Zuschreibungen nicht auch durch andere Formate weitervermittelt werden würden, allerdings beschränke ich mich in meiner Arbeit, um den Rahmen nicht zu sprengen, auf die Fernsehberichterstattung von ORF1 und ORF 2. Dies führt mich zu einer einleitenden Frage: Warum genau der ORF und vor allem warum *nur* der ORF als Untersuchungsgegenstand? Das liegt vor allem daran, dass ich selbst aus Österreich stamme und die mediale Aufarbeitung von Ebola hauptsächlich anhand von ORF-Formaten erfahren habe. Darüber hinaus handelt es sich beim ORF um ein öffentlich-rechtliches Medium, welches aufgrund dessen auch bezüglich eines Bildungsauftrages gegenüber der RezipientInnen hinterfragt werden sollte. Durch meine Betrachtungen soll keineswegs die Tragik oder Schwere von Ebola und die damit verbundenen Implikationen für die Betroffenen geschmälert werden. Ich konzentriere mich ausschließlich darauf, Stereotype zu analysieren, welche durch die Berichterstattung des ORF generiert bzw. weitergetragen wurden. Ziel dieses Kapitels ist es, diese aufgrund einer Medienanalyse genauer zu beleuchten.

Dies führt mich zur Auswahl der analysierten Berichte bzw. Formate. Herangezogen wurden von mir alle Beiträge, die vom ORF selbst in seinem Fernseharchiv selbst mit dem Inhalts-Schlagwort „Ebola“ versehen wurden. Durch dieses Vorgehen hoffte ich, eine möglichst hohe Bandbreite an Formaten zu erhalten, stellte allerdings bald fest, dass es sich außer in ein paar Ausnahmefällen meistens ausschließlich um ZIB (Zeit im Bild) -Berichte³⁵² handelte.

Mein Untersuchungszeitraum beginnt mit dem 27. Juni 2014, da von diesem Tag an regelmäßig über „Ebola“ berichtet wurde³⁵³ und endet mit dem 5. August 2017, da eine

³⁵¹ Bspw. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 02.07.2014/ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 20*, 03.08.2014/ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3*, 04.08.2014/ ORF-Fernseharchiv, *Steiermark Heute*, 05.08.2014.

³⁵² „Zeit im Bild“ ist eine österreichische Nachrichtensendung mit nationalen und internationalen Inhalten, die seit Ende des Jahres 1955 unter diesem Namen vom *Österreichischen Rundfunk* (ORF) ausgestrahlt wird.

³⁵³ Davor wurden im Jahr 2014 lediglich fünf Berichte von Ende März bis Anfang/ Mitte April ausgestrahlt.

längerer Betrachtungszeitraum den Rahmen dieses Artikels sprengen würde.³⁵⁴ Darüber hinaus treten gegen Ende des Untersuchungszeitraumes keine neuen Stereotype mehr auf; es werden lediglich zu einem früheren Zeitpunkt gemachte Zuschreibungen reproduziert. Aus diesem Grund ist anzunehmen, dass sich durch eine Ausweitung des Untersuchungszeitraumes wahrscheinlich keine neuen Erkenntnisse mehr ergeben hätten.

Analysiert werden alle ORF-Formate, deren Berichte mit dem Inhalts-Schlagwort „Ebola“ im ORF-Archiv, welches über das Institut für Zeitgeschichte als Außenstelle des ORF-Archives mittels der Suchmaschine *mARCo* verknüpft sind. Hierzu zählen sämtliche ZIB-Formate, *Steiermark Heute* (hierbei handelt es sich um die einzige Bundesländer-Ausgabe, die im ORF-Archiv mit dem Schlagwort „Ebola“ für diesen Zeitraum in Verbindung steht), *Heute-Leben*, *Heute Mittag* und das *ZIB Magazin*. Bei den in diesem Kapitel zur Illustration verwendeten Bildern handelt es sich um *Keyframes* die der ORF, gemeinsam mit weiteren Informationen, in der Previewansicht zu den einzelnen Beiträgen zur Verfügung stellt.

Was den theoretischen Hintergrund betrifft, habe ich, wie in Kapitel 3 deutlich wurde, auch Betrachtungen mit einbezogen, die sich mit anderen Arten der Berichterstattung als mit dem Fernsehen beschäftigen. Dies liegt an einem einfachen Sachverhalt, der von Lünborg, Fritsche und Bach aufgegriffen wird. Images und Repräsentationen werden durch vielfältige Medien verbreitet und unterscheiden sich nicht nach Format. Bilder aus Presse, Fernsehen und Internet verbinden sich. Auch zwischen fiktionalen Formaten und faktischen Medientexten mit Bezug zur sozialen Wirklichkeit wird aus der Publikumperspektive nicht systematisch unterschieden.³⁵⁵ Bereits in frühen Quellen zu massenmedialen Aufarbeitungen wird hier klar, dass vor allem die Frage „Who says what in which channel to whom with what effect“³⁵⁶ von Bedeutung ist. Wie in diesem Kapitel deutlich wird, haben diese zu Grunde liegenden Problematiken nichts an ihrer Aktualität eingebüßt.

Meiner Arbeit liegen drei Fragen zu Grunde. Erstens, wird durch die mediale Berichterstattung ganz Afrika als „kranker Kontinent“ stereotypisiert, obwohl in dem von mir herangezogenen Zeitraum vom 27. Juni bis zum 5. August lediglich in drei

³⁵⁴ Vor diesem Datum wurden lediglich fünf Berichte zu dieser Thematik zwischen Ende März und Mitte April des Jahres 2014 ausgestrahlt.

³⁵⁵ Vgl. Lüneborg/ Fritsche/ Bach, *Migrantinnen in den Medien*, S. 126.

³⁵⁶ Laswell, „The Structure and Function of Communication in Society“, S. 37.

Ländern in Westafrikas, nämlich Sierra Leone, Guinea und Liberia dokumentierte Krankheitsfälle auftraten? Zusätzlich war noch ein Mann in Nigeria betroffen, der allerdings in dieses Land einreiste, als er bereits infiziert war. Zweitens, wird mit dem Stereotyp des „kranken Kontinents“ oftmals eine Bedrohung Europas suggeriert und die damit einhergehende Sorge thematisiert, wie „wir“ uns davor schützen können? Diese Abgrenzung zwischen „uns“ und „den anderen“ zieht sich durch große Teile der Ebola-Debatte bzw. durch die mediale Berichterstattung. Im Zuge dessen wird eine Form des *Othering* deutlich, die im weiteren Verlauf noch genauer beleuchtet wird. Drittens, wird durch den immer wiederkehrenden Verweis auf die „Hilfe von außen“ eine medizinische Hierarchie von Heilungs- und Problemlösungskompetenzen impliziert, in welcher die westlichen (von Afrika aus gesehen nördlichen) Lösungen eindeutig an der Spitze stehen? Hierbei stelle ich keinesfalls die Wichtigkeit von HelferInnen in Frage. Meine Kritik richtet sich allein gegen die damit einhergehende mediale Inszenierung.

4. a. Dramatisierungstendenzen in der Berichterstattung

Bei fast jedem von mir herangezogenen Bericht wird aufgrund sprachlicher Mittel impliziert, dass die Eskalation der Krankheit eine neue Information darstellt. Diese wird bereits im ersten von mir beachteten Bericht von *Heute Mittag* angedeutet, durch den Verweis, die Krankheit wäre außer Kontrolle und die HelferInnen nicht zahlreich genug.³⁵⁷ Auch in *ZIB Flash* Bericht des gleichen Tages und in *ZIB 9:00* vom 27.07.2014 wird auf die unkontrollierte Lage hingewiesen,³⁵⁸ dasselbe gilt auch für den *ZIB 24* Bericht desselben Tages:

„Vor sechs Monaten wurden aus Westafrika die ersten Ebola-Fälle gemeldet, damals war noch nicht bekannt, wie schlimm es werden würde. Jetzt ist das Virus außer Kontrolle.“³⁵⁹

Diese Information wird allerdings auch noch zu Ende meines Untersuchungszeitraumes als Neuigkeit verkauft, da beispielsweise auch in *ZIB Flash* 3 vom 04.08.2014 davon die Rede ist, dass die Lage außer Kontrolle geraten ist.³⁶⁰ Diese Tendenz spiegelt sich auch in der bildlichen Inszenierung wieder, indem bereits

³⁵⁷ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 29:20-34:36.

³⁵⁸ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 27.06.2014. TC: 01:21-01:38.

³⁵⁹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 07:28-07:30.

³⁶⁰ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3*, 04.08.2014. TC: 00:55-00:58.

in der Überschrift des Berichtes darauf hingewiesen wird.³⁶¹ deutlich wird. Die oben genannten Beispiele haben eines gemeinsam: Sie alle implizieren durch ihre Aufarbeitung, dass das Ebola-Virus jetzt außer Kontrolle wäre und sie damit in jedem Fall eine Neuigkeit vermitteln, obwohl dies schon im ersten Bericht einer der zentralen Punkte darstellte. So fällt in der *ZIB 19:30* vom 31.07.2014 auch der Satz, dass jetzt gehandelt werden müsse, denn sonst könne laut WHO die Krankheitswelle außer Kontrolle geraten.³⁶²

Dementsprechend ist es auch sinnvoll, den ersten Bericht, der mit dieser Thematik in Verbindung steht, genauer zu beleuchten. Hierbei handelt es sich um den bereits im vorhergehenden Absatz einbezogenen Beitrag vom 27. Juni 2014 im Format *Heute Mittag*. Dabei wird gleich zu Beginn deutlich:

„Seit vier Monaten *wütet* in Teilen von Westafrika eine Ebola Epidemie: In Guinea, Sierra Leone und Liberia sind laut WHO bereits 399 Menschen gestorben. Jetzt wird vor einem Übergreifen der Epidemie auf andere Staaten gewarnt.“³⁶³

In dieser Aussage wird bereits durch die Verwendung des Verbs „wüten“ oder den Verweis auf ein mögliches Übergreifen auf andere Staaten auf die Schwere der Situation hingewiesen. Dies wird im weiteren Verlauf des Berichts noch durch den Hinweis auf vollkommen überforderte Helfer verstärkt.³⁶⁴ Bereits hier wird deutlich, dass die Berichterstattung gleich mit einer Epidemie beginnt und nicht mit ein paar Einzelfällen oder vielleicht schon zu einem früheren Zeitpunkt, um die Zuschauer darüber in Kenntnis zu setzen, dass es überhaupt wieder Ebola-Fälle in *Afrika* gibt.

In den Berichten zeigen sich durchgehend Maßnahmen einer möglichst dramatischen Inszenierung. Dies zeigt sich sowohl durch sprachliche als auch bildliche Mittel. Ein Beispiel für erstere findet sich ebenfalls bereits im Bericht des Formates *Heute Mittag* vom 27.06.2014:

„Es sind Bilder wie aus einem Katastrophenfilm. Sanitäter in gelben Schutzanzügen mit Masken und Brillen machen sich auf den Weg [...] und behandelt entkräftete Patienten.“³⁶⁵

³⁶¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 02.07.2014. TC: 01:12.

³⁶² Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 31.07.2014. TC: 12:28-13:18

³⁶³ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 29:20-29:33. (Hervorhebungen durch die Autorin)

³⁶⁴ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 29:34-36.

³⁶⁵ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 29:36-29:53.

Diese sprachlichen Maßnahmen zur Dramatisierung werden durch bildliche Aspekte unterstützt, wie Abb. 3³⁶⁶ zeigt.



Abbildung 3 Eine der ersten Aufnahmen des *Heute Mittag* Berichtes vom 27.06.2014. Hierbei wird der Kranke aus einer „von oben herab“ Perspektive dargestellt.

Diese Tendenzen bzw. Arten einer möglichst tragischen Inszenierung zeigen sich auch anhand eines Interviews mit der Witwe eines verstorbenen Helfers. Hierbei fällt gleich zu Beginn auf, dass weder Aufnahmen noch Fotos von dem Verstorbenen selbst gezeigt werden, sondern ausschließlich seine Frau in einer Interviewsituation. Diese Szene wird in zwei Berichten des ORF verwendet.³⁶⁷ Die Dramatisierungsbestrebungen werden hier vor allem auf sprachlicher Ebene



Abbildung 4 Gleichzeitig mit dieser Aufnahme wird dieser Satz eingespielt. "Dieses Kleinkind hat den Kampf gegen das Ebola-Virus verloren."

augenfällig, sobald man die beiden Darstellungen miteinander vergleicht. In beiden Fällen wird die englische Originalsprache mit einer deutschen Übersetzung übersprochen. Im ersten Interview sagt die Frau laut Over-Voice, dass ihre Kinder ihren Vater nie wiedersehen werden.³⁶⁸ Als genau dieselbe Szene allerdings nochmals im

Zuge des *ZIB Flash 2* vom 29.07.2014 ausgestrahlt wird, wird sie mit der Phrase übersetzt, dass ihre Kinder ihren Vater nie kennenlernen werden.³⁶⁹

Die bereits angesprochenen Dramatisierungstendenzen zeigen sich auch anhand von Beispielen, bei denen die explizite Nennung von Einzelschicksalen eine eher geringere

³⁶⁶ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 29:49. (auch *ZIB 19:30* vom 02.07.2014. TC: 15:38)

³⁶⁷ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 30:01-30:17. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 29.07.2014. TC: 02:24-02:27.

³⁶⁸ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 30:01-30:17.

³⁶⁹ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 29.07.2014. TC: 02:24-02:27

Rolle spielt. Viel eher wird der/die RezipientIn durch sprachliche und bildliche Mittel dazu verleitet, Mitgefühl für ein persönliches Schicksal zu entwickeln (Abb. 4³⁷⁰). Besonders auffallend ist hier der sprachliche Begriff des *Kampfes*, der als Dramatisierung auf begrifflicher Ebene gelesen werden könnte. Dieses Wort wird keinesfalls nur in diesem Zusammenhang verwendet, sondern sehr häufig auch in anderen Kontexten mit Erkrankungen in Verbindung gebracht. Dieser Sachverhalt mindert aber keinesfalls die Dramatisierungstendenzen, die durch dieses Vorgehen ersichtlich werden. Durch derartige „Kampfbegriffe“ werden die ZuseherInnen in einen wie im anderen Fall auf einer persönlichen Ebene miteinbezogen.

4. b. Inszenierung von Männlichkeit, Weiblichkeit und Masse

Die Inszenierung des Begriffs „Masse“ steht mit Strategien des *Othering* in Verbindung. Dieses wird in den von mir untersuchten Medienformaten sowohl anhand der sprachlichen Ebene der Berichterstattung als auch in den „dokumentarischen“ Medienbildern augenfällig. Zentral ist hier beispielsweise die Frage, durch welche Wortwahl eine Abgrenzung des angeblich „Anderen“ zu einem imaginierten „Wir“ deutlich wird. Oftmals wird dabei eine angebliche „Primitivität“ suggeriert, wie im *ZIB 2* Bericht vom 25.07.2014:

„Denn viele verstecken auch aus Misstrauen Familienangehörige mit Ebola-Symptomen, sobald sich ein Erkrankter aber versteckt, ist ein neuerlicher Ausbruch möglich.“³⁷¹

Darüber hinaus wird eine zum Begriff *Ebola-Epidemie* passende Darstellungsweise gewählt. So werden oftmals Aufnahmen von großen Gruppen oder unüberschaubaren Mengen gezeigt, wenn auf ein gewisses Ausmaß hingewiesen werden soll. Diese werden vom Rezipienten oftmals anhand einer gängigen kollektivsymbolischen Codierung als „Masse“, „große Zahl“ oder „Flut“ wahrgenommen.³⁷² Das trifft auch auf die von mir herangezogenen Berichte zu. Sobald die Rede von Ansteckungsgefahr ist, werden beispielsweise oft Straßenszenen mit vielen durcheinanderlaufenden Passanten gezeigt (Abb. 5³⁷³, Abb. 6³⁷⁴).

³⁷⁰ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 22:39.

³⁷¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 24:40-24:56.

³⁷² Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 74.

³⁷³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 9:00*, 02.08.2014. TC: 02:27.

³⁷⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 00:48.



Abbildung 5 Dieses Bild wird mit der Information unterlegt, dass nun ein Maßnahmenpaket helfen soll, um die Seuche in den Griff zu bekommen. Der Wechsel zu diesem Bild erfolgt dabei genau bei dem Wort „Seuche“. In der *ZIB 13:00* vom 02.08.2014 wird dieselbe Aufnahme in Verbindung mit einem Verweis darauf, dass eine Ausbreitung auf weitere Länder befürchtet wird, gesendet.



Abbildung 6 Dieses Bild wird als erstes im *ZIB Magazin* am 05.08.2014 gezeigt, nachdem die Moderatorin davon gesprochen hat, dass sich das „Killer-Virus“ immer weiter ausbreitet.

Ebenfalls augenfällig ist das Geschlechterverhältnis in der Repräsentation. Die theoretischen Grundaussagen, dass Männer oftmals mit Aktivität und Bedrohung und Frauen mit Passivität und Schwäche konnotiert werden³⁷⁵, treffen auf die von mir ausgewerteten Begriffe zu. Die einzige Abweichung ist hierbei, dass Männer häufig als Kranke gezeigt werden. Dabei liegen oder sitzen die Betroffenen allerdings zumeist und werden zusätzlich aus einer Vogelperspektive gezeigt. Dieses asymmetrische Machtverhältnis wird beispielsweise in Abb. 7³⁷⁶, Abb. 8³⁷⁷ deutlich.



Abbildung 7 Bereits zu Beginn des Berichtes wird ein liegender, erkrankter Mann gezeigt.

³⁷⁵ Vgl. Thiele, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*, S. 78-79.

³⁷⁶ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 27.06.2014. 01:39. (auch *ZIB 17:00*, 02.07.2014. TC: 03:26. / *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 14:25. / *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 03:12. / *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 11:26.)

³⁷⁷ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 08:09. (Auch *ZIB 13:00* 02.07.2014. TC: 11:23. / *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 00:25.)



Abbildung 8 Zwar ist der Mann, der in diesem Bild zu sehen ist, im Gegensatz zum vorhergehenden Beispiel nicht bloß spärlich bekleidet, allerdings wird die Szene auch hier wieder aus einer Vogelperspektive gezeigt.

Diese Perspektive könnte in diesem Zusammenhang durchaus als auf jemanden hinabschauen gelesen werden. Wenn allerdings die lokale Bevölkerung gezeigt wird und gleichzeitig von Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit die Rede ist, rücken oftmals Bilder von Frauen, Kindern und jungen Erwachsenen ins Bild (Abb. 9³⁷⁸, Abb. 10³⁷⁹, Abb. 11³⁸⁰). Wenn im Gegensatz dazu von einer möglichen Bedrohung für Europa oder einer schnellen Ausbreitung gesprochen wird, rücken meist Männergruppen oder Passanten-Szenen ins Bild.³⁸¹



Abbildung 9 Frau bei der Behandlung im sprachlichen Kontext zu Hilfsbedürftigkeit.

³⁷⁸ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 8:00. (auch *ZIB 13:00*, 02.07.2014. TC: 11:16. / *ZIB 17:00*, 02.07.2014. TC: 03:23. / *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 14:30. / *ZIB 13:00*, 31.07.2014. TC: 15:17.)

³⁷⁹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 08:16. (auch *ZIB 13:00*, 31.07.2014. TC: 15:12.)

³⁸⁰ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 05.08.2014. TC: 02:40.

³⁸¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 23:25-23:30.



Abbildung 10 Gruppe von Kindern und jungen Erwachsenen.



Abbildung 11 Dieses Bild wird gezeigt, als davon berichtet wird, wie viele Menschen bereits an der Krankheit gestorben sind.

Wie aus den vorigen Beispielen bereits hervorgeht, ist es von Nöten auch die Darstellung von Krankheit und Erkrankten selbst genauer zu beleuchten. In diesem Sinne ist es sinnvoll, sich eine zentrale Frage zu stellen: Wäre es möglich, Erkrankte in Europa, im Westen, also bei „uns“ auf diese Art und Weise zu inszenieren? Darunter verstehe ich leidend (Abb. 12³⁸²), halb nackt (Abb. 13³⁸³), meist aus einer Vogelperspektive (Abb. 14³⁸⁴) und ohne die Gesichter der Betroffenen unkenntlich zu machen³⁸⁵ (in meinem ganzen Untersuchungszeitraum geschah dies genau bei einer einzigen Aufnahme, die immer wieder in verschiedenen Berichten wiederverwendet wurde, siehe Abb. 15³⁸⁶). Die einzige Ausnahme stellt das Format *Steiermark Heute* dar. Auch hier wird über Ebola in Verbindung mit Westafrika berichtet. Allerdings werden dabei vermehrt Szenen von Passanten oder Umgebungsaufnahmen gezeigt. Auf entwürdigende Darstellungen wie in anderen Berichten wird verzichtet.³⁸⁷

³⁸² ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 08:22.

³⁸³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 08:20. (auch *ZIB 13:00*, 31.07.2014. TC: 15:16.)

³⁸⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3*, 04.08.2014. TC: 01:05. (auch *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 03:26.)

³⁸⁵ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 15:12, 15:38.

³⁸⁶ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 11:39. (auch *ZIB 17:00*, 31.07.2014. TC: 04:30. / *ZIB 19:30*, 31.07.2014. TC: 13:08. / *ZIB 2*, 31.07.2014 / *ZIB Flash 3*, 04.08.2014. TC: 01:09. / *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 00:54. / *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 11:24.)

³⁸⁷ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Steiermark Heute*, 05.08.2014. TC: 06:08-07:38.



Abbildung 12 Großaufnahme eines Betroffenen.



Abbildung 13 Spärlich bekleideter bzw. bedeckter Mann.



Abbildung 14 Auf einen Betroffenen „hinabschauen“.



Abbildung 15 Für den gesamten Zeitraum der Berichterstattung ist diese Aufnahme die einzige, in welcher das Gesicht eines Betroffenen nicht zu erkennen ist. Ob dies allerdings mit Absicht geschah oder nicht, ist schwer nachzuvollziehen.

Auffallend ist auch, bei welchen Tätigkeiten die Personen gezeigt werden. So wird eine angebliche „Hilfsbedürftigkeit“ vor allem auch durch die Art der Darstellung suggeriert:

sitzend oder liegend (Abb. 16³⁸⁸). Im Gegensatz dazu werden HelferInnen in Aktion dargestellt (Abb. 17³⁸⁹).



Abbildung 16 Dieser Mann ist im Gegensatz zu den zahlreichen anderen Bildern einer der wenigen bekleideten Betroffenen, die gezeigt werden.



Abbildung 17 Helfer in Aktion.

Als Fazit lässt sich hierzu wohl sagen, dass es sich um eine Inszenierung Erkrankter handelt, die mit einer entwürdigenden Art der Darstellung einhergeht. Gleichsam stellt der Arzt bzw. die Ärztin oder der/ die HelferIn im Schutzanzug in diesen Bildern immer einen Kontrast zur „kranken Masse“ dar. In diesem Sinne kommt es zu einer Entindividualisierung des/der Betroffenen und einer damit einhergehenden Inszenierung der Betroffenen als Gesamtheit.

Zusätzlich ist in der Darstellung dieser Thematik noch ein weiteres Vorgehen auffällig; dieselben Aufnahmen werden immer wieder in anderen Berichten verwendet und mit neuen Voice-Over-Kommentaren versehen. Um nur einige Beispiele zu nennen siehe ZIB 2 25.07.2014 (Abb. 18³⁹⁰). Darüber hinaus hat es den Anschein, als würden oftmals ähnliche Aufnahmen „inszeniert“ (Abb. 19³⁹¹). An dieser Stelle habe ich, um den Rahmen nicht zu sprengen, lediglich auf zwei Beispiele verwiesen. Allerdings findet sich diese Wiederverwertungsstrategie von Material in einer Vielzahl von Berichten, aus diesem Grund sind in den Fußnoten zu den jeweiligen Bildern nicht nur die Angaben der Sendung vermerkt, der ich diese entnommen habe, sondern in

³⁸⁸ ORF-Fernseharchiv, ZIB Flash 2, 05.08.2014. TC: 02:01.

³⁸⁹ ORF-Fernseharchiv, ZIB 19:30, 05.08.2014. TC: 08:57.

³⁹⁰ ORF-Fernseharchiv, ZIB 2, 25.07.2014. TC: 24:39. (auch ZIB Flash 3, 26.07.2014. TC: 01:50. / Heute-Leben, 31.07.2014. TC: 02:41.)

³⁹¹ ORF-Fernseharchiv, ZIB 9:00, 27.07.2014. TC: 02:04. (auch ZIB 24, 30.07.2014. TC: 11: 27.)

Klammer auch jene, in denen sie wiederverwendet werden. Ziel dieses Vorgehens ist es, auf die exzessive, nicht gekennzeichnete Wiederverwendung einzelner Aufnahmen hinweisen.

Ähnlich variabel ist auch die Auslegung der hier analysierten ORF-Bilder, je nach Kontext, in welchem diese eingespielt werden.



Abbildung 18 Dieses Bild wird in der *ZIB 2* vom 25.07.2014 in direktem Zusammenhang mit Maßnahmen der WHO genannt und auch im *ZIB Flash 3* in Zusammenhang mit dem Begriff „tödliche Seuche“.



Abbildung 4 Hier kommt es zu einer Inszenierung des Schutzanzuges, die in ihrem Aufbau der vorhergehenden Abbildung sehr ähnelt.

4. c. Die Inszenierung von HelferInnen und Hilfsbedürftigkeit

Dieses Bild von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit wird in den von mir betrachteten Nachrichtenformaten weitergetragen. Bei dieser Art der Inszenierung ist die Hautfarbe des „weißen Arztes“ allerdings nebensächlich. Die Achsen der Ungleichheit konstruieren sich entlang anderer Unterscheidungslinien wie Arzt - Patient oder Schutzanzug - kein Schutzanzug. Besonders relevant in diesem Zusammenhang ist allerdings noch immer die Nationalstaatlichkeit der Betroffenen als Unterscheidungsmerkmal, wie im Folgenden deutlich wird.



Abbildung 20 Bild der Krankenschwester, die nun selbst an Ebola erkrankt ist.

So wird beispielsweise in mehreren Berichten erwähnt, dass in etwa 100 Helfer, Mediziner und Mitglieder des Pflegepersonal mit dem Virus infiziert wären.³⁹² In diesem Kontext werden Unterschiede in der Art der Darstellung der Erkrankten deutlich. Abb. 20³⁹³ zeigt das Bild von einer Frau, die gleichzeitig durch den Voice-Over-Kommentar als

Krankenschwester charakterisiert wird. Auffallend an der Inszenierung ihrer Erkrankung ist, dass auch sie in einem Zelt sitzend, halb bekleidet und aus einer Vogelperspektive bzw. schräg von oben gefilmt gezeigt wird. Lediglich in einem späteren Bericht der *ZIB 24* vom 30.07.2014 wird die Frau in einem Nebensatz als Elisabeth Smith vorgestellt und es wird auf die Problematik erkrankter ÄrztInnen und HelferInnen hingewiesen.³⁹⁴ Dies steht im Kontrast zur Darstellung erkrankter HelferInnen aus anderen Ländern. Das prominenteste Beispiel hierfür ist wohl der US-amerikanische Arzt Kent Brantly. Es werden ausschließlich Aufnahmen von ihm vor seiner Erkrankung gezeigt. Zusätzlich wird hier nur auf Fotomaterial zurückgegriffen und nicht auf Videoaufnahmen. Darüber hinaus ist auffällig, dass er auf den meisten dieser Aufnahmen in Pose mit seiner Familie oder in Aktion während seines Dienstes gezeigt wird. (Abb. 21³⁹⁵, Abb. 22³⁹⁶, Abb.23³⁹⁷).



Abbildung 21

³⁹² Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 29.07.2014. TC: 02:40-02:44.

³⁹³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 14: 33. (auch *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 11:19.)

³⁹⁴ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 12:16-12:24.

³⁹⁵ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 31:21.

³⁹⁶ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 03.08.2014. TC: 04:51. (auch *ZIB Flash 3*, 03.08.2014. TC: 02:40. / *ZIB 20*, 03.08.2014. TC: 06:03. / *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 10:10.)

³⁹⁷ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 03.08.2014. TC: 04:08. (auch *ZIB Flash 3*, 03.08.2014. TC: 02:34. / *ZIB 20*, 03.08.2014. TC: 05:56.)



Abbildung 22



Abbildung 23

Darüber hinaus kommt ihm in der gesamten Berichterstattung ein Vielfaches an Aufmerksamkeit zu, vor allem ab dem Zeitpunkt, an dem klar wird, dass er in die USA rücktransportiert werden soll. So wird die bereits erwähnte Krankenschwester lediglich einmal in einem Nebensatz beim Namen genannt und in genau zwei Bericht als solche dargestellt.³⁹⁸ Im Gegensatz dazu dreht sich die Berichterstattung ab 03.08.2014 bis 05.08.2014 mit ein paar Ausnahmen um die Erkrankung Kent Brantly und dessen Rücktransport.³⁹⁹

Ähnlich wird auf der bildlichen Ebene mit einer weiteren erkrankten US-Amerikanerin verfahren. Auch hier werden lediglich Fotos vor ihrer Erkrankung gezeigt und keine Videoaufnahmen (Abb. 24⁴⁰⁰). Sowohl in diesem Fall, als auch bei Kent Brantly ist die Präsentation der Betroffenen in den Medien genau gegenläufig zu jener der Erkrankten in Liberia, Guinea und Sierra Leone. Durch die Fotos von Kent Brantly, die ausschließlich vor seiner Erkrankung entstanden sind und auch den „Aktionsaufnahmen“ von ihm als Helfenden kommt es hier zu einer Inszenierung seiner Tätigkeiten und Aktivität. – Im Gegensatz zu einer Zurschaustellung von Krankheit, Tod und Passivität, wie dies bei den anderen Betroffenen der Fall ist.

³⁹⁸ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 14:33-14:42.

³⁹⁹ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 03.08.2014. TC: 04:08-04:57. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3*, 03.08.2014. TC: 02:11-02:40. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 20*, 03.08.2014. TC: / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 08:04-10:12.

⁴⁰⁰ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 20*, 03.08.2014. TC: 06:08.



Abbildung 24 Bild der betroffenen US-Amerikanerin vor ihrer Erkrankung.

Auch bei der Bezugnahme auf den bereits erwähnten verstorbenen Helfer, Patrick Swayer werden ausschließlich Bilder von seiner Witwe und ein Interview mit selbiger und keine Aufnahmen des Erkrankten gezeigt; wie in Abb. 25.⁴⁰¹



Abbildung 25 Ausschnitt aus dem Interview mit Patrick Swayers Witwe.

Diese Heroisierungstendenzen wurden bereits im ersten Kapitel im Zusammenhang mit Forschenden und Afrikareisenden augenfällig und werden auch in den von mir analysierten ORF-Berichten vor allem durch die Wortwahl repliziert. Dies zeigt sich beispielsweise an der Beschreibung eines österreichischen Arztes durch den Moderator:

Moderator: „Ja, und nicht nur, dass der Mann gerader erst aus dem Einsatz zurückkommt, er ist auch schon wieder als Notfallmediziner im Einsatz. [...] Meine Bewunderung und viel Respekt für Menschen, die so selbstlos helfen, echte Vorbilder.“ Die Antwort der Moderatorin auf den letzten Satz: „[...] Ja, großartige Menschen haben wir in Österreich.“⁴⁰²

Neben diesen Beispielen zeigt sich noch ein weiterer Bruch in der Inszenierung von Hilfeleistungen. Immer wenn von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) die Rede ist, ändert sich der Bildaufbau komplett. Es wird lediglich eine Großaufnahme des Logos der Organisation gezeigt. Auf den Aufnahmen sind im Gegensatz zu fast allen anderen Szenarien keine Menschen zu sehen und schon gar keine Kranken oder Leidenden. Zusätzlich ist auffällig, dass in diesem Kontext verschiedene Aufnahmen des WHO-Logos gezeigt werden, die sich allerdings in ihrer Bildkomposition weitgehend gleichen (Abb. 26⁴⁰³, Abb. 27⁴⁰⁴). Dies erzeugt eine sterile Wirkung und

⁴⁰¹ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 30:17.

⁴⁰² ORF-Fernseharchiv, *Heute-Leben*, 31.07.2014. TC: 00:52-1:00, 5:27-5:31.

⁴⁰³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 02.07.2014. TC: 01:24.

⁴⁰⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 02.07.2014. TC: 24:02. (auch *Steiermark Heute*, 05.08.2014. TC: 07:31.)

steht im Gegensatz zu den mannigfaltigen Farben der Bilder, in denen die Bevölkerung, HelferInnen oder Erkrankte gezeigt werden, wobei, wie aus einigen der bereits genauer beleuchteten Bilder hervorgeht, auch Helfende immer wieder in Schutzanzügen und sterilem Weiß gezeit werden.



Abbildung 26



Abbildung 27

Neben dieser bildlichen Inszenierung von Hilfeleistungen und Hilfsbedürftigkeit, werden diese auch durch sprachliche Markierungen und der Verwendung bestimmter Begrifflichkeiten hervorgehoben. Auch hierbei handelt es sich um eine *Othering*-Strategie, die bereits im ersten Bericht zu dieser Thematik auftritt und in den darauffolgenden Berichten immer wiederkehrt, wie diese Beispiele verdeutlichen:

„Viele Menschen in oftmals schwer zugänglichen Regionen in Guinea, Sierra Leone und Liberia sind auch extrem misstrauisch, wenn plötzlich *futuristisch* gekleidete Ärzte in Schutzanzügen dort auftauchen. Deshalb ist *Aufklärung* oftmals besonders wichtig.“⁴⁰⁵

Durch die hier generierten sprachlichen Bilder werden Helfende als „modern“ oder „fortschrittlich“ inszeniert. Diese Vorgehensweise deutet abermals auf ein vorherrschendes Hierarchiekonzept hin, in welchem westlichen Ansichten zu Medizin an die Spitze gestellt werden und als Gegenpol zu den *misstrauischen unaufgeklärten* BewohnerInnen fungiert.

⁴⁰⁵ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 31:30-31:43. (Hervorhebungen durch die Autorin)

4. d. Die Frage nach der Bedrohung Europas

Die Bedrohungs-Frage wird bereits bei der Anmoderation in den Raum gestellt, wie dieser Beitrag der *ZIB 9:00* zeigt:

„Das gefährliche Ebola-Virus breitet sich in Westafrika immer mehr aus laut der Gesundheitsorganisation der WHO sind fast 700 Menschen daran gestorben, fast doppelt so viele erkrankt. [...] *Zudem schürt ein geplanter Krankentransport hier die Angst in Europa*, ein erkrankter Virologe soll nach Hamburg geflogen und in einer Spezialklinik behandelt werden.“⁴⁰⁶

Was bei diesem Nachrichtenbeitrag vor allem auffällt, ist, dass in dieser Anmoderation klar eine Bedrohungs- bzw. Angstsituation für Europa betont wird. Dieser Zustand wird allerdings im gesamten darauffolgenden Bericht nicht weiter ausgeführt.⁴⁰⁷ Ein weiteres Beispiel für eine Anmoderation, die eine Bedrohungssituation hervorhebt, ist die *ZIB 24* vom 30.07.2014:

„Tödliche Epidemie. Das Ebola Virus im Westen Afrikas. Kann es durch die vielen Reisenden jetzt nach Europa kommen? Im Studio ist der Arzt Michael Kühnel, er hat sich dem Kampf gegen Ebola verschrieben.“⁴⁰⁸

Eine weitere Methode, diese Bedrohung zu inszenieren, stellen Experteninterviews dar. Dabei wird bei so gut wie jeder Unterredung darauf eingegangen, wie es denn mit einer Bedrohung für Europa aussieht.⁴⁰⁹ Spannend ist hier vor allem, dass meist eher nach dem Großraum Europa gefragt wird und eher zu Spezifizierungszwecken wirklich nach Österreich selbst. Ein Beispiel für den sehr speziellen Umgang mit dieser Thematik ist das Interview mit einem gerade aus Sierra Leone zurückgekehrten österreichischen Arzt Michael Kühnel. Hier geht der Moderator immer wieder auf die Frage ein, wie wahrscheinlich denn jetzt eine Ansteckung in Österreich wäre, obwohl der Befragte eigentlich bereits zu Beginn darauf verweist, dass die Chancen hierfür sehr gering sind.

„Moderator: Jetzt melden sich immer mehr Experten, die sagen, das Virus kann eine Gefahr für Europa auch darstellen. Also durch diese rege Reisetätigkeit, viele fliegen jetzt gerade herum und dadurch verbreitet sich dieses Virus dann eben leichter. Wie wie wie ist da ihre Einschätzung?

Es ist grundsätzlich natürlich nie ausgeschlossen, sollte ich infektiös sein, was ich nicht bin, ist die Chance auch hier, dass sich das in Österreich verbreitet. Also die Chance ist da, aufgrund der großen Reisetätigkeit, aufgrund der guten Infrastrukturen mittlerweile, konnte sich das Virus auch so gut ausbreiten. Früher gabs Ebola auf kleine Dörfer beschränkt, nur jetzt gibt's gute Straßen, es gibt Verbindungen zu den Hauptstädten und damit kann das Ebola Virus sich leichter oder weiterverbreiten.

⁴⁰⁶ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 29.07.2014. TC: 14:10-14:32.

⁴⁰⁷ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 29.07.2014. TC: 14:33-15:22.

⁴⁰⁸ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 14:29-14:33.

⁴⁰⁹ Vgl. beispielsweise ORF-Fernseharchiv *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 12:22-19:15. / ORF-Fernseharchiv *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 13:21-18:09.

Moderator: Em, Aber gut, wenn sie jetzt ansteckend wären und mich angesteckt hätten, müssten wir uns dann Sorgen machen in Österreich? Aufgrund der medizinischen Versorgung die wir hier haben?

Kühnel: HMMM, nein. Es gibt, es gibt, es gibt, em, genauso Krankenhäuser wo man behandelt wird, solange man selbst keine Symptome hat ist man nicht infektiös. Nachdem ich derzeit keine Symptome habe bin ich auch nicht infektiös, also auch keine Gefahr für Österreich

Moderator unterbricht: das kann aber zehn Tage dauern, haben sie mir verraten vorhin.

Kühnel: Noch zehn Tage, ja.

Moderator: Ja, ok.

Kühnel: Ich bin noch in der Frist, aber alles ok.⁴¹⁰

Auffallend ist hier vor allem, dass immer wieder auf diese mögliche Bedrohungssituation eingegangen wird, obwohl bereits zu Beginn des Berichts darauf hingewiesen wird, dass es hier nicht darum gehe, Panik zu verbreiten:

„Es ist die schlimmste Ebola-Epidemie aller Zeiten, im Westen Afrikas, 700 Menschen sind bereits gestorben und das hochansteckende Virus ist nicht unter, sondern außer Kontrolle. Es will hier jetzt natürlich niemand Panik verbreiten, aber es melden sich immer mehr Experten zu Wort, die meinen, dass dieses Virus, auch zur Gefahr für Europa werden könnte, weil nämlich gerade jetzt, überall sind ja Sommerferien, so viele Menschen unterwegs sind und die rege Reisetätigkeit die Verbreitung des Virus fördert. Was also ist da dran? Wie kann diese Epidemie in Westafrika bekämpft werden?“⁴¹¹

Eine ähnliche Befragungssituation, ebenfalls mit dem gleichen Mediziner, Michael Kühnel, bietet sich in *Heute-Leben* am 31.07.2014. Auch dabei kommt der Moderator immer wieder auf eine mögliche Bedrohung zu sprechen und argumentiert abermals mit einer potenziellen Ansteckung des Mediziners selbst. Als dieser, wie im obigen Beispiel, verneint, wirft der Diskussionsleiter ein, dass es doch auch möglich wäre, dass Kühnel seine Ansteckung selbst noch nicht bemerkt hätte.⁴¹² Allerdings gibt es auch vereinzelte Gegenbeispiele, in denen versucht wird, die ZuschauerInnen zu beschwichtigen und eine Gefahr für Europa für unwahrscheinlich zu erklären:

„Die heimtückische Krankheit Ebola beunruhigt derzeit die Welt, denn in Westafrika sind bereits 900 Menschen, die sich mit dem Virus infiziert hatten gestorben. Das schürt auch die Angst in Europa, Experten aber versichern, dass die Gefahr hier nur gering ist. In Österreich sogar so gut wie unwahrscheinlich.“⁴¹³

Besonders erstaunlich sind die oben immer wiederkehrenden Fragen nach einer möglichen Bedrohung Europas unter Beachtung der *ZIB 2* am 05.08.2014. In diesem wird bereits zu Beginn klargestellt:

„In den USA grassiert das Ebola-Fieber, vor allem die Medien scheinen heftig infiziert zu sein. „Zwar haben derzeit nur zwei Menschen in den USA nachweislich Ebola, also aufgerundet etwa ein millionstel Prozent der US-Bevölkerung. Und trotzdem überschlagen sich die US-Medien

⁴¹⁰ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 12:22-19:15.

⁴¹¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 10:20-10:51.

⁴¹² Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute-Leben*, 31.07.2014. TC: 03:20-03:22.

⁴¹³ ORF-Fernseharchiv, *Steiermark Heute*, 05.08.2014. TC: 05:48-06:07.

vor Aufregung. [...] Die Medien bleiben aufgeregt. Befragt werden alle, die nicht schnell genug abtauchen können, die Antworten werden immer genervter. ⁴¹⁴

Auch im weiteren Verlauf dieses Berichts sticht der sarkastische Unterton hervor. Immer wieder wird darauf verwiesen, dass es hier bloß um eine medial generierte Panik handle.⁴¹⁵ Hierbei handelt es sich um eine Form von *Otherring*, welches, im Gegensatz zu den bisher herausgestellten Varianten, nicht aus einer deutungshoheitlichen Position heraus stattfindet.

Besonders hervorstechend ist an diesem *ZIB 2* Beitrag allerdings der weitere Verlauf der Nachrichtensendung. Kurz darauf folgt eine kurze Sequenz, in der Daten und Fakten über den Ebola-Virus selbst genannt werden. Bei dieser Einspielung ist vor allem die Bilderauswahl zu den behandelten Themen manchmal fragwürdig, wie in Abb. 28⁴¹⁶. Nach dieser Einspielung folgt allerdings ein weiteres Experteninterview mit einem Hamburger Virologen. Von zentraler Bedeutung ist darin vor allem die immer wiederkehrende Frage einer Bedrohung Europas.⁴¹⁷



Abbildung 28 Warum dieses Kind Verbindung mit der Herkunft von Ebola ausgewählt wurde, bleibt auch im weiteren Verlauf der Einspielung ungeklärt.

⁴¹⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 07:59-08:47.

⁴¹⁵ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 08:47.09:59.

⁴¹⁶ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 10:54.

⁴¹⁷ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 12:22-19:15.

4. e. Zahlen, Daten und Expertenwissen

Eine weitere Möglichkeit, exklusives Wissen zu suggerieren, besteht, wie dies im Kontext der *Eboladebatte* häufig der Fall ist, darin, mit der Phrase „Experten warnen/sagen“ darauf hinzudeuten.⁴¹⁸ Dabei fällt auf, dass niemals spezifiziert wird, wer diese Experten eigentlich sind. Zusätzlich fehlen weitere Verweise oder etwaige Referenzen auf die zu Grunde liegenden Quellen. Darüber hinaus wird, sobald das Wort Experten fällt, oftmals eine dazu passende, medizinische Atmosphäre gewählt (Abb. 29⁴¹⁹).



Abbildung 5 Dieses Bild wird in der *ZIB 17:00* vom 31.07.2014 eingespielt, als der Begriff „Experten“ fällt.

Obiges Beispiel legt die Vermutung nahe, dass es hierbei möglicherweise eher darum geht, die Berichte überhaupt mit Zahlen zu unterlegen, als wirklich auf unumstößliche Informationen zurückzugreifen. Natürlich könnten diese Unterschiede in den Berichten auch von der Ungenauigkeit der Daten herrühren. In diesem Zusammenhang ist allerdings auffallend, dass hier nicht darauf verwiesen wird, dass unklar ist, wie viele Menschen betroffen sind oder eine gewisse Schwankungsbreite angegeben wird, sondern die genannten Zahlen als absolut dargestellt werden. Weiters ist auch die Todesrate/ -wahrscheinlichkeit je nach Bericht eine andere. Allerdings sind zumindest für den von mir betrachteten Zeitraum hier immer die gleichen Zahlen von 60-90% in Verwendung. So wird etwa im ersten Bericht, der sich mit Ebola beschäftigt, deutlich, dass bis zu 90% der Infektionen tödlich verlaufen⁴²⁰ und der Virus an 60 Orten in drei verschiedenen Ländern lokalisiert werden konnte.⁴²¹ Im Gegensatz dazu heißt es im *ZIB Magazin* am 05.08.2014, dass 60% der Erkrankten an dem Virus sterben.⁴²²

Zusätzlich zu dieser Strategie werden häufig Zahlen genannt. Dabei sticht vor allem heraus, dass diese oftmals auch innerhalb eines Tages nicht konstant bleiben.

⁴¹⁸ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 15:27. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 31.07.2014. TC: 12:28.

⁴¹⁹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 31.07.2014. TC: 04:33. (auch *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 11:28.)

⁴²⁰ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 02.07.2014. TC: 03:18-03:26. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 14:54-14:56.

⁴²¹ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 27.06.2014. TC: 30:20-30:23.

⁴²² Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB-Magazin*, 05.08.2014. TC: 03:40.

Besonders auffallend ist die Varianz der genannten Zahlen. So wird etwa im zweiten Bericht zu dieser Thematik, dem *ZIB Flash 2*, von rund 400 Toten gesprochen.⁴²³ In der etwas später ausgesendeten *ZIB 24* ist allerdings von 350 bestätigten Todesfällen die Rede.⁴²⁴ Aber auch diese Zahl bleibt nicht über den Beitrag hinweg konstant. So wird kurz später, während des Berichtes von der Over-Voice deutlich gemacht, dass bereits 400 Tote zu verzeichnen sind.⁴²⁵ Gelegentlich wird als Einleitung darauf verwiesen, dass *tausende* betroffen seien.⁴²⁶

„Fast stündlich werden neue Erkrankungsfälle gemeldet. Fast täglich weitere Tote.“⁴²⁷

Eine weitere Strategie, die hier angewendet wird, um den Ernst der Lage zu illustrieren, ist die Einspielung von Leichenwägen bzw. Menschen beim Ausheben von Gräbern oder ähnlichen Tätigkeiten, während von den Todesraten gesprochen wird. Dies wird beispielsweise in Abb. 30⁴²⁸, Abb. 31⁴²⁹, Abb. 32⁴³⁰, Abb. 33⁴³¹ und Abb. 34⁴³² deutlich.



Abbildung 30 Abladen von Leichen.



Abbildung 31

⁴²³ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 27.06.2014. TC: 01:22.

⁴²⁴ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 07:30-07:40.

⁴²⁵ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 8:00-8:21.

⁴²⁶ Vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 27.06.2014. TC: 01:23. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 02.07.2014. TC: 11:08-11:09. / vgl. ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00*, 02.07.2014. TC: 03:11-03:17.

⁴²⁷ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 05.08.2014. TC: 11:08-11:12.

⁴²⁸ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 08:45.

⁴²⁹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2*, 02.07.2014. TC: 01:39. (auch *ZIB 19:30*, 02.07.2014. TC: 14:56. / *ZIB 2*, 02.07.2014. TC: 24:13.)

⁴³⁰ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 23:30. (auch *ZIB 19:30*, 31.07.2014. TC: 13:34. / *Heute-Leben*, 31.07.2014. TC: 04:00. / *ZIB 9:00*, 02.08.2014. TC: 02:19. / *ZIB 13:00*, 02.08.2014. TC: 03:36.)

⁴³¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3*, 26.07.2014. TC: 01:54. (auch *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 00:29. / *ZIB 13:00*, 31.07.2014. TC: 15:44. / *ZIB 19:30*, 31.07.2014. TC: 13:26. / *Heute-Leben*, 31.07.2014. TC: 03:50.)

⁴³² ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 31.07.2014. TC: 16:33.



Abbildung 32 Diese Aufnahme wird eingespielt, als man von der Stimme aus dem Off erfährt, dass die Leichen nach ihrem Tod noch bis zu sechs Monate ansteckend sind. Auch in der *ZIB 9:00* wird diese Aufnahme mit Informationen über die Schwere der Krankheit unterlegt.



Abbildung 33 Diese Aufnahme wird zusätzlich zur Information, wie ansteckend die Krankheit ist, als letzte des Berichts gezeigt. Es liegt nahe, dass dies dem/der RezipientIn im Gedächtnis bleibt.



Abbildung 34

4. f. Der ORF und der „kranke Kontinent“

Abschließend widme ich mich den Fragen, durch welche Techniken es möglich ist, einen ganzen Kontinent als „krank“ oder „defizitär“ darzustellen. Auch hier gibt es wieder zahlreiche Beispiele auf sprachlicher und bildlicher Ebene, wie etwa die Anmoderation der *ZIB 2* vom 25.07.2014:

„Afrika, das durch brutale Stammeskriege und Hungersnöte schon viel Leid erfährt, wird jetzt auch noch von einer Ebola-Virus-Epidemie heimgesucht.“⁴³³

In diesem Zusammenhang ist es nötig, zu erwähnen, dass es sich hier um ein besonders hervorstechendes Beispiel handelt, sowohl was die Verallgemeinerung *Afrikas* als auch die Konstruktion dieses Raumes als defizitär betrifft. Darüber hinaus

⁴³³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 22:15-22:22.

sticht hier auch noch die Verwendung von durch koloniale AkteurInnen geprägtes Vokabular heraus. Dies trifft auch auf dieses Beispiel zu – vor allem auf die Verwendung des Begriffes „Stamm“. Ebenfalls kritisch zu betrachten ist die in oben stehendem Zitat zu Tage tretende Wortkonstruktion „Stammeskriege“.

Was an der oben wiedergegebenen Anmoderation auch deutlich wird, ist die Annahme, dass es sich bei *Afrika* um einen homogenen Raum handeln würde. Dies bestätigt sich auch in anderen Berichten, wie in der *ZIB 13:00* vom 02.07.2014, wo es bereits in der Themenschlagzeile heißt „Verzweifelter Kampf der WHO gegen Ebola in Afrika.“⁴³⁴ (siehe auch Abb. 35⁴³⁵) Ein weiteres Beispiel für diese Art der Anmoderationen mit reißerischem und verallgemeinerndem Unterton ist der *Heute Mittag* Bericht am 29.07.2014 oder das *ZIB Magazin* am 05.08.2014:

„Afrika hat in mehreren Gebieten derzeit nicht nur mit politischen Unruhen und Hunger zu kämpfen, sondern auch mit einer neuen Gefahr. Dem Ebola-Virus.“⁴³⁶

„Westafrika. Der ideale Nährboden für den unsichtbaren Tod.“⁴³⁷



Abbildung 35 Bild zum schlagwortartigen Themen-Schnelldurchlauf vor Beginn der eigentlichen Nachrichtensendung.

Im Gegensatz zu diesem Beispiel werden in anderen Berichten auch die drei betroffenen Länder aufgezählt oder es wird von Westafrika gesprochen (auch wenn dieser Raum immer noch viel größer ist als das eigentlich betroffene Gebiet).

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass *Otherring* nicht immer ausschließlich durch stereotypisierende Begriffe geprägt ist, wie dies in den oben genannten Beispielen der Fall war. Manchmal zeigt sich diese Trennung zwischen „wir“ und „die“ schon an der Verwendung von Possessivpronomen, wie in *Steiermark Heute* am 05.08.2014, als ein Mediziner des LKH-Graz zu Wort kommt:

⁴³⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 02.07.2014. TC: 0:20-0:23.

⁴³⁵ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00*, 02.07.2014. TC: 00:21.

⁴³⁶ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 0:20-0:23.

⁴³⁷ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 00:48-00:51.

„Wir haben Gott sei Dank solche Fälle in Österreich, in der Steiermark noch nicht gehabt, Gott sei Dank muss ich sagen, es ist ja wirklich eine fürchterliche Erkrankung und da simma froh, dass ma die *nicht bei uns haben*. Sollte völlig wider Erwarten bei *uns* ein Ebola-Verdacht diagnostiziert werden, würde sofort der steirische Seuchenplan aktiviert werden.“⁴³⁸

Darüber hinaus gibt es noch bildliche Beispiele. So werden dem Zuschauer in manchen Berichten Weltkarten gezeigt. Diese werden allerdings innerhalb von Sekunden in eine derartige Nahansicht gezoomt, dass die betroffenen Gebiete größer wirken (Abb. 36⁴³⁹, Abb. 37⁴⁴⁰, Abb. 38⁴⁴¹, Abb. 39⁴⁴², Abb. 40⁴⁴³, Abb. 41⁴⁴⁴, , Abb. 42⁴⁴⁵, Abb. 43⁴⁴⁶, Abb. 44⁴⁴⁷, Abb. 45⁴⁴⁸).



Abbildung 36



Abbildung 37 Diese Aufnahme wechselt binnen acht Sekunden in die extreme Nahaufnahme.



Abbildung 38 „Vor etwa fünf Monaten bricht die Krankheit in Guinea aus, schwappt schnell über die Nachbarländer Liberia und Sierra Leone. Mittlerweile gibt es auch in Nigeria ein erstes Ebola Opfer.“

⁴³⁸ ORF-Fernseharchiv, *Steiermark Heute*, 05.08.2014. TC: 06:51-07:08. (Hervorhebungen durch die Autorin)

⁴³⁹ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 30:32.

⁴⁴⁰ ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag*, 29.07.2014. TC: 30:36.

⁴⁴¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 11:50. (Hervorhebungen in der Bildbeschreibung durch die Autorin)

⁴⁴² ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 11:57.

⁴⁴³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 22:15.

⁴⁴⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 25.07.2014. TC: 22:22.

⁴⁴⁵ ORF-Fernseharchiv, *Heute-Leben*, 31.07.2014. TC: 00:37.

⁴⁴⁶ ORF-Fernseharchiv, *Heute-Leben*, 31.07.2014. TC: 00:41.

⁴⁴⁷ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 01:04.

⁴⁴⁸ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2*, 05.08.2014. TC: 11:52.



Abbildung 39 Auch in diesem Beispiel verändert sich die Karte Innerhalb von sieben Sekunden zur Nahansicht. Der Ausschnitt ist etwas größer gewählt als in den beiden letzten Beispielen, allerdings ist auf dieser Karte ganz Nigeria als betroffen markiert, obwohl es zu dieser Zeit genau einen Betroffenen gibt, der allerdings aus Liberia eingereist ist.



Abbildung 40



Abbildung 41 Von der oben gezeigten Abbildung wird innerhalb von sieben Sekunden zu dieser extremen Nahperspektive gezoomt, sodass die Größenverhältnisse dieser drei Länder zum Rest des Kontinents völlig verschoben wirken.



Abbildung 42



Abbildung 43 Auch hier wird von der Weltkarte innerhalb von vier Sekunden in die Großaufnahme umgeschaltet. In dieser Karte ist lediglich Sierra Leone eingezeichnet bzw. wird auf die anderen beiden betroffenen Länder verzichtet, da es im Zuge dieses Berichtes hauptsächlich darum geht, das Einzelschicksal eines dort stationierten Arztes zu beschreiben.



Abbildung 44 Direkt bevor zu dieser Ansicht gewechselt wird: „Wie in einem Teufelskreis breitet sich die extrem aggressive Variante des derzeitigen Killers immer weiter aus, ein Heilmittel gibt es nicht.“



Abbildung 45 Im kompletten Zeitraum meiner Berichterstattung ist dies die einzige Karte, die den gesamten Kontinent abbildet. Allerdings sind auf dieser nicht bloß die derzeitigen von Ebola betroffenen Gebiete gekennzeichnet, sondern auch jene, in denen 1976 der erste Ausbruch stattfand. Die Jahreszahl ist dabei sehr klein und in Weiß und Grau gedruckt. Auf diese Weise kann selbige leicht übersehen werden und somit der Eindruck entstehen, dass ein sehr viel größeres Gebiet betroffen ist, als dies tatsächlich der Fall ist.

Ein weiteres Beispiel für die Konstruktion *Afrikas* als defizitären Raum bietet ein Bericht der *ZIB 24* am 27.06.2014. Da heißt es:

„Mehr als 600 Erkrankte sind offiziell bestätigt, 400 Menschen sind bereits an der Erkrankung gestorben. Tatsächlich dürfte die Zahl der Infizierten aber sehr viel höher sein, meinen Experten. Sie wissen, dass viele Familien, erkrankte Familienmitglieder zu Hause verstecken, im ländlichen Afrika gibt es tiefes Misstrauen gegen die Medizin.“⁴⁴⁹

Diese Verallgemeinerung spiegelt sich nicht nur auf bildlicher, sondern auch auf sprachlicher Ebene wider, wie dies in obenstehendem Zitat der Fall war. An dieser Stelle möchte ich festhalten, dass sich diese Vereinfachungen nicht erst in den gesprochenen Berichten finden, sondern bereits von den vom ORF zur Verfügung gestellten Bildbeschreibungen zu jedem Nachrichtenbeitrag.

„STRASSENSZENE-Westafrika (Passanten, Verkehr, Demonstranten mit Transparent "Lets Fight Against Ebola"); Atlanta: Spital (Krankenhaus) außen (Gebäudetafel "Emergency", GA-Geländetafel "Emory University Hospital Ambulance Antrance"), Quarantäne-Vorbereitungen im Flughafen-Hangar; Westafrika: Helfer desinfizieren Wohnung, Helferin verteilt Flugblätter, IN-Varpilah (üs), in Plastikplane gehüllte Leiche (Ebola-Verdachtsfall) im PKW-Anhänger, IN-

⁴⁴⁹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 27.06.2014. TC: 8:00-8:21.

Varpilah (üs), Eimer + Kübel an Wasserstelle, Passantin wäscht sich die Hände, Helfer tragen Leiche zu Leichenwagen; Grab wird zugeschaufelt.“⁴⁵⁰

Neben den auffallenden Beschreibungen der Filmaufnahmen von Betroffenen und Toten ist vor allem die erste Phrase augenfällig. Hier ist die Rede von „STRASSENSZENE-Westafrika“, ohne jedoch weiter zu spezifizieren, wo genau diese Aufnahme gemacht wurde. Es ist wohl überflüssig, zu erwähnen, dass auch das unter Westafrika verstandene Gebiet bei weitem größer ist als die drei betroffenen Länder.

Im Gegensatz zu dieser Beschreibung, wirkt das davor herausgestellte Zitat aus der *ZIB 24* am 27.06.2014 auch noch auf einer weiteren Ebene stereotypisierend: Es wird ein hierarchischer Gegensatz zwischen *Natur* und *Kultur* deutlich. Dieser drückt sich vor allem durch die Phrase „tiefes Misstrauen gegen die Medizin“ aus. Wie bereits im ersten Kapitel meiner Arbeit deutlich wird, steht Medizin immer im Kontext von Fortschritt und damit auch Kultur. Besonders auffallend ist hier auch, dass der Begriff der Medizin nicht weiter spezifiziert wird. Dadurch entsteht der Eindruck einer absoluten Deutungshoheit, die westliche Heilungskonzepte als „die Medizin“ und damit an die Spitze dieser Hierarchie stellt. Der Eindruck einer angeblichen „Primitivität“ wird auch in weiteren, beispielsweise durch den Beitrag der *ZIB 24* gestützt:

„Ein fröhliches Lied soll nun schaffen, was Kampagnen bis jetzt kaum erreicht haben: aufklären über das Ebola-Virus. In Westafrika ist die Krankheit vielen Menschen nicht einmal bekannt, tauchen dann Ärzte in Schutzanzügen und Atemmasken samt Desinfektionsgeräten auf, schafft das oft eher Angst als Vertrauen. Doch ohne Unterstützung durch die lokale Bevölkerung, lässt sich die Krankheit nicht eindämmen. Dies Ausbildung freiwilliger Helfer ist unverzichtbar.“⁴⁵¹

Hier wird durch sprachliche Wendungen wie „nicht einmal“ Zurückgebliebenheit impliziert. Auch der Hinweis darauf, dass Utensilien wie Atemmasken und Desinfektionsgeräte eher Angst als Vertrauen schaffen, trägt dazu bei, dass hier der Gegenpol zu diesem technischen Fortschritt konstruiert wird. Ein weiteres Beispiel hierfür ist die *ZIB 19:30* am 02.08.2014 oder *ZIB Magazin* am 05.08.2014:

„Alle fünf Minuten stirbt in Afrika ein Kind an Malaria, doch das passiert leise. Ebola dagegen ist weltweit unheilbar und macht allen Angst. Im amerikanischen Atlanta bereitet man sich auf die Ankunft von zwei infizierten US-Helfern aus Liberia vor, in Westafrika selbst, in Liberia, Guinea und Sierra Leone ist das Virus für die Menschen völlig neu. Aufklärung tut Not, ist aber schwierig. Wir riskieren unser Leben, sagt dieser Helfer, der einen Verdachtsfall zur Bestattung bring. Aber manchmal bewerfen uns die Menschen mit Steinen. Sie glauben uns einfach nicht.“⁴⁵²

⁴⁵⁰ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.08.2014. Beschreibung aus der Preview-Ansicht. (Hervorhebungen durch die Autorin)

⁴⁵¹ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 11:04-11:14.

⁴⁵² ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, 02.08.2014. TC: 12:46-13:24.

„Die bittere Logik der Seuchenbekämpfung versteht die Bevölkerung nicht. [...] „Die Familien sehen in den Ärzten im Mondanzug todbringende Gestalten. Die vermummten Seuchentrupps werden oft sogar bekämpft, aus Unwissenheit und Angst.“⁴⁵³

Bei diesen Zitaten wird eine eindeutige Hierarchie konstruiert, bei denen sich die Sprecher aufgrund ihrer Weltanschauung an die Spitze stellen. Allerdings wird in diesem Zusammenhang nicht bloß eine „dunkle Masse“ konstruiert, sondern diese Zuschreibungen durchaus auch durch das Hervorheben einzelner Personen:

„Umso wichtiger sind Volksgeschichten, wie die von Simbiano. Er hat das Virus besiegt, kann in sein Dorf zurückkehren. Dort kann er vielleicht die Angst vor Ebola wecken und die Angst vor den Ärzten nehmen.“⁴⁵⁴

Bei obigen Zitat handelt es sich, wie auch schon bei dem Textauszug davor, um Material aus der *ZIB 24* vom 30.07.2014. In beiden Fällen wird deutlich eine Art „Zurückgebliebenheit“ bzw. „Primitivität“ oder „Weltfremdheit“ impliziert.

Wie diese Analyse gezeigt hat, sind alte Stereotype, wenn auch in anderer Form, durchaus noch in neuerer Berichterstattung zugegen. Diese basieren vor allem auf der Abgrenzung eines „Selbst“ und eines „Anderen“. Letzteres wird dabei als hilfsbedürftig, krank, unwissend und potentiell gefährlich dargestellt.

⁴⁵³ ORF-Fernseharchiv, *ZIB Magazin*, 05.08.2014. TC: 01:26-01:28, 01:34-01:39.

⁴⁵⁴ ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24*, 30.07.2014. TC: 12:37-12:44.

5. Conclusio

Während der Ebola-Berichterstattung des ORF zwischen 26. Juni und 5. August 2014 wurden viele Zuschreibungen und Charakteristiken mit kolonialem Ursprung wiederverwendet bzw. auf andere Art und Weise in Szene gesetzt. Dementsprechend war ein Schwerpunkt meiner Masterarbeit, Bezüge zwischen aktuellen Thematiken und Vorgängen und historischen Ereignissen bzw. Theorien herzustellen.

So galt *Afrika*, wie vor allem im ersten Kapitel gezeigt wird, keinesfalls immer als „kranker Kontinent“. Das in Zusammenhang mit dieser Zuschreibung produzierte Wissen entstand im Laufe der Zeit und steht mit Hierarchiesystemen und kolonialen Praktiken der Machtausübung in Verbindung. Im Zuge dessen wurde *Afrika* weitgehend als Innbegriff von Sklaverei, Wildheit, Krankheit und Tod dargestellt. Diese Zuschreibungen sollten als Legitimation für ein Eingreifen in diesem Raum unter dem Deckmantel einer „zivilisatorischen Mission“ dienen. Mit dieser Vorstellung ging gleichzeitig der Glaube an die Überlegenheit europäischer Technologie, Wissenschaft und Kultur einher. In diesem Sinne sahen sich auch viele koloniale Forschende als „Befreier“ von Krankheiten an. Hier gilt es allerdings zu erwähnen, dass diese weder zahlreich genug waren noch geeignete Instrumente hatten, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Darüber hinaus wurde diese Arbeit von einer ökonomischen und einer sozialen Komponente geprägt. Nichtsdestotrotz lässt sich die Konstruktion des „kranken Kontinents“ keinesfalls auf den medizinischen Bereich beschränken. Neben ÄrztInnen und Forschenden trugen eine Vielzahl von Aktions- und Berufsgruppen zu dieser Darstellung bei und half somit dabei, die Vormachtstellung westlicher KolonisatorInnen als „Retter“ *Afrikas* zu festigen.

Um diese Zuschreibung genauer zu beleuchten, ist es nötig, soziale, politische und ökologische Gegebenheiten miteinzubeziehen. So ist es beispielsweise unumgänglich, sich klar zu machen, dass Krankheiten, die in den Tropen *auftraten*, von kolonialen AkteurInnen als *Tropenkrankheiten* deklariert wurden. Ein Beispiel hierfür ist Malaria, welche lange Zeit auch in einigen Regionen Südeuropas vertreten war.

Zu einer „Verdunkelung“ *Afrikas* kam es unter anderem aufgrund von abolitionistischen Bestrebungen. Selbige waren ein Produkt der vorherrschenden imperialistischen Ideologie und stehen in engem Zusammenhang mit dem Selbstbild als „Retter“ dieses Kontinents. Ein weiterer Punkt, der zu dieser „Verdunkelung“ beitrug, waren die hohen

Todesraten von EuropäerInnen. Zwar sprechen wir hier von einer Region, in der viele Krankheitserreger kursierten, allerdings wurde dies vor allem durch die äußeren Umstände verstärkt. So führten beispielsweise durch koloniale AkteurInnen angestoßene Veränderungen im landwirtschaftlichen Bereich oder im Siedlungsbau oftmals zu schweren Krankheitsausbrüchen in bis dato unbekanntem Ausmaß. Hinzu kam, dass die Ausbreitung derselben durch den überregionalen Transport von Menschen und Gütern gefördert wurde. Zudem führte das Eingreifen in bestehende Gesellschaften häufig zu ökologischen Krisen, da sich die Auswirkungen fast auf alle Bereiche des täglichen Lebens wie der Produktion von Nahrungsmitteln, sozialen Beziehungen und der individuellen Existenz auswirkten. Weiters waren alle Entscheidungen der Kolonisatoren in Bezug auf Prävention und Eindämmung von Krankheiten von einem deutlichen Überlegenheitsgedanken geprägt und die Idee, das AfrikanerInnen fundierteres Wissen über ihr Umfeld haben könnten, wurde von Grund auf unterminiert. So war es für viele KolonisorInnen gleichsam unvorstellbar, dass ihr eigenes Verhalten für diese Ausbrüche verantwortlich war. Darüber hinaus wurden *afrikanischen* Heilungspraktiken in einem Hierarchiekonzept, welches *Europa* bzw. die „eigene Gruppe“ an die Spitze stellte, jegliche medizinische Kompetenz abgesprochen.

Zu Stereotypisierung *Afrikas* als „kranker Kontinent“ kam es also unter anderem aufgrund von abolitionistischen Bestrebungen und Veränderungen in Sozial- und Ökosystem durch das Eingreifen kolonialer AkteurInnen, was sich wiederum auf die epidemiologischen Voraussetzungen auswirkte.

Diese Konstruktion geht mit einem Hierarchiekonzept einher, in welchem *Afrika* als „unterlegen“ bzw. „krank“ und „dunkel“, aber vor allem als „anders“ konstruiert wird. Vereinfacht gesagt wurde hier der Unterschied zwischen den „kranken“ lokalen Bevölkerungen und den „gesunden“ Kolonisierenden gemacht. Problematisch ist hierbei vor allem, dass es bei diesen Zuschreibungen rund um *Afrika* um eine allgemein akzeptierte Deutungsart geht. Darüber hinaus handelt es sich bei dieser Konstruktion des „Fremden“ immer um ein *subjektives* „Anderes“. Hierbei dreht es sich um eine Form des *Othering*, welche auch in den von mir analysierten ORF-Beiträgen wiederzufinden ist.

So wurde *Afrika* durch das Wirken kolonialer AkteurInnen als „dunkel“ und „krankheitsverseucht“ konstruiert. Diese Zuschreibungen werden auch heute noch

durch verschiedene Medien (re)produziert. Diese Imagination findet, unter anderem durch mediale Aufarbeitungen, immer wieder Eingang in aktuelle Debatten und Diskurse. Besonders problematisch hierbei ist, dass aus der Publikumperspektive kaum zwischen fiktionalen und faktischen Medientexten unterschieden und beides als soziale Wirklichkeit wahrgenommen wird. Auch in diesem Fall ist die Darstellung des „Anderen“ und „Fremden“ zentral. So sind Medieninhalte nicht neutral, sondern werden von professionellen, organisatorischen, sozialen und politischen Konventionen geprägt. Durch sie wird die homogene Kultur der Mehrheitsgesellschaft reproduziert.

Bei der Darstellung *Afrikas* in den von mir gewählten Berichten kommen für Fernsehbilder typische Eigenschaften zu tragen. In diesem Sinne ist es wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass es sich bei diesen „dokumentarischen“ Bildern immer um selektive Ausschnitte der Realität handelt, die durch gewisse Inszenierungsformen beeinflusst werden. So haben Fernsehbeiträge auch immer das Ziel zu unterhalten. Darüber hinaus ist diese Art der Berichterstattung sowohl durch bildliche als auch sprachliche Inszenierungsmittel gekennzeichnet, die unter anderem dazu dienen, die Vermittlung von Spezial- und/ oder Expertenwissen zu suggerieren. Dies geschieht beispielsweise durch Rückgriffe auf Zahlen und Daten. Hierbei schwingt allerdings auch eine Mystifizierung der Wissenschaft mit, in welcher sich autorisierte SpezialistInnen einer technischen Sprache bedienen. Diese werden von den ZuschauerInnen oftmals als Autorität wahrgenommen und damit als jemand, der das Recht hat diese Fakten zu vermitteln. Neben dieser Informationsweitergabe, steht, wie bereits erwähnt, aber auch immer das Ziel zu unterhalten im Vordergrund. Im Zuge dessen werden häufig superlativische Wendungen eingebracht, die zur Konstruktion *Afrikas* bzw. der dort lebenden Bevölkerungen als anonyme Masse führen. In den von mir betrachteten Berichten werden besonders oft Worte wie *Tausende* oder die Phrase „Experten sagen / waren“ verwendet, allerdings ohne darauf einzugehen, wer diese Experten denn eigentlich sind. Weiters werden oft Karten von den betroffenen Gebieten gezeigt. Diese werden jedoch innerhalb von Sekunden in eine extreme Nahaufnahme gezoomt. Dadurch entsteht der Eindruck, dass die betroffenen Regionen sehr viel größer wären, als dies tatsächlich der Fall war.

Weiters problematisch ist die Wiederverwendung von Archivmaterial. Durch die unterschiedliche Zusammensetzung von Bild- und Tonebene bzw. Kommentaren zu

den Berichten werden unterschiedliche Bedeutungen erzeugt. Die Interpretation einer Szene wird maßgeblich von dem Kontext, in dem sie gezeigt wird, beeinflusst.

Weitere Besonderheiten treten in Verbindung mit genderspezifischen Inszenierungspraktiken auf. So werden Frauen oftmals in Verbindung mit Passivität oder Hilflosigkeit gezeigt, während Männer eher im Kontext von Aktivität gestellt werden. Diese Trennung ist vor allem bei der Inszenierung von Hilfsbedürftigkeit relevant. So werden in Bezug auf die von mir analysierten ORF-Berichte in Verbindung mit der Schwere der Krankheit oft Bilder von Frauen und Kindern gezeigt, während, sobald Ausbreitung und Risiko ins Blickfeld gerückt werden, häufig Männergruppen zu sehen sind. Diese Darstellungsform ist zudem auf das Wort „Epidemie“ abgestimmt, da das Zeigen von vielen Menschen als „Masse“ oder „Flut“ gedeutet werden kann. Hier handelt es sich um die Inszenierung von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit. Dabei werden Erkrankte oftmals auf entwürdigende Art und Weise dargestellt und von den HelferInnen durch diese Art des In-Szene-Setzens abgegrenzt. Obwohl diese Vorgehensweise bereits von mehreren Seiten und seit Jahren kritisiert wird, fand diese Art der Inszenierung dennoch Eingang in die von mir betrachteten ORF-Berichte. Besonders auffallend ist hierbei, dass die Menschen oft leidend, krank und halbnackt gezeigt werden. Zusätzlich werden sie meistens von oben gefilmt. Diese Vorgehensweise lässt die Konnotation von einem „auf jemanden Hinabschauen“ zu. Dies ist vor allem als Kontrast zur Darstellung erkrankter HelferInnen. Von ihnen werden ausschließlich Fotografien vor ihrer Infektion gezeigt, in welchen sie vollständig bekleidet sind und die aus einer frontalen Perspektive aufgenommen wurden. Darüber hinaus gibt es Unterschiede in der Inszenierung von inner- und außerafrikanischen HelferInnen. So kommt beispielsweise Kent Brantly, einem US-amerikanischen Arzt, bei weitem größere Aufmerksamkeit zu als Elisabeth Smith, einer lokalen Krankenschwester.

Ein weiteres Machtinstrument ist die Verwendung von Sprache, da mit ihrer Hilfe Dinge, Sachverhalte, Emotionen und Menschen benannt und verschiedenen Gruppen zugeordnet und mit bestimmten Zuschreibungen und Konnotationen versehen werden können. Hierbei ist anzumerken, dass sich Machtverhältnisse auch dadurch ausdrücken, wer die Macht zur Benennung hat. Dies zeigt sich beispielsweise mittels der Übertragung von Begriffen mit abwertender Bedeutung auf *Afrika*, wie dem „Stammesbegriff“. Dieser Terminus unterminiert die Vielfalt der Gesellschafts- und

Organisationsformen und verweist auf eine frühere Epoche europäischer Geschichte, indem er auf „germanische Stämme“ anspielt. Diese Benennung wird auch in den von mir herangezogenen ORF-Begriffen immer wieder verwendet. Weiters wird auf Krieg und Armut hingewiesen und dieses Bild wiederum als Überleitung mit der Ebola-Berichterstattung verknüpft. Dies trägt unter anderem dazu bei, dass *Afrika* in den Kontext angeblicher Primitivität gestellt wird. Darüber hinaus wird unter anderem durch den „Stammesbegriff“ Homogenität suggeriert, die keinesfalls der Realität entspricht.

Letztlich handelt es sich bei diesen Inszenierungs- und Zuschreibungspraktiken um eine Form von *Othering*. In Bezugnahme auf die von mir behandelte Thematik wird *Afrika* als „Anderes“ im Sinne von unterlegen und bedrohlich konstruiert. Hierbei stellt „Fremdheit“ keinen objektiven, sondern einen sozial erzeugten Sachverhalt dar. In diesem Abgrenzungsprozess wird das „Andere“ potentiell als negativ empfunden, während dem „Eigenen“ eher positive Charakteristiken zugeschrieben werden. Dies beruht vor allem darauf, dass die Festigung der eigenen Identität besonders umfassend ist, wenn das „Fremde“ nicht als schwächer, sondern als bedrohlich wahrgenommen wird. Diese Abgrenzung basiert auf der Normativität und dem subjektiven Wahrheitssystem einer Gruppe. Darüber hinaus wird das „Fremde“ meist vereinfacht dargestellt. Die Darstellung des „Anderen“ manifestiert sich in der ORF-Berichterstattung zur Ebola-Thematik in der Konstruktion von zwei „fremden“ Gruppen. Einerseits werden die Betroffenen als unterlegen, krank, defizitär und hilfsbedürftig gezeigt. Zudem werden diese durch die immer wiederkehrende Frage nach der Bedrohung Europas mit Gefahr und Bedrohung assoziiert. Andererseits werden gegen Ende des von mir beleuchteten Zeitraumes die amerikanischen Medien ins Blickfeld gerückt. Diese werden mittels einer humoristischen Betrachtung als „anders“ und in gewisser Weise „paranoid“ definiert, da sie die Frage nach einer etwaigen Bedrohung immer wieder ins Blickfeld rücken, obwohl *Experten* angeblich keine Gefahr sehen. Die amerikanischen Medien werden also wegen einer Vorgehensweise kritisiert, die der ORF in den Wochen davor in der eigenen Berichterstattung verfolgte.

Eine Grundannahme meiner Arbeit war, dass *Afrika* insgesamt als „krank“ dargestellt würde, obwohl in diesem Zeitraum lediglich Sierra Leone, Liberia und Guinea betroffen waren. Dieser Eindruck entstand einerseits durch die Wortwahl der ModeratorInnen, indem immer von der hohen Ausbreitungsgefahr und einer der schlimmsten Ebola-Epidemien aller Zeiten gesprochen wurde, andererseits durch die Auswahl des

gezeigten Kartenmaterials, das in den Berichten eingebildet wurde, wodurch der Eindruck entsteht, dass sehr viel weitläufigere Teile des Kontinents betroffen wären.

Darüber treten eurozentristische Tendenzen in der Berichterstattung heraus. Dies wird besonders mittels *Otherring*, also der Konstruktion eines „Anderen“ und eines „Selbst“, deutlich. In der Ebola-Berichterstattung zeigt sich dieser Eurozentrismus vor allem durch die immer wiederkehrende Frage der Bedrohung *Europas* (auffallend ist hier, dass die ModeratorInnen vordergründig den Großraum *Europa* thematisieren und Österreich selbst eher in den Hintergrund tritt). Dies sticht besonders hervor, wenn man sich vor Augen hält, dass in der Berichterstattung des ORF amerikanische Medien auf humoristische Weise genau für diese Art der Inszenierung einer angeblichen Gefahr kritisiert bzw. als „anderes“ konstruiert werden.

Des Weiteren wird eine Hierarchie von Heilungs- und Problemlösungskompetenzen deutlich. Dies zeigt sich meist anhand des In-Szene-Setzens der Betroffenen bzw. durch den ständigen Verweis auf „Hilfe von außen“. Besonders auffällig ist hierbei, dass die Erkrankten als passiv dargestellt werden und damit einhergehend meist in einer liegenden oder sitzenden Position zu sehen sind. Dadurch dass nur selten Einzelne befragt oder hervorgehoben werden, entsteht das Bild einer anonymen Masse. Im Gegensatz dazu kommt einzelnen außerafrikanischen HelferInnen mehr Aufmerksamkeit in der Berichterstattung zu. Weiters werden sie als aktiv inszeniert bzw. gezeigt. Aufgrund dessen wird hier eine Trennung zwischen „Gebenden“ und „Nehmenden“ deutlich.

Trotz der deutlichen historischen Basis dieses Beitrages galt mein Hauptaugenmerk einer medienanalytischen Betrachtung von Fernsehbeiträgen, im Speziellen der Ebola-Berichterstattung des ORF zwischen 27. Juni und 5. August 2014. Die Brisanz der herangezogenen Berichte ergibt sich dabei vor allem aus dem öffentlich-rechtlichen (Bildungs-)Auftrag, der ORF 1 und ORF 2 zugedacht ist. Letztlich ist allerdings klar, dass hier alte Stereotype in gegenwärtiger Berichterstattung weitertradiert wurden. Diese veränderten sich zwar hinsichtlich ihrer Form, sind in ihren Grundzügen aber nichtsdestotrotz von kolonialen Vorstellungen geprägt.

6. Quellenverzeichnis

6. a. Sekundärquellen

Arndt, Susan, „‘Stamm‘.“ Arndt, Susan/ Hornscheidt, Antje (Hg.), *Afrika und die deutsche Sprache. Ein kritisches Nachschlagewerk*. Münster: Unrast, 2004. S. 213-218.

Arndt, Susan/ Hornscheidt, Antje, „Ein Nachschlagewerk zu Kolonialismus, Rassismus und Afrikaterminologie. Prolog.“ Arndt, Susan/ Hornscheidt, Antje (Hg.), *Afrika und die deutsche Sprache. Ein kritisches Nachschlagewerk*. Münster: Unrast, 2004. S. 7-10.

Arndt, Susan/ Hornscheidt, Antje, „Sprache und Gesellschaft. Koloniale Begriffe und ihre Wirkungsmacht in Geschichte und Gegenwart.“ Arndt, Susan/ Hornscheidt, Antje (Hg.), *Afrika und die deutsche Sprache. Ein kritisches Nachschlagewerk*. Münster: Unrast, 2004. S. 18-22.

Barratt, Daniel/ Rédei, Anna Cabak/ Innes-Ker, Ase/ van der Weijer, Joost, „Does the Kuleshov Effect Really Exist? Revisiting a Classic Film Experiment on Facial Expressions and Emotional Contexts.“ In: *Perception*, No. 45/8, 2016. S. 847-874.

Bhabha, Homi K., *Die Verortung der Kultur*. Stauffenburg Discussion. Studien zur Inter- und Multikultur. Band 5. Deutschland: Stauffenburg Verlag, 2011. (Ins Deutsche von Michael Schiffmann und Jürgen Freudl.)

Bonsi, S. Kofi, „Foreign Impact on Precolonial Medicine.“ Falola, Toyin/ Ityavyar, Dennis (Hg.). *The Political Economy of Health in Africa*. Monographs in International Studies, Africa Series. Band 60. Athen/ Ohio: Ohio University Press, 1992. S. 49-64.

Brantlinger, Patrick, „Victorians and Africans: The Genealogy of the Myth of the Dark Continent.“ Gates, Henry Louis (Hg.), *‘Race’, Writing and Difference*. London/ Chicago: o.V., 1985. S. 185-222.

Brown, Tony C., „Cultural Psychosis on the Frontier: the Work of the Darkness in Joseph Conrad’s ‘Heart of Darkness’.“ In: *Studies in the Novel*, Vol. 32/1, 2000. S. 14-28.

Castells, Manuel, „The New Public Sphere. Communication Networks, Global Civil Society, Communication Networks and Global Governance.“ In: *Annals*, Vol. 616, 2008. S. 78-93.

Fabian, Johannes, *Im Tropenfieber. Wissenschaft und Wahn in der Erforschung Zentralafrikas*. München: C.H. Beck, 2001. (Aus dem Englischen von Martin Pfeiffer).

Fairclough, Norman, *Media Discourse*. London/ New York/ Sydney/ Auckland: Edward Arnold, 1995.

Falola, Toyin, „The Crisis of African Health Care Services.“ Falola, Toyin/ Iyavayar, Dennis (Hg.). *The Political Economy of Health in Africa*. Monographs in International Studies, Africa Series. Band 60. Athen/ Ohio: Ohio University Press, 1992. S. 3-32.

Fanon, Frantz, *Black Skin, White Masks*. New York: Grove Press, o.J. (Übersetzt aus dem Französischen von Richard Philcox)

Feierman, Steven, „Struggles for Control. The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa.“ In: *African Studies Review*, Vol. 28/ Nr. 2, 1985. S. 73-147.

Ford, John, *The Role of the Trypanosomiases in African Ecology: A study of the Tsetse Fly Problem*. Oxford: Clarendon Press, S. 1971.

Foucault, Michel, *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage Books, 1965. (Aus dem Französischen von Richard Howard.)

Foucault, Michel, *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. o.O: Routledge, 2003. (Aus dem Französischen von A. M. Sheridan.)

Gerhard, Ute / Link, Jürgen, „Kleines Glossar neorassistischer Feindbild – Begriffe.“ Boehncke, Heiner / Wittich, Harald (Hg.), *Buntesdeutschland. Ansichten zu einer multikulturellen Gesellschaft*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1991. S. 138-148.

Gilman, Sander L., *Rasse, Sexualität und Seuche. Stereotype aus der Innenwelt der westlichen Kultur*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohls Enzyklopädie, 1992.

Hafez, Kai, *Die politische Dimension der Auslandsberichterstattung*. Theoretische Grundlagen. Band 1. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2002. (zugl. Habilitation Universität Hamburg 2001.)

Harrison, Rachel V., „Up the Congo River into Cambodia: Literary and Cinematic Journey to the Dark.“ In: *Asian Affairs*, Vol. 43/ Nr. 1, 2012. S. 49-60.

Heaton, Matthew M., *Black Skin, White Coats. Nigerian Psychiatrists, Decolonization, and the Globalization of Psychiatry*. Athens: Ohio University Press, 2013.

Heintze, Beatrix, *Afrikanische Pioniere. Trägerkarawanen im westlichen Zentralafrika (ca. 1850-1890)*. Frankfurt am Main: Otto Lembeck, 2002.

Huhnke, Brigitta, „Männerfantasien über die ‚fremde‘ Frau oder: wie Macht- und Medieneliten patriarchalische Innenwelten reproduzieren.“ Röben, Bärbel/ Wilß, Cornelia (Hg.), *Verwaschen und Verschwommen. Fremde Frauenwelten in den Medien*. Dritte-Welt-JournalistInnen-Netz. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 1996. S. 115-141.

Isobe, Hiroyuki, *Medizin und Kolonialgesellschaft. Die Bekämpfung der Schlafkrankheit in den deutschen „Schutzgebieten“ vor dem Ersten Weltkrieg*. Eckert, Andreas/ Marx, Christoph (Hg.), Periplus Studien. Band 13. Berlin: LIT, 2009. (auch Dissertation Universität Konstanz 2007).

Ityavyar, Dennis A., „Health in Precolonial Africa.“ Falola, Toyin/ Ityavyar, Dennis (Hg.). *The Political Economy of Health in Africa*. Monographs in International Studies, Africa Series. Band 60. Athen/ Ohio: Ohio University Press, 1992. S. 35-48.

Jahraus, Oliver, „Reduktion der Komplexität des Fremden. Systemtheoretische Überlegungen zur Funktion der Fremdenfeindlichkeit und der Medien.“ Scheffer, Bernd (Hg.), *Medien und Fremdenfeindlichkeit. Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen*. Opladen: Leske + Budrich, 1997. S. 99-122.

Klinger, Cornelia/ Knapp, Gudrun-Axeli, „Achsen der Ungleichheit – Achsen der Differenz: Verhältnisbestimmungen von Klasse, Geschlecht, ‚Rasse‘/Ethnizität.“ Klinger, Cornelia/ Knapp, Gudrun-Axeli/ Sauer, Birgit (Hg.), *Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität*. Reihe Politik der Geschlechterverhältnisse. Band 36. Frankfurt/ New York: Campus, 2007. S. 19-41.

Koivunen, Leila, *Visualizing Africa in Nineteenth-Century Travel Accounts*. Hulme, Peter/ Youngs, Tim (Hg.), Routledge Research in Travel Writing. Band 2. New York/ London: Routledge, 2009.

Köpp, Dirke, *„Keine Hungernot in Afrika“ hat keinen besonderen Nachrichtenwert. Afrika in populären deutschen Zeitschriften (1946-2000)*. Afrika und Europa. Koloniale und Postkoloniale Begegnungen. Vol. 2. Frankfurt am Main: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, 2005. (zugleich Dissertation Universität Köln 2004).

Krause, Johannes, *Die Grenzen Europas. Von der Geburt des Territorialstaats zum Europäischen Grenzregime*. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2009.

Kryżanowski, Michał / Triandafyllidou, Anna / Wodak, Ruth, „Introduction.” Triandafyllidou, Anna/ Wodak, Ruth/ Kryżanowski, Michał (Hg.), *The European Public Sphere and the Media. Europe in Crisis*. Chippenham/ Eastbourne: Palgrave MacMillan, 2009. S. 1-12.

Langwick, Stacy A./ Dilger, Hansjörg/ Kane, Abdoulaye, „Introduction. Transnational Medicine, Mobile Experts.” Dilger, Hansjörg/ Kane, Abdoulaye/ Langwick, Stacy A. (Hg.), *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa. Transnational Health and Healing*. Bloomington/ Indianapolis: Indiana University Press, 2012.

Lasswell, Harold D., „The Structure and Function of Communication in Society.” Bryson, Lyman (Hg.), *The Communication of Ideas*. New York/ London: Harper & Brothers, 1948. S. 37-51.

Lüneborg, Margreth/ Fritsche, Katharina/ Bach, Annika, *Migrantinnen in den Medien. Darstellungen in der Presse und ihre Rezeption*. Critical Media Studies. Band 7. Bielefeld: Transcript, 2011.

Lyons, Maryinez, *The Colonial Disease. A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge/ New York/ Port Chester/ Melbourne/ Sydney: Cambridge University Press, 2002 [1992].

McCulloch, Jock, *Colonial psychiatry and ‚the African mind‘*. Melbourne: Cambridge University Press, 1995.

Möller, Renate / Sander, Uwe, „Die Vertrautheit der Fremden in den Medien.” Scheffer, Bernd (Hg.), *Medien und Fremdenfeindlichkeit. Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen*. Opladen: Leske + Budrich, 1997. S. 159-191.

Moos, Monika, *Die Afrika–Berichterstattung des Deutschen Fernsehens 71-75. Ein Beispiel von Wirklichkeit und Reportage*. Forschungsergebnisse zur Internationalen Politik. Band 1. Rheinstetten: Schindele-Verlag, 1977.

Morgan, Kathryn Pauly, *Intersecting Axes of Privilege, Domination and Oppression*, oppressionsmonitor.us. (letzter Zugriff: 08.06.2017).

Neill, Deborah J., *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Speciality, 1890-1930*. Stanford: Stanford University Press, 2012.

Osterhammel, Jürgen, „Edward W. Said und die ‚Orientalismus‘ – Debatte. Ein Rückblick.“ In: *Asien Afrika Lateinamerika*, Vol. 25, 1997. S. 597-607.

Patterson, K. David/ Hartwig, Gerald W., „The Disease Factor: An Introductory Overview.“ Hartwig, Gerald W./ Patterson, K. David (Hg.), *Disease in African History. An Introductory Survey and Case Studies*. Durham: Duke University Press, 1978.

Pratt, Mary Louise, „Scratches on the Face of the Country; or, What Mr. Barrow Saw in the Land of the Bushmen.“ Gates, Henry, Louis (Hg.), *‘Race’, Writing and Difference*. London/ Chicago: o.V, 1985. S. 138-162.

Pratt, Mary Louise, *Imperial Eyes. Travel Writing and Transculturation*. London/ New York: Routledge, 1992.

Prince, Stephen/ Hensley, Wayne E., „The Kuleshov Effect: Recreating the Classical Experiment.“ In: *Cinema Journal*, No. 31/2, 1992. S. 59-75.

Prins, Gwyn, „But What Was the Disease? The Present State of Health and Healing in African Studies.“ In: *Past & Present*, No. 124, 1989, S. 159-179.

Riggins, Stephen Harold, „The Rhetoric of Othering.“ Riggins, Stephen Harold (Hg.), *The Language and Politics of Exclusion. Others in Discourse*. Communication and Human Values Series. Thousand Oaks/ London/ New Delhi: Sage Publications, 1997.

Rijpma, Sjoerd, *David Livingstone and the Myth of African Poverty and Disease. A Close Examination of His Writing on the Pre-colonial Era*. Afrika-Studiecentrum Series. Band 35. Leiden/ Boston: Brill, o.J.

Röben, Bärbel/ Wilß, Cornelia, „Fremde Frauenwelten in den Medien. Eine Einleitung.“ Röben, Bärbel/ Wilß, Cornelia (Hg.), *Verwaschen und Verschwommen. Fremde Frauenwelten in den Medien*. Dritte-Welt-JournalistInnen-Netz. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 1996. S. 11-19.

Sadowsky, Jonathan, *Imperial Bedlam. Institutions of Madness in colonial Southwest Nigeria*. Berkeley / Los Angeles: University of California Press, 1999.

Said, Edward, *Orientalismus*. Frankfurt am Main: Fischer, 2009. S. 9-39. (Übersetzt von Hans Günter Holl)

Sappol, Michael, „Introduction. Empires in Bodies, Bodies in Empires.“ Sappol, Michael/ Rice, Stephen P. (Hg.), *A Cultural History of the Human Body in the Age of Empire*. Kalof, Linda/ Bynum, William (Hg.), *A Cultural History of the Human Body*. Band 5. Oxford/ New York: Berg, 2010. S. 1-35.

Schaffer, Johanna, „Ambivalenzen der Sichtbarkeit: Zum Verhältnis von Sichtbarkeit und politischer Handlungsfähigkeit.“ Johanna Dorer/ Brigitte Geiger/ Regina Köpl (Hg.), *Medien – Politik – Geschlecht: Feministische Befunde zur politischen Kommunikationsforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. 233-248.

Scheffer, Bernd, „Eine Einführung: Medien und Fremdenfeindlichkeit. Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen.“ Scheffer, Bernd (Hg.), *Medien und Fremdenfeindlichkeit. Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen*. Opladen: Leske + Budrich, 1997. S. 17-71.

Scheffer, Bernd, „Vorwort.“ Scheffer, Bernd (Hg.), *Medien und Fremdenfeindlichkeit. Alltägliche Paradoxien, Dilemmata, Absurditäten und Zynismen*. Opladen: Leske + Budrich, 1997. S. 7-15.

Schumaker, Lyn, „History of Medicine in Sub-Saharan Africa.“ Jackson, Mark (Hg.). *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2013. S. 266-284.

Sha, Richard C., „Othering Sexual Perversity. England, Empire, Race.“ Sappol, Michael/ Rice, Stephen P. (Hg.), *A Cultural History of the Human Body in the Age of Empire*. Kalof, Linda/ Bynum, William (Hg.), *A Cultural History of the Human Body*. Band 5. Oxford/ New York: Berg, 2010. S. 87-105.

Stråth, Bo / Wodak, Ruth, „Europe – Discourse – Politics – Media – History. Construction ‘Crises’.“ Triandafyllidou, Anna/ Wodak, Ruth/ Kryżanowski, Michał (Hg.), *The European Public Sphere and the Media. Europe in Crisis*. Chippenham/ Eastbourne: Palgrave MacMillan, 2009. S. 15–33.

Thiele, Matthias, *Flucht, Asyl und Einwanderung im Fernsehen*. Konstanz: UVK, 2005.

Tilley, Helen, *Africa as a Living Laboratory. Empire, Development, and the Problem of Scientific Knowledge, 1870 – 1950*. Chicago / London: The University of Chicago Press, 2011.

Tzogopolous, George, *The Greek Crisis in the Media*. o.O: Routledge, 2013.

Vaughan, Megan, *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cornwall: Polity Press, 1991.

Wilß, Cornelia, „‘Und dann noch ein lustiges Schlusstück...‘ Ein Gespräch mit Sabine Christiansen über die ‚Dritte-Welt‘-Berichterstattung und die Darstellung von Frauen.“ Röben, Bärbel/ Wilß, Cornelia (Hg.), *Verwaschen und Verschwommen. Fremde Frauenwelten in den Medien*. Dritte-Welt-JournalistInnen-Netz. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 1996. S. 21-28.

Wischermann, Ulla/ Thomas, Tanja, „Medien – Diversität – Ungleichheit: Ausgangspunkte.“ Wischermann, Ulla/ Thomas, Tanja (Hg.), *Medien – Diversität – Ungleichheit. Zur medialen Konstruktion sozialer Differenz*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. S. 7-20.

6. b. ORF-Fernsehberichte

ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag, Weltchronik/ Ebola breitet sich aus*, (Gestaltung: Andrea Reimoser-Feitsch), 27.06.2014.

ORF-Fernseharchiv, *Heute Mittag, Weltchronik/ Ebola*, (Gestaltung: Martin Pasch), 29.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *Heute-Leben, Aktuelle-Reportage: Ebola Arzt*, (Gestaltung: Jan Matejecek), 31.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *Steiermark Heute, Ebola breitet sich in Afrika aus*, (Gestaltung: Franz Neger), 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00, Ebola WHO*, (Gestaltung: Thomas Azade), 02.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00, Ebola*, (Gestaltung: Barbara Wolschek), 02.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00, Ebola*, (Gestaltung: Thomas Azade), 29.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00, Ebola/ Schulen geschlossen*, (Gestaltung: Thomas Azade), 31.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 13:00, Ebola/ Weltbank*, (Gestaltung: Jens Lang), 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00, Ebola Krisentreffen*, (Gestaltung: Thomas Azade), 02.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00, Ebola*, (Gestaltung: Claudia Lind), 03.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00, Ebola/ Ausbreitung*, (Gestaltung: Jens Lang), 31.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 17:00, Ebola/ Weltbank*, (Gestaltung: Andrea Poschmaier), 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30*, (Gestaltung: Claudia Lind), 03.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30, Block/ Ebola/ Finanz-Hilfe*, (Gestaltung: Andrea Poschmaier), 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30, Ebola Krisentreffen WHO*, (Gestaltung: Ilona Greuter), 02.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30, Ebola/ Notstand in Sierra Leone*, (Gestaltung: Jens Lang), 31.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 19:30, Ebola/ Westafrika*, (Gestaltung: Margit Maximilian), 02.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2, Block Ebola*, (Gestaltung: Christine Baumgartner), 31.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2, Block Ebola*, (Gestaltung: Miriam Beller), 02.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2, Ebola/ Rotes Kreuz*, (Gestaltung: Rebekka Salzer), 25.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2, Ebola/ USA*, (Gestaltung: Christian Staudinger), 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2, Liveschaltung Hamburg*, 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 2, Virus Faktencheck*, (Gestaltung: Dominik Wurnig), 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 20, Ebola*, (Gestaltung: Max Hartmann), 03.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24, Afrika/ Ebola Alarm*, (Gestaltung: Jens Lang), 27.06.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24, Ebola*, (Gestaltung: Oliver Dötzl), 30.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24, Livestudio Kühnel*, (Redaktion: FD1), 30.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24, Livestudio Patzelt*, 04.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 24, Nigeria/ Boko Haram/ Amnesty*, (Gestaltung: Oliver Dötzl), 04.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 9:00, Ebola*, (Gestaltung: Andrea Reimoser-Feitsch), 29.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB 9:00, Ebola*, (Gestaltung: Andrea Reimoser), 02.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2, Afrika/ Ebola*, (Gestaltung: Thomas Azade), 27.06.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2, Ebola*, (Gestaltung: Simona Grössing), 29.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2, Ebola*, 05.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 2, Ghana Ebola-Gipfel*, (Gestaltung: Alexander Ploberger), 02.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3, Ebola*, (Gestaltung: Max Hartmann), 03.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3, Ebola*, (Gestaltung: Peter Wälter), 04.08.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Flash 3, Ebola/ Nigeria/ Sierra Leone*, (Gestaltung: Julian Paschinger), 26.07.2014.

ORF-Fernseharchiv, *ZIB Magazin, Ebola I: Symptome/ Ansteckung/ Bekämpfung*, (Gestaltung: Hanna Sommersacher/ Gerhard Maier), 05.08.2014.

7. Abstracts

7. a. Deutschsprachiges Abstract

Der ORF und der „kranke Kontinent“. Alte Stereotype in neuer Berichterstattung

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit der Wiederverwendung von kolonialen Zuschreibungen bzw. Stereotypen über das Konstrukt *Afrika* in dokumentarischen Fernsehformaten der österreichischen Kanäle ORF 1 und ORF 2. Als konkretes Beispiel hierfür dient die Ebola-Berichterstattung zwischen 27. Juni und 5. August 2014. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Zuschreibungen auf Grundlage eines historischen und theoretischen Hintergrundes sichtbar zu machen und zur Diskussion zu stellen.

Besonders auffallend in Verbindung mit der medialen Aufbereitung dieser Thematik ist sogenanntes *Otherring*, die Konstruktion eines „Anderen“ und eines „Selbst“. Hierbei sind vor allem drei Ergebnisse zentral. Erstens wird durch diese Art der Berichterstattung ganz *Afrika* als „kranker Kontinent“ inszeniert, obwohl in dem herangezogenen Zeitraum lediglich in Sierra Leone, Guinea und Liberia dokumentierte Krankheitsfälle aufgetreten sind. Zweitens sind die herangezogenen Formate von eurozentristischen Tendenzen durchzogen. Diese spiegeln sich vor allem in der Frage nach der Bedrohung *Europas* wieder. Drittens und letztens wird durch die vorherrschende Inszenierung des Ebola-Ausbruchs in Westafrika eine Hierarchie von Heilungs- und Problemlösungskompetenzen erzeugt, in welcher *westliche* Lösungen an der Spitze stehen.

7. b. Englischsprachiges Abstract

The ORF and the „diseased continent“. Old stereotypes in new coverage

This master thesis deals with the recirculation of colonial stereotypes about the construct *Africa* in documentary television formats of the Austrian TV-channels ORF 1 and ORF 2. As precise example functions the Ebola-coverage between 27th of June and 5th of August 2014. Based on a historical and a theoretical background the aim of this paper is to uncover those attributions and to stimulate a discussion.

In connection with the medial reporting concerning this subject, so called *Othering* sticks out, the construction of the “others” and the “self”. Furthermore, three results are significant. Firstly, the entire continent *Africa* is portrayed as “diseased”, even though only Sierra Leone, Guinea and Liberia were affected at that time. Secondly, the analysed formats show eurocentristic tendencies in the course of asking about the menace for *Europe*. Thirdly, according to the medial presentation of the Ebola-topic in western Africa, a hierarchy concerning competences of healing is generated, where *western* solutions stand at the top.